



Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang Pflegemanagement
Seminargruppe 142253
6. Semester

Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen

Eine qualitative Studie zur erlebten Ausgrenzung

Zur Erreichung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)

Erstgutachter **Prof. Dr. iur. Andreas Teubner**
Zweitgutachter **Antje Jager (M. Sc.)**
Erstellt von **Saskia Quinger**
Oststraße 7
09212 Limbach-Oberfrohna
Matrikelnummer 34269

Limbach-Oberfrohna, 04.08.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Hinweis auf besondere Schreibweise	III
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Alkoholabhängigkeit	3
2.2 Stigmatisierung und Diskriminierung	6
2.3 Aktueller Stand der Forschung	8
2.4 Fragestellung	10
3 Methode	11
3.1 Literaturrecherche	11
3.2 Forschungsfeld und Sampling	12
3.3 Qualitative Befragung.....	14
3.4 Interviewleitfaden	16
3.5 Ablauf der Datenerhebung unter Beachtung forschungsethischer Aspekte	17
3.6 Auswertung der Daten.....	19
3.6.1 Transkription	19
3.6.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	20
4 Ergebnisse	24
4.1 Kategoriensystem.....	24
4.1.1 Hauptkategorie: Verständnis	26
4.1.2 Hauptkategorie: Öffentlichkeit.....	26
4.1.3 Hauptkategorie: Interpersonelle Interaktionen	28
4.1.4 Hauptkategorie: Soziales Umfeld.....	29
4.1.5 Hauptkategorie: Strukturen.....	35
4.1.6 Hauptkategorie: Selbstreflexion	37
4.1.7 Hauptkategorie: Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung.....	39
4.1.8 Hauptkategorie: Handlungsfelder	41
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	42
5 Diskussion	44
5.1 Methodenkritik	44
5.2 Interpretation der Ergebnisse	48
6 Ausblick	52

Zusammenfassung	IV
Anlagenverzeichnis	X
Eidesstattliche Erklärung	XX

Abkürzungsverzeichnis

ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10. Revision-German Modifikation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
HIV	Human Immundefizienz Virus
SPSS-Prinzip	Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren-Prinzip

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Stigma-Prozess nach Link und Phelan, 2001	6

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Suchbegriffe	11
Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe	13
Tabelle 3: Beruflicher Werdegang.....	14
Tabelle 4: Analyse der Entstehungssituation	21
Tabelle 5: Kategoriensystem.....	24
Tabelle 6: Suchprotokoll der Literaturrecherche (angelehnt an Kleibel und Mayer, 2005)	XI

Hinweis auf besondere Schreibweise

Für einige geschlechtsbezogene Bezeichnungen wurde für eine bessere Lesbarkeit die männliche Schreibweise genutzt. Die Bezeichnungen gelten sowohl für weibliche, männliche und weitere Personen.

1 Einleitung

„18 Menschen können in Verbindung zu ihrem Sein, ihrem Tun, ihrem Innersten, weder ihr Gesicht zeigen, noch ihren Namen nennen, sie können sich nicht bekennen zu dem was sie sind aus Sorge - Sorge vor Ablehnung, Ausgrenzung und Repressalien. Diese Menschen verbindet fast gleichsam eine Diagnose – psychisch krank.“ (Münch, 2016)

Diese einladenden Worte der Vernissage zum Kunstprojekt „Saufdruck“ bildeten den Grundstein für die Bearbeitung des Themas – Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen.

Von insgesamt 1.230.330 diagnostizierten psychischen und Verhaltensstörungen zählten im Jahr 2015 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol zu den häufigsten Diagnosen mit 326.971 vollstationär behandelten Patienten im Krankenhaus (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2016). Die Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen in Deutschland stiegen von 280 Euro je Einwohner im Jahr 2002 auf 350 Euro je Einwohner im Jahr 2008 an (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2012). Nach dem Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2015 gehörten Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol sowohl im ambulanten Bereich (49,8%), als auch im stationären Bereich (69,8%) zur größten Hauptdiagnosegruppe (Dauber et al., 2016, S. 11). Das Abhängigkeitssyndrom nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10. Revision-German Modifikation - ICD-10-GM) bildet dabei die größte Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Insgesamt wurden im Jahr 2015 137.049 Fälle des Abhängigkeitssyndroms diagnostiziert, allein 7.247 Fälle im Bundesland Sachsen (Destatis - Statistisches Bundesamt, 2017).

Diese Diagnosen unterliegen oft besonderen Vorurteilen. Psychisch erkrankte Personen und ganz besonders alkoholabhängige Menschen erleben oft einen sozialen Ausschluss, vor allem auf dem Arbeitsmarkt und in Partnerschaften (Richter et al., 2006). Über die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch erkrankten Menschen liegen einige Forschungsergebnisse vor, aber nur wenig ist über die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Personen bekannt. Es kommt die Vermutung auf, dass es innerhalb der Forschung zur Ausgrenzung kommt (Schomerus, 2011; Schomerus et al., 2010).

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht deshalb die Analyse der Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen mittels einer qualitativen Methodik. Der theoretische Hintergrund gibt dabei eine Übersicht über die Theorien zu Stigmatisierung und Diskriminierung, beschreibt die Alkoholabhängigkeit und legt den aktuellen Forschungsstand dar. Nach der Beschreibung der methodischen

Vorgehensweise werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert, um anschließend Handlungsempfehlungen zu formulieren.

2 Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden die theoretischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit, der Stigmatisierung und der Diskriminierung beschrieben und der aktuelle Forschungsstand dargestellt.

2.1 Alkoholabhängigkeit

Das Bild eines alkoholabhängigen Menschen unterliegt einem historischen Wandel. Im Mittelalter stellte der fröhliche Zecher kein Problem dar. Das übermäßige Trinken galt zwar als Sünde, ein mäßiger Konsum gehörte jedoch zur Gesellschaft dazu. In der frühen Neuzeit wandelte sich das Bild zum unveränderlichen Trunkenbold. Der überdurchschnittliche Konsum wurde als soziale Problematik dargestellt und moralische Gegenbewegungen entstanden. Der asylsuchende Süchtige prägte das Bild im 18. Jahrhundert. Die Alkoholabhängigkeit wurde als Krankheit thematisiert. Für die Behandlung in Irrenhäusern wurden besondere Therapien etabliert. Betroffene wurden Ende des 19. Jahrhunderts als Minderwertige ausgegrenzt und während des Nationalsozialismus zu Zwangssterilisationen verurteilt. In der Nachkriegszeit entstand die Differenzierung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch. 1968 erkannte das Bundessozialgericht Alkoholismus als Suchtkrankheit an, was auch die Behandlungsmöglichkeiten der Abhängigkeit positiv beeinflusste. Heute werden alkoholabhängige Menschen als rehabilitierende Suchtkranke beschrieben. Die Stigmatisierung im Rahmen der Rassenhygiene existiert nicht mehr. Aufgrund der gesellschaftlich etablierten Trinkkulturen stellt die Alkoholabhängigkeit jedoch noch immer ein weitverbreitetes Suchtproblem dar. (Schott, 2001)

Alkohol unterliegt einer langen geschichtlichen Tradition und zählt zur ältesten Droge (Lindenmeyer, 2001, S. 23). Alkohol kann als Nahrungsmittel, als Genussmittel, als Rauschmittel und als Gift verstanden werden (Feuerlein, 1989, S. 3).

Im gesellschaftlichen Zusammenleben gibt es unterschiedliche Trinkkulturen. Dazu zählen Abstinenzkulturen der arabischen Länder mit der Staatsreligion Islam, in denen der Konsum von Alkohol verboten ist und mit Strafen geahndet wird. Der Großteil der Menschen hat einen abstinenten Lebensstil und empfindet Alkoholkonsum als unmoralisch. Innerhalb dieser gesellschaftlichen Strukturen ist Alkoholmissbrauch bis zur Entwicklung einer Abhängigkeit ohne gesellschaftliche schwerwiegende Konsequenzen nur schwer möglich. In vielen südeuropäischen Mittelmeerländern wie Italien, Spanien und Griechenland ist der Alkoholkonsum im gesellschaftlichen Leben etabliert. Alkohol ist Bestandteil gemeinsamer Mahlzeiten. Dennoch gibt es in diesen Ländern feste Leitlinien im Umgang mit Alkohol. Die Menge, die Situation und die Alkoholart geben einen klaren Rahmen vor, der einen normalen Konsum definiert. Grenzüberschreitungen werden in diesen gesellschaftlichen Regionen sofort abgelehnt.

Besonders in Deutschland, Großbritannien und Russland gibt es keine festen gesellschaftlichen Vorgaben zum Alkoholkonsum. Diese Unklarheit im Umgang mit Alkohol lassen die Grenzen verschwimmen und führen zu gestörten Trinkkulturen. Grenzüberschreitungen werden von der Gesellschaft kaum oder viel zu spät kritisiert. Die verspätete Kritik des Umfeldes von Betroffenen setzt dann umso stärker ein. Dies bewirkt meist keine Korrektur des Alkoholkonsums sondern führt zu anderen Vermeidungsstrategien. (Lindenmeyer, 2001, S. 13-14)

Die Gesellschaft fördert durch die positive Einstellung zum Alkohol dessen Konsum und unterstützt somit unbewusst eine Abhängigkeit (Schneider, 2010, S. 169). In Deutschland zählt Alkohol zu den legalen Drogen und kann eine Abhängigkeit verursachen (Schneider, 2010, S. 39). In Deutschland wird ein Abhängigkeitsyndrom nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) diagnostiziert und ist gekennzeichnet durch kognitive, körperliche und Verhaltensphänomene, welche vor allem durch ein dauerhaftes, schwer kontrollierbares Konsumbedürfnis mit meist höchster Priorität ausgezeichnet sind (DIMDI, 2017, S. 182). Dem gegenüber steht das global weitverbreitetste Klassifikationssystem, das diagnostische und statistische Manual für psychische Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV), welches über 200 psychische Störungen beschreibt (Gerrig, 2015, S. 554-555). Die Kriterien der DSM-IV gleichen zum großen Teil denen der ICD-10-GM (Lindenmeyer, 1999). In einer Vergleichsstudie konnte allerdings nach den Kriterien der ICD-10-GM eine höhere Prävalenzrate nachgewiesen werden (Caetano & Tam, 1995). Die Diagnosekriterien der ICD-10-GM und des DSM-IV für Alkoholabhängigkeit führen zu einer Heterogenität im diagnostischen Prozess (Lindenmeyer, 1999, S. 4), so dass Johannes Lindenmeyer hierfür folgende Definition aufstellt:

„Alkoholabhängigkeit ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne daß unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten, oder, wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.“ (Lindenmeyer, Alkoholabhängigkeit, 1999, S. 4).

Die Alkoholabhängigkeit ist sehr facettenreich. Hierzu wurden viele verschiedene Einteilungen vorgenommen. Cloninger (1981) unterscheidet in seiner Typologie den Typ A, den neurotischen Subtyp und den Typ B, den psychopathologischen Subtyp. Typ A weist einen späten Beginn seiner Abhängigkeit, nur geringe Risikofaktoren in der Kindheit, wenige Abhängigkeitssymptome und psychopathologische und alkoholbezogene Probleme auf. Die Angstminderung ist das Hauptziel. Der psychopathologische Subtyp ist durch viele Risikofaktoren in der Kindheit, einem frühen Beginn der Abhängigkeit, möglicherweise einem Konsum anderer Substanzen, viele

psychopathologische und alkoholbezogene Probleme und Abhängigkeitssymptome zu charakterisieren. (Cloninger, 1981)

Die durch eine Alkoholabhängigkeit verursachten Folgeerkrankungen beziehen sich auf den gesamten menschlichen Körper mit Ausnahme der Niere und der Lunge. Es entstehen unter anderem neurologische und mentale Störungen, wie Polyneuropathie, Hirnathrophie, kognitive und Gedächtnisstörungen, Demenz, das Wernicke-Korsakow-Syndrom, Eifersuchtswahn oder Halluzinosen. Kardiomyopathie, arterieller Hypertonie und Blutbildungsstörungen zählen zu den Folgeerkrankungen des Herzkreislaufsystems. Eine Vielzahl von Folgeerkrankungen betreffen das gesamte Verdauungssystem. Dazu zählen unter anderem Stomatitis, Gingivitis, Zungen- und Pharynxkarzinome, Refluxösophagitis, Ösophaguskarzinome, Varizen, Gastritis, Ulkus so wie akute und chronische Pankreatitis. Die namenhaftesten Folgeerkrankungen einer Alkoholabhängigkeit stellen womöglich die Leberfunktionsstörungen dar, wie die Fettleber, Hepatitis und Leberzirrhose. (Uchtenhagen & Ziegelgänger, 2000, S. 35)

Während einer Alkoholabhängigkeit führen vor allem direkte Konsequenzen des Konsums, wie Trennung und Scheidung, Versagen im Beruf, Kündigung, Arbeitslosigkeit, finanzielle oder strafrechtliche Probleme und Wohnungsverlust zum sozialen Abstieg. Aber auch das Distanzbedürfnis und die Ablehnung des Umfeldes und Vermeidungsstrategien des abhängigen Menschen können zum sozialen Abstieg und zur Ausgrenzung führen. Die daraus resultierenden sozialen Schwierigkeiten geben immer wieder Anlass für einen erneuten Konsum. (Lindenmeyer, Alkoholabhängigkeit, 1999, S. 34)

Das Verhältnis zu den Angehörigen ist stark belastet durch die Vernachlässigung der familiären Beziehungen, entstehende Konflikte und mögliche finanzielle Schwierigkeiten. Zudem sind oft ein geringes Krankheitsverständnis und Schuldzuweisungen vorhanden. Diese Belastungen bestehen meist über das Therapieende hinaus, da die Vertrauensbasis wiederhergestellt werden muss und die Angst vor einem Rückfall vorerst bestehen bleibt. (Lindenmeyer, 1999, S. 15-16)

Die Trinkphase wird umgangssprachlich oft als nasse Phase betitelt. Führt der alkoholabhängige Mensch einen abstinenten Lebensstil, so wird umgangssprachlich von der trockenen Phase gesprochen. Verschiedene Therapieformen unterstützen den Betroffenen auf seinem langen Weg zur Abstinenz. Das Hauptziel der Behandlung ist die zufriedene Abstinenz, die Enthaltensamkeit von Alkohol (Schneider, 2010, S. 289). Der Betroffene muss sein Leben meist umstrukturieren. Eine zufriedene Abstinenz kann nur erreicht werden, wenn der Verzicht auf Alkoholkonsum keinen Verlust von Lebensqualität darstellt. Alkoholabstinente Menschen gehören zu einer gesellschaftlichen Minderheit und fallen dadurch mehr auf, als in ihrer nassen Phase

(Lindenmeyer, 2001, S. 21). Dies erfordert Sicherheit und Stärke, was in der Therapie erarbeitet wird (Lindenmeyer, 2001, S. 21).

2.2 Stigmatisierung und Diskriminierung

Ein Stigma bezeichnet nach dem Duden „etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderem unterscheidet“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2017).

Erving Goffman war einer der ersten, welcher die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen untersuchte. Die soziale Identität gilt nach Goffman als Merkmal einer Person. Weicht dieses Merkmal von der Normalität ab, trägt diese Person ein Stigma, welches negativ behaftet ist. Aufgrund dieses Stigmas werden Schlussfolgerungen auf die Person gezogen, was zu einer Degradierung und Diskriminierung führt. (Goffman, 1975; Goffman, 1973)

Im Rahmen der Stigma-Forschung gaben die Soziologen Link und Phelan den Impuls vermehrt die Aspekte der Betroffenen zu untersuchen. Der Stigma-Prozess nach Link und Phelan zeigt die Beziehung von Stigmatisierung und Diskriminierung in vier Stufen. Zu Beginn besteht die Abweichung der Normalität, dem sogenannten „Labeling“, damit verbunden werden negative Stereotype. Dies führt zur Exklusion und schließlich zum Statusverlust und zur Diskriminierung. (Link & Phelan, 2001)

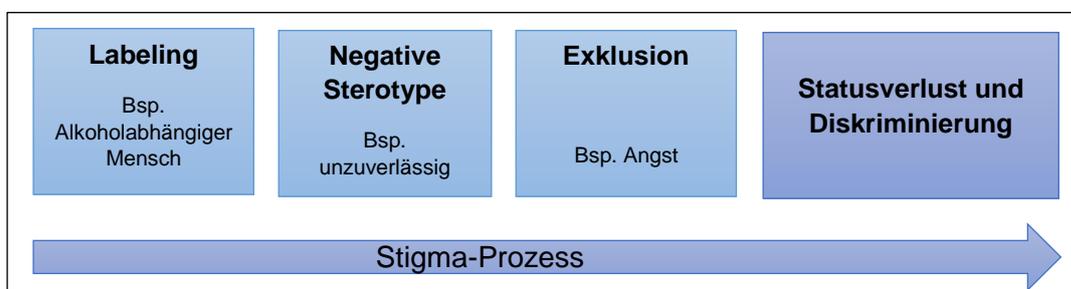


Abbildung 1: Stigma-Prozess nach Link und Phelan, 2001

Eine Stigmatisierung kann auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. So kann zwischen der öffentlichen Stigmatisierung, welche sich aus einer individuellen und einer strukturellen Diskriminierung zusammensetzt, und der Selbststigmatisierung unterschieden werden. Die öffentliche Stigmatisierung entsteht durch das soziale Umfeld des Betroffenen und prägt sich in Form von Vorurteilen der Gesellschaft, Ausgrenzungen im Erwerbsleben und im Familienkreis aus. Die individuelle Diskriminierung erfolgt durch ein diskriminierendes Verhalten von Individuen. Dem gegenüber steht die strukturelle Diskriminierung, welche nicht vom Individuum ausgeht, sondern auf Regeln, Gesetze und Prozesse basiert. Erfolgt die Stigmatisierung von innen heraus, kann von einer Selbststigmatisierung gesprochen werden. Der Betroffene setzt sich mit den Vorurteilen

der Gesellschaft auseinander und wendet diese auf sich selbst an. (Schomerus & Angermeyer, 2011)

Die Selbststigmatisierung führt zu Schamempfindungen und einem geringen Selbstwertgefühl (Corrigan et al., 2006). Außerdem wird die Kompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung beeinflusst (Corrigan et al., 2009). Diese Selbststigmatisierung führt zu Kriseninterventionen im Krankenhaus (Rüsch et al., 2009) und beeinflusst die Motivation zur Abstinenz (Schomerus, et al., 2011a).

Von Kardorff (2010) formuliert Stigmatisierung als negative Erfahrung, welche die eigene Identität fraglich erscheinen lässt und die soziale Integration beeinflusst. Dies bildet die Grundlage für Diskriminierung und Exklusion aus der Gesellschaft. Stigmatisierung wird durch die Politik nur wenig beeinflusst. Es ist ein Prozess der Gesellschaft, der eine Entscheidung zwischen Normalität und Anormalität trifft und durch Interaktion der Individuen über Inklusion und Exklusion entscheidet. Durch diese Bewertung werden Vergleiche gezogen und in Abhängigkeit der bestehenden Strukturen werden negative soziale Folgen in Form von Diskriminierung verursacht. In Folge der krankheitsbedingten Verhaltensweisen psychisch kranker Menschen und der gesellschaftlich definierten Reaktionen darauf kommt es zur Stigmatisierung und Diskriminierung. Zusätzlich weisen psychisch kranke Menschen oft eine hohe Sensibilität, Emotionsschwankungen und Unsicherheit auf. Die krankheitsbedingte soziale Zurücknahme, fehlendes Vertrauen und eine hohe Sensibilität werden durch die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung zudem verstärkt. Die so wichtigen sozialen Unterstützungssysteme werden minimiert. Dadurch besitzen Betroffene kaum Ressourcen, sich gegen Stigmatisierung und Diskriminierung zu wehren. Dieses gesellschaftlich verankerte Krankheitsverständnis führt ebenso zu strukturellen Diskriminierungen. Personen reagieren oft mit Scham und fühlen sich erniedrigt. Sie ziehen sich zurück und suchen Bestätigung in psychiatrischen Bereichen, wie Selbsthilfegruppen und anderen ambulanten Unterstützungsangeboten. Der Betroffene wird nicht mehr als Individuum wahrgenommen, sondern erhält durch seine Diagnose ein Etikett. Es wird nicht von einem alkoholabhängigen Menschen gesprochen sondern von dem Alkoholiker. (von Kardorff, 2010)

Eine Unterscheidung der Begriffe Stigmatisierung und Diskriminierung ist schwierig, da im allgemeinen Sprachgebrauch diese Begriffe meist nicht trennscharf sondern synonym verwendet werden. Nach von Kardorff wird die Stigmatisierung, durch gesellschaftliche Veränderungen beeinflusst und ist, im Gegensatz zur Diskriminierung, die nicht zu verhindernde Normalität im gesellschaftlichen Zusammenleben (von Kardorff, 2010). Angermeyer (2004) formuliert die Diskriminierung als Schlussphase des Stigmatisierungsprozesses und benennt den Einfluss des Selbstwertgefühls und des

persönlichen Befindens, soziale wie auch behandlungsspezifische Nachteile als mögliche Folgen der Diskriminierung (Angermeyer, 2004).

So kann zusammenfassend ein Stigma als eine Einordnung in Anormalität beschrieben werden. Die Normalität und Anormalität wird von der Gesellschaft definiert. Da gesellschaftliche Strukturen stets Veränderungen unterworfen sind, ist auch das Verständnis von Normalität und Anormalität Schwankungen unterworfen. Trägt ein Mensch ein Stigma, so weicht er mit seiner Person von der Norm ab und wird von der Gesellschaft stigmatisiert. In diesem Zusammenhang kann die Stigmatisierung als Prozess der Einordnung in Anormalität interpretiert werden. Hierbei wird lediglich die Zuschreibung von Eigenschaften und Merkmalen vorgenommen. Eine Diskriminierung erfolgt aufgrund des gesellschaftlich definierten Stigmas. Wird einer Person ein Stigma zugeschrieben, wird die Grundlage für eine Exklusion gebildet. So wird der Betroffene meist nicht mehr als individuelle Persönlichkeit anerkannt, sondern als Stigmaträger. Diese Zuweisung definiert dem Betroffenen seinen Platz innerhalb der Gesellschaft. Die Diskriminierung ist die Konsequenz dieser Hierarchizuweisung und schließt den Menschen von Bereichen des gesellschaftlichen Lebens aus (von Kardorff, 2010).

2.3 Aktueller Stand der Forschung

Alkoholabhängigkeit gehört zu den am stärksten diskriminierten psychischen Erkrankungen. In einer Übersichtsarbeit von Schomerus et al. wurden die psychischen Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Depression und Schizophrenie in Bezug auf ihre Besonderheiten bezüglich der Stigmatisierung untersucht. Alkoholabhängige Menschen unterlagen stärkeren Schuldzuweisungen und negativeren emotionalen Reaktionen als Personen mit Depression oder Schizophrenie. Außerdem wurde ihnen eine hohe Gefährlichkeit zugeschrieben. Gegenüber alkoholabhängigen Menschen kam es zu einer größeren Akzeptanz für strukturelle Diskriminierung, als vergleichsweise bei Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie. (Schomerus, et al., 2011b)

Der Großteil der Bevölkerung akzeptiert eine strukturelle Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen. In einer repräsentativen Umfrage (n=5025) der deutschen erwachsenen Bevölkerung durch Matschiger und Angermeyer (2004) wurde die Bereitschaft für die Zuteilung finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem bei verschiedenen Erkrankungen untersucht. Dabei waren nur 6 % der deutschen Bevölkerung der Meinung, dass keine Kürzung von finanziellen Mittel für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit stattfinden sollte. Andere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie (10 %) und Depression (7 %) schnitten ebenfalls mit einem sehr geringen Prozentsatz ab. Somatische Erkrankungen wie das Acquired Immune Deficiency

Syndrome (AIDS) wurden bei dieser Fragestellung zu 51 % und Krebserkrankungen mit 89 % ausgewählt. (Matschinger & Angermeyer, 2004)

Die soziale Exklusion von alkoholabhängigen Menschen wird in der Untersuchung (n=33.646) von Richter et al. (2006) deutlich. Alkoholabhängige Personen waren weniger stark in der Arbeitswelt integriert, hatten einen geringeren Verdienst und lebten öfter allein als somatisch kranke Menschen. Insgesamt waren 65,5 % der männlichen und 58,0 % der weiblichen alkoholabhängigen Menschen unverheiratet. Vor der Berentung wiesen männliche alkoholranke Personen ein durchschnittliches Bruttojahreseinkommen von 4.073 € auf, dies war weniger als ein Drittel des Bruttojahreseinkommens von somatisch erkrankten Männern. (Richter et al., 2006)

Beck et al. (2005) wiesen mit einer Repräsentativerhebung (n=2089) die erhebliche soziale Distanz gegenüber alkoholabhängigen Menschen nach. Aus einer Auflistung von 14 Stereotypen wurden nicht erwünschte Personen für eine direkte Nachbarschaft erfragt. Nach rechtsextremistischen (81,0 %) und drogenabhängigen (66,9 %) Personen wurden alkoholabhängige Menschen mit 60,4 % genannt. Schizophren erkrankte Menschen wurden zu 36,6 % und depressiv erkrankte Personen zu 19,2 % betitelt. (Beck et al., 2005)

In einer bundesweiten Untersuchung (n=1012) von Schomerus et al. (2006) wurde die Bevölkerung zur Bereitschaft der Zimmervermietung an verschiedene Personengruppen mit somatischen und psychischen Erkrankungen befragt. Mit 78 % wurden alkoholabhängige Menschen am stärksten abgelehnt. Schizophren erkrankte Personen wurden zu 64 % und depressiv erkrankte Menschen zu 42 % abgewiesen. Somatisch erkrankte Personen wurden mit maximal 10 % abgelehnt, ausgenommen von Human Immundefizienz Virus (HIV)-infizierten Menschen, welche zu 33 % abgewiesen wurden. (Schomerus et al., 2006)

In einer Übersichtsarbeit von Schomerus et al. (2010) wurde der geringe Forschungsstand der Stigmatisierung alkoholkranker Menschen deutlich. Zusammenfassend kann formuliert werden, dass die Bevölkerung ein Krankheitsverständnis zur Alkoholabhängigkeit akzeptierte und trotzdem Betroffenen die Schuld für die Erkrankung zuwies. Gesellschaftlich wurden alkoholabhängige Menschen als gefährlich und unberechenbar eingeschätzt. Betroffene wurden von der Bevölkerung stärker abgelehnt als schizophren oder depressiv erkrankte Personen. Die Gesellschaft akzeptierte die strukturelle Diskriminierung der Betroffenen. Bei der Verteilung von finanziellen Mitteln für die Gesundheitsversorgung wurden nach der Entscheidung der Befragten alkoholabhängige Menschen kaum berücksichtigt. (Schomerus et al., 2010)

Schon im Jahr 1995 wurde eine Untersuchung (n=3067) durch Angermeyer et al. veröffentlicht, welche die Meinung der Bevölkerung über alkoholabhängige Menschen abbildete. Die Studie verdeutlichte eine stärkere soziale Distanz und eine negativere Beurteilung als bei anderen psychischen Erkrankungen. Das Geschlecht von alkoholabhängigen Menschen bildete dabei keinen Einfluss auf deren Ablehnung. (Angermeyer et al., 1995)

Dieser zusammenfassende Überblick von Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung bildet nur einen Teil des Forschungsstandes ab. Der aktuelle Forschungsstand zur Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen bildet aber im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen einen geringen Anteil, was fast eine Ausgrenzung innerhalb der Forschung vermuten lässt (Schomerus et al., 2010). Das subjektive Empfinden von erlebter Stigmatisierung und Diskriminierung und dessen Folgen auf den Einzelnen ist ebenso ein wichtiger Bestandteil der Wissenschaft. Im Kapitel 3.1 Literaturrecherche wird für diesen Bereich der Forschungsstand untersucht.

2.4 Fragestellung

Das subjektive Erleben der Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängiger Menschen ist von großer Bedeutung, da Initiativen gegen Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen nicht ausschließlich auf objektiv vorherrschende Diskriminierung beschränkt werden sollte (Angermeyer M., 2003). Die Ergebnisse sollten die Sicht der Betroffenen widerspiegeln und nicht suchterkrankte Personen zur Auseinandersetzung bezüglich Alkoholabhängigkeit anregen. Dabei sollten Problematiken und Handlungsfelder erkennbar werden. Das Empfinden und Erleben der Stigmatisierung und Diskriminierung kann verdeutlicht und somit dessen Bedeutung näher gebracht werden, um ein besseres Verständnis bei nicht betroffenen Personen zu initiieren. Erkennbar werden sollte, welche unterschiedlichen Ebenen von Diskriminierung erlebt werden und wie damit umgegangen wird. Dabei stehen folgende Forschungsfragen im Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit:

Welche Stigmatisierung und Diskriminierung erleben alkoholabhängige Menschen und wie empfinden sie diese?

Welche Bewältigungsstrategien wenden alkoholabhängige Menschen bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung an?

Wo sehen alkoholabhängige Menschen Handlungsbedarf bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung?

3 Methode

Um die Untersuchung nachvollziehbar zu gestalten, wird im folgenden Kapitel das methodische Vorgehen detailliert beschrieben.

3.1 Literaturrecherche

Mittels einer systematischen Literaturrecherche wurde nach englisch- und deutschsprachigen Studien gesucht, welche die Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen aus Sicht der Betroffenen mittels qualitativer Methoden, vorzugsweise durch die Interviewmethode, erforschten. Die Recherche fand in den Datenbanken PubPsych, Samed, Pubmed und in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek Elsevier statt. In der Datenbank PubMed und in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek Elsevier wurde mit Hilfe von englischsprachigen Suchbegriffen recherchiert, in allen anderen Datenbanken wurden deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe verwendet (Tabelle 1: Suchbegriffe).

Tabelle 1: Suchbegriffe

Englischsprachige Suchbegriffe	Deutschsprachige Suchbegriffe
alcohol addiction	Alkoholabhängigkeit
Alcoholism	Alkoholismus
mentall illness	Psychische Krankheit
Discrimination	Diskriminierung
Stigmatization	Stigmatisierung
Exclusion	Exklusion
Ergänzende Suchbegriffe zur Eingrenzung von hohen Trefferzahlen	
qualitative study	Qualitative Studie
Interview	Interview

Es wurden die deutschsprachigen Suchbegriffe `Alkoholabhängigkeit`, `Alkoholismus` und `Psychische Krankheit` in Kombination mit `Diskriminierung`, `Stigmatisierung` und `Exklusion` verwendet. Zu den englischsprachigen Suchbegriffen zählten `alcohol addiction`, `alcoholism` und `mentall illness` in Verbindung mit `discrimination`, `stigmatization` und `exclusion`. Um hohe Trefferzahlen zu minimieren wurden die deutschsprachigen Begriffe `Qualitative Studie` und `Interview` und die englischsprachigen Begriffe `qualitative study` und `interview` verwendet. In der Datenbank PubMed konnte direkt eine Selektion der Studienart vorgenommen werden. Zur Eingrenzung wurde der Studientyp Interview gewählt. Nach Kleibel und Mayer (2005) wurde ein Suchprotokoll (siehe Anhang) erstellt, welches die Literaturrecherche nachvollziehbar dokumentiert (Kleibel & Mayer, 2005, S. 58-59). Durch die umfangreiche

Literaturrecherche konnte keine Studie identifiziert werden, welche den Suchkriterien entspricht. Lediglich vereinzelte quantitative Studien, Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung oder anderen psychischen Erkrankungen konnten entdeckt werden. Es konnte somit eine Forschungslücke aufgedeckt werden, wodurch die Bedeutsamkeit dieser Thematik hervorgehoben werden kann.

3.2 Forschungsfeld und Sampling

Um eine aussagekräftige Stichprobe zu erhalten wurde eine absichtsvolle Auswahl der Stichprobe und eine Datensättigung angestrebt (Mayer, 2007, S. 77). Unter Beachtung der Ressourcen und der hermeneutischen Interpretation sollte der Stichprobenumfang im ein- bis zweistelligen Bereich liegen (Helfferich, 2005, S. 155), (Döring & Bortz, 2016, S. 302). Der Zugang zum Forschungsfeld entsteht durch Kontakte der Autorin zur Selbsthilfegruppe „Gruppe 5“ und dem gemeinnützigen Verein „GRÜNATOMATE buntwärts e.V.“, welcher Unterstützung bei Depressionserkrankungen, Suchterkrankungen und anderen problematischen Lebenslagen bietet. Dabei erleichtert der Zugang über Menschen als `Türöffner` den Kontakt zur Selbsthilfegruppe, da bereits vertraute Personen zur Teilnahme bitten (Helfferich, 2005, S. 155), (Mayer, 2004, S. 45). Die Auswahl der Befragten richtet sich nicht nach der Repräsentativität sondern nach typischen Fällen, welche einen hohen Informationsgehalt vermuten lassen (Lamnek & Krell, 2016, S. 363). Die festgelegten Stichprobenmerkmale umfassen eine Alkoholabhängigkeit und die Abstinenz von Alkohol. Andere Eingrenzungen von Personeneigenschaften wurden nicht vorgenommen, um die Vielfalt der Erkrankung abzubilden. Durch die kontinuierliche Präsenz der Autorin bei Selbsthilfegruppentreffen konnten innerhalb dieses sensiblen Forschungsfeldes die Ängste der Betroffenen abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden. Nach der Durchführung der ersten Interviews entstand eine stetig wachsende Vertrauensbasis, wodurch sich auch andere Gruppenmitglieder zur Teilnahme bereit erklärten. Insgesamt umfasst die Stichprobe neun Teilnehmer. Davon sind sieben männlichen und zwei weiblichen Geschlechts. Somit liegt ein Geschlechterverhältnis von 1:3,5 vor und verdeutlicht die Überrepräsentativität der männlichen Teilnehmer. Das Sampling weist ein durchschnittliches Alter von 50 Jahren auf und erstreckt sich von 36 bis 60 Jahren. Im Durchschnitt sind die Teilnehmer über sieben Jahre abstinent und haben nasse Phasen von sechs bis 25 Jahren durchlebt (Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe).

Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe

Teilnehmer	B 1	B 2	B 3	B 4	B 5	B 6	B 7	B 8	B 9
Geschlecht	männlich	männlich	männlich	weiblich	Männlich	weiblich	männlich	männlich	männlich
Alter	49 Jahre	44 Jahre	54 Jahre	36 Jahre	60 Jahre	49 Jahre	53 Jahre	48 Jahre	57 Jahre
Familienstand	getrennt lebend	geschieden, in Partnerschaft lebend	ledig	ledig, allein-erziehend	getrennt lebend	verheiratet	verheiratet	ledig	verheiratet
Religion	evangelisch-lutherisch	evangelisch-lutherisch	Keine	katholisch (früher)	Keine	keine	evangelisch-lutherisch	keine	keine
Beginn der Abhängigkeit	21. Lebensjahr	16. Lebensjahr	keine genaue Angabe	23. Lebensjahr	48. Lebensjahr	21. Lebensjahr	26. Lebensjahr	36. Lebensjahr	45. Lebensjahr
Dauer der nassen Phase	10 Jahre	20 Jahre	circa 22 Jahre	6 Jahre	8 Jahre	19 Jahre	25 Jahre	6 Jahre	7 Jahre
Abstinenzdauer	18 Jahre	8 Jahre	6 Jahre	7 Jahre	4 Jahre	9 Jahre	2 Jahre	6 Jahre	4 Jahre
Besonderheit	-	-	-	-	-	-	zusätzliche Medikamenten - abhängigkeit	-	-

Der berufliche Werdegang unterscheidet sich stark von den einzelnen Teilnehmern. Die Mehrheit der Teilnehmer weist einen wechselhaften beruflichen Werdegang auf. In der Stichprobe sind sowohl Angestellte, freiberuflich tätige und selbstständige Personen als auch eine Studentin vertreten (Tabelle 3: Beruflicher Werdegang).

Tabelle 3: Beruflicher Werdegang

Person	Beruflicher Werdegang
B 1	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt Krankenpfleger in Suchtklinik
B 2	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt freiberuflicher Künstler
B 3	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt Fahrer bei Gastro-Service-Unternehmen
B 4	Studentin der Museologie
B 5	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt freiberuflicher Dozent für Erwachsenenbildung
B 6	seit 1983 bei Autohersteller als Sekretärin tätig
B 7	gelernter Fliesenleger, jetzt langzeitkrank und arbeitslos
B 8	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt Krankenpflegehelfer im psychiatrischen Krankenhaus
B 9	wechselhafter beruflicher Werdegang, jetzt selbstständiger Fahrlehrer

3.3 Qualitative Befragung

Menschliches Verhalten kann durch naturwissenschaftlich-positivistische Ansätze nicht genau analysiert werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 21). Aufgrund des geringen Forschungsstandes, des speziellen Forschungsfeldes und des zu untersuchenden Phänomens wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt (Lauber, 2012, S. 149). Ziel ist es, durch das induktive Vorgehen individuelle Phänomene zu untersuchen, zu bestimmen und zu beschreiben (Mayer, 2007, S. 76-77). Dabei können Rückschlüsse von Besonderen auf die Allgemeinheit gezogen und Theorien formuliert werden (Mayer, 2007, S. 16).

Es erfolgt eine hermeneutische Herangehensweise durch die Interpretation von Interviewtranskripten. Um nicht vorhersehbare Ergebnisse zu generieren erfolgt ein gering strukturiertes Vorgehen durch eine genaue Analyse einer kleinen Stichprobe im natürlichen Forschungsfeld und eine flexible Anpassung an das Forschungssubjekt. Dieser Forschungsansatz will Theorien und Hypothesen bilden (Mayer H. , 2007, S. 72) und legt eigene Gütekriterien fest. (Döring & Bortz, 2016, S. 184)

Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität sind nur in veränderter Form für qualitative Forschungen verwendbar (Bortz & Döring, 2006, S. 326). Mayring entwickelte nach Kirk & Miller (1986), Flick (1987) und Kvale (1988) sechs allgemeine Gütekriterien,

welche bei dieser Untersuchung angewendet werden: die Dokumentation des methodischen Vorgehens, die argumentative Interpretationsabsicherung, die Regelgeleitetheit, die Nähe zum Forschungsgegenstand, die kommunikative Validierung und die Triangulation (Mayring P. , 2016, S. 144-148):

- **Dokumentation des methodischen Vorgehens:** Die detaillierte Verfahrensdokumentation ermöglicht die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Da im qualitativen Forschungsansatz sich das methodische Vorgehen an das Untersuchungsobjekt anpasst, muss eine genaue Dokumentation erfolgen. Durch die Darstellung der Theorie wird das Vorverständnis zum Forschungsfeld dargelegt. Die Beschreibung des methodischen Vorgehens legt den Forschungsprozess dar.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Da sich der qualitative Forschungsansatz auf Interpretationen stützt, müssen diese schlüssig begründet werden. Zusätzlich sollten alternative Interpretationen geprüft werden.
- **Regelgeleitetheit:** Das Vorgehen wird in Sequenzen unterteilt um einen systematischen Forschungsprozess zu ermöglichen.
- **Nähe zum Gegenstand:** Um eine Nähe zum alltäglichen Umfeld des Forschungsobjektes und ein gleichberechtigtes Verhältnis zu schaffen, findet die Untersuchung im Forschungsfeld statt.
- **Kommunikative Validierung:** Der Forscher steht im Dialog mit den Teilnehmern und kann sie bei der Analyse miteinbeziehen, um die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen.
- **Triangulation:** Um die Ergebnisse aus unterschiedlichen Perspektiven heraus zu vergleichen, ist es vorteilhaft unterschiedliche Lösungswege zur Bearbeitung der Forschungsfrage zu nutzen. Dabei können verschiedene Theorien, Methoden oder auch Interpretationen genutzt werden.

Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung wurden qualitative, halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews mit abstinenten alkoholabhängigen Menschen, unterstützt durch einen Leitfaden, durchgeführt. Dadurch können besonders subjektive Perspektiven (Bortz & Döring, 2006, S. 308), Gefühle, Erlebnisse und Meinungen (Mayer H. , 2007, S. 114) von Personen untersucht werden. Der Teilnehmer muss nur über wenige Fähigkeiten verfügen und kann trotz geringer Lese- und Schreibkompetenzen an der Befragung teilnehmen (Döring & Bortz, 2016, S. 356-357). Aufgrund der lebensnahen Interviewsituation können Hintergrundinformationen generiert und eine persönliche Atmosphäre geschaffen werden (Döring & Bortz, 2016, S. 357). Durch die angepasste Herangehensweise auf den Forschungsgegenstand entsteht eine Kommunikation zwischen Subjekt und Forscher (Lamnek & Krell, 2016, S. 34). Dazu

wurde ein weicher bis neutraler Kommunikationsstil angewendet, um das Verständnis des Interviewers gegenüber der besonderen Situation des Befragten zu verdeutlichen und eine abwehrende Haltung des Teilnehmers zu verringern (Lamnek & Krell, 2016, S. 325). Die Neutralität der Beziehung zwischen Teilnehmer und Interviewer wird somit solidarisch interpretiert (Lamnek & Krell, 2016, S. 326). Bei einem problemzentrierten Interview wird die Sichtweise des Forschungssubjektes zu realen gesellschaftlichen Problemen analysiert (Döring & Bortz, 2016, S. 377), (Mayer H. , 2007, S. 118). Durch die theoretische Vorbereitung des Forschers wird ein vorläufiges theoretisches Konzept erstellt, welches während des Forschungsprozesses ständig modifiziert werden muss (Lamnek & Krell, 2016, S. 348). Zur Durchführung eines Interviews sind sprachliche Fähigkeiten und adäquate Umgangsformen notwendig, um den Teilnehmer zum Sprechen zu ermutigen, die eigene Persönlichkeit zurückzustellen und aktiv zuzuhören (Mayer H. , 2007, S. 119), (Lamnek & Krell, 2016, S. 335-336). Um die Fähigkeiten zu schulen wurden Probeinterviews durchgeführt (Bortz & Döring, 2006, S. 248). Bei der Planung des Forschungsprozesses ist der hohe zeitliche Aufwand, die nicht vorhandene Anonymität der Teilnehmer gegenüber dem Forscher und die Reaktivität dieses methodischen Vorgehens, was zu Verzerrungen führen kann, zu beachten (Döring & Bortz, 2016, S. 357).

3.4 Interviewleitfaden

Das Gespräch orientiert sich am Interviewleitfaden, welcher als Hilfestellung und Gedankenstütze dient (Mayer H. , 2007, S. 120). Gleichzeitig kommt das Leitfadeninterview der Offenheitsforderung nach und ermöglicht die Vergleichbarkeit der Daten (Mayer, 2004, S. 36). Die Formulierung und die Reihenfolge kann dabei der entsprechenden Situation angepasst werden (Mayer H. , 2007, S. 115). Der Leitfaden bietet dabei einen offenen Erzählraum und greift gleichzeitig strukturierend im Sinne des Forschungsinteresses ein (Helfferich, 2005, S. 159). Dabei sollten Unterbrechungen vermieden und nur bei nicht relevanten Themenabschweifungen eingegriffen werden (Mayer, 2004, S. 37). Nach Helfferich (2005) sollte ein Leitfaden folgenden Anforderungen entsprechen:

- die Grundprinzipien der qualitativen Forschung sind zu beachten und zur Offenheit sollte beigetragen werden,
- es sollten nicht zu viele Fragen enthalten sein,
- er sollte übersichtlich gestaltet sein, um eine einfache Handhabung zu ermöglichen,
- Themensprünge sollten durch die Annäherung an den natürlichen Gesprächsverlauf vermieden werden,

- die Fragen sollten nicht abgelesen werden und
- von höchster Wichtigkeit ist die spontan produzierte Erzählung. (Helfferich, 2005, S. 160)

Zur Erstellung des Leitfadens wurde das SPSS-Prinzip nach Helfferich (2005) angewendet. Dadurch entsteht eine Strukturierung ohne Verlust der Offenheit und das Vorverständnis wird überprüft. Die Buchstaben SPSS stehen dabei für die einzelnen Schritte; Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Zu Beginn wurde durch die Brainstorming-Methode aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen ein sensibles Konzept entwickelt (Mayer, 2004, S. 42). Die relevanten Themen wurden zu Fragestellungen formuliert und anschließend geprüft und strukturiert. Der Interviewleitfaden baut sich in drei Teilen auf. Im ersten Teil werden biografische und soziografische Daten erfragt um in die Interviewsituation einzuführen. Anschließend wurden im zweiten Teil alle festgelegten Themenschwerpunkte eingeordnet. Der Hauptteil des Interviewleitfadens beinhaltet einen allgemeinen, eröffnenden Teil, die öffentliche Stigmatisierung, die Selbststigmatisierung und die Bewältigung der Erlebnisse. Im reflektierenden Schlussteil werden Handlungsoptionen thematisiert. Zum Abschluss wurde der Teilnehmer gefragt, ob er noch etwas mitteilen möchte. Dies bietet die Möglichkeit von Zufallsbefunden und ermöglicht die Beendigung in einer entspannten Atmosphäre (Bortz & Döring, 2006, S. 245). Nach der Konzipierung des Leitfadens wurde ein Pretest mit einer depressiv erkrankten Person ohne Suchterkrankung durchgeführt, um Korrekturen vorzunehmen (Mayer, 2004, S. 44). Der entgeltliche Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

3.5 Ablauf der Datenerhebung unter Beachtung forschungsethischer Aspekte

Während des ersten Kontaktes zum Forschungsfeld wurden alle Mitglieder der Selbsthilfegruppe über das Ziel, den Zweck und die Durchführung des Forschungsprojektes informiert (Helfferich, 2005, S. 171). Zu Beginn des Interviews wurde eine offene Gesprächsatmosphäre geschaffen und die Bereitschaft zur Teilnahme gewürdigt (Helfferich, 2005, S. 157). Um einer informierten Einwilligung gerecht zu werden, wurden die freiwilligen Teilnehmer nochmals vor dem Interview ausführlich informiert und über ihre Rechte aufgeklärt (Hopf, 2000). Die Personen sicherten mit ihrer Unterschrift auf einer schriftlichen Einverständniserklärung mit beiliegendem Informationsblatt ihre freiwillige Teilnahme zu. Dabei wurde die Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes und die Anonymität zugesichert, um eine entspannte Interviewatmosphäre zu schaffen (Mayer, 2004, S. 45). Die Teilnehmer dürfen zu jedem Zeitpunkt die Teilnahme abbrechen (Bortz & Döring, 2006, S. 44). Bei Nichtteilnahme entstehen den Personen keine Nachteile (Hopf, 2000). Das Einverständnis umfasste

weiterhin die Aufzeichnung des Interviews in Form einer Audiodatei, dessen Verschriftlichung und die Veröffentlichung zu wissenschaftlichen Zwecken. Die schriftliche Erklärung gibt dem Teilnehmer Sicherheit und baut die Akzeptanz für die Aufzeichnung des Gespräches auf (Bortz & Döring, 2006, S. 310). Die Aufzeichnung wurde mit einem Multifunktions-Stereo-Recorder durchgeführt, dies dokumentiert ebenfalls die Gesprächsdauer. Für den Forscher besteht die Wahrung des Datengeheimnisses (Helfferich, 2005, S. 171). Die schriftliche Einverständniserklärung dient als Nachweis der freiwilligen informierten Teilnahme und kann nicht mit dem Interview in Verbindung gebracht werden. Die Aufzeichnungen wurden auf einem externen Speichermedium aufbewahrt, um keine Rückschlüsse zur Person zu ziehen. Die Löschung erfolgt nach Beendigung des Forschungsprozesses. Der Ort und der Zeitpunkt sind vom Teilnehmer wählbar, dennoch wurden vom Forscher die Örtlichkeiten und Zeitpunkte der Selbsthilfegruppentreffen empfohlen, um bei entstehenden psychischen Beeinträchtigungen die Hilfsangebote der Gruppe als Unterstützungsmaßnahme zu gewährleisten und den Teilnehmer psychisch aufzubauen. Vor allem durch die Thematisierung von Angst und Schamgefühlen können beeinträchtigende Interviewsituationen entstehen (Bortz & Döring, 2006, S. 45). Die Örtlichkeiten der Selbsthilfegruppe bieten der Interviewsituation auch alltagsnahe Gegebenheiten (Lamnek & Krell, 2016, S. 373; Helfferich, 2005, S. 157). In der Selbsthilfegruppe fühlt sich der Betroffene verstanden und sicher (Schneider, 2010, S. 383). Es wurde ein Raum gewählt, welcher die nötige Ruhe für ein Interview bot. Der Teilnehmer saß dem Forscher schräg gegenüber um eine frontale Sitzposition aufgrund der bedrohlich wirkenden Situation zu vermeiden (Helfferich, 2005, S. 157). Durch die ständige Anwesenheit des Forschers zu den wöchentlichen Treffen der Selbsthilfegruppe konnte auch vor und nach den Interviewsituationen eine Gesprächsbereitschaft signalisiert werden, um entstandene psychische Belastungen zu besprechen. Durch die vielfältigen Erfahrungen des Forschers in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen konnte der Teilnehmer als Individuum betrachtet und eine Solidarisierung geschaffen werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 377). Die dadurch entstehenden sozialen Beziehungen gehen mit der Gefahr einer Belastung einher (Lamnek & Krell, 2016, S. 377). Durch die Erfahrungen des Forschers im Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen konnte dennoch die nötige Distanz gewahrt bleiben, welche auch den Betroffenen keine negativen Folgen im sozialen Umfeld befürchten lies (Lamnek & Krell, 2016, S. 364).

Nach Klärung aller Unsicherheiten erfolgte das eigentliche Interview unter Anwendung des Leitfadens. Durch die Aufzeichnung kann die Konzentration auf das Gespräch und die Handhabung des Leitfadens gerichtet werden (Mayer, 2004, S. 46). So kann die Reihenfolge der Fragen (Mayer, 2004, S. 46) und der Sprachstil an die jeweilige Situation

angepasst werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 374). Starke psychische Belastungen während des Interviews hätten zu einem Abbruch der Interviewsituation geführt. Am Ende wurde sich beim Teilnehmer bedankt und das Interesse der Ergebnismitteilung besprochen (Bortz & Döring, 2006, S. 311). Nach Beendigung des Interviews wurde ein Postskriptum erstellt, um die Gesprächssituation zu dokumentieren (Bortz & Döring, 2006, S. 311). Die anschließend erstellten Transkripte wurden anonymisiert, so dass alle personenbezogenen Daten nicht mehr zugeordnet werden können (Helfferich, 2005, S. 170).

3.6 Auswertung der Daten

In den folgenden Kapiteln wird das Vorgehen zur Auswertung der gewonnenen Daten beschrieben. Dabei wird auf die Transkription und die qualitative Inhaltsanalyse eingegangen.

3.6.1 Transkription

Eine Aufzeichnung erfolgt als Audiodatei und ermöglichte eine einfache Auswertung, wörtliche Zitate und eine kritische Reflexion der Interviewtechnik (Kuckartz, 2014, S. 134). Die Verschriftlichung erfolgt nach festgelegten Transkriptionsregeln. Dabei wird geregelt, wie das Gesprochene in Schriftform gebracht wird (Kuckartz, 2014, S. 135). Die verschriftlichten Interviews wirken durch nicht vollendete Sätze oder umgangssprachliche Wörter sehr leseunfreundlich (Bortz & Döring, 2006, S. 312). Für dieses Forschungsprojekt wurden einfache Transkriptionsregeln gewählt. Die Körpersprache, Gestik und Mimik wird dabei nicht berücksichtigt, da dies der Auswertung nicht dienlich gewesen wäre. Aufwändigere Transkriptionssysteme hätten nicht zur Verfügung stehende zeitliche Ressourcen in Anspruch genommen, da selbst für eine einfache Transkription das fünf- bis zehnfache der Interviewzeit eingeplant werden muss (Kuckartz, 2014, S. 135). Insgesamt wurden neun Interviews transkribiert mit einer Gesamtdauer von 353 Minuten. Kuckartz (2014) stellte seine Transkriptionsregeln unter Verwendung weiterer Vorgaben von Dresing und Pehl (2011, S.19 ff.) auf. Diese werden im Rahmen der Untersuchung angewendet:

„1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.

2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. (...) Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.

3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. „B4;“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprecherbeitrag wird als ein eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z.B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z.B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.“ (Kuckartz, 2014, S. 136-137).

3.6.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung erfolgt mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dabei wird induktiv vorgegangen und mittels einer Kodierung die Bedeutungsgehalte analysiert (Döring & Bortz, 2016, S. 541). Da Zusatzkosten und Einarbeitungszeit in spezielle Analysesoftware vermieden werden sollte, wurde hierfür die einfache Bürosoftware Microsoft Word verwendet (Döring & Bortz, 2016, S. 608). Nach Mayring befasst sich die Inhaltsanalyse mit Kommunikation, welche in protokollierter Form vorliegt, es wird systematisch vorgegangen nach bestimmten Regeln und basiert auf einem

theoretischem Hintergrund, mit dem Ziel Rückschlüsse auf die Kommunikation zu ziehen (Mayring, 2015, S. 12-13).

Im Mittelpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse steht das Kategoriensystem (Mayring, 2015, S. 51). Dieses wird durch Einbeziehung der Theorie und dem vorliegenden Material entwickelt, dabei werden die Kategorien durch Konstruktions- und Zuordnungsvorgaben voneinander abgegrenzt und während des Analyseprozesses ständig korrigiert und angepasst (Mayring, 2015, S. 61). Anschließend werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung interpretiert und die Bedeutsamkeit der Untersuchung eingeschätzt (Mayring, 2015, S. 61). Dieses Vorgehen wird mit dem allgemeinen Ablaufmodell nach Mayring strukturiert und in neun Stufen eingeteilt (Mayring, 2015, S. 50 ff):

Stufe 1: Festlegung des Materials

In dieser Stufe wird das Material festgelegt, welches für die Analyse verwendet werden soll (Mayring, 2015, S. 54). Das Material umfasst neun Interviewtranskripte. Die absichtsvolle Auswahl der Stichprobe verfolgt das Ziel der Datensättigung und nicht der Repräsentativität. Die detaillierte Beschreibung der Stichprobe erfolgte im Kapitel 4.2.

Stufe 2: Analyse der Entstehungssituation

In dieser Stufe werden die Rahmenbedingungen der Erhebungssituation beschrieben (Mayring, 2015, S. 55).

Tabelle 4: Analyse der Entstehungssituation

Interview-teilnehmer	Dauer	Besonderheiten
B 1	19 min	bereits bestehende Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Teilnehmer, gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee
B 2	58 min	bereits bestehende Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Teilnehmer, gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee und Zigarette, Teilnehmer sehr interessiert und engagiert bei Thematik
B 3	70 min	sehr mitteilungsbedürftig, gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee
B 4	19 min	spontane Entscheidung für Teilnahme am Interview, gemütliche Gesprächsatmosphäre, Teilnehmer bearbeitet zurzeit auch Bachelorarbeit und kann sich dadurch mit der Interviewerin identifizieren
B 5	34 min	gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee und Zigarette
B 6	33 min	sehr offene und heitere Gesprächsatmosphäre
B 7	31 min	trotz des sehr schüchternen und zurückhaltenden Charakters des Teilnehmers entstand offene und gemütliche Gesprächsatmosphäre
B 8	61 min	sehr mitteilungsbedürftig, gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee
B 9	28 min	gemütliche Gesprächsatmosphäre mit Kaffee

Die Interviews fanden in einem separaten und ruhiger Raum einer Selbsthilfegruppe statt (Tabelle 4: Analyse der Entstehungssituation). Sie wurden durch dieselbe Person als Interviewer durchgeführt, was zu einem einheitlichen und vergleichbaren Interviewprozess beiträgt. Die genaue Entstehungssituation und die Beschreibung der Stichprobe sind im Kapitel 3.2 und 3.3 aufgezeigt.

Stufe 3: Formale Charakterisierung des Materials

Die Form des vorliegenden Materials muss in diesem Analyseabschnitt beschrieben werden (Mayring, 2015, S. 55). Die halbstrukturierten problemzentrierten Interviews wurden als Audiodatei aufgezeichnet und später verschriftlicht nach den Transkriptionsregeln nach Kuckartz. Bei der Transkription wurde eine Zeilennummerierung durchgeführt, um die Ergebnisse nachvollziehbar darzustellen.

Stufe 4: Richtung der Analyse

In dieser Stufe wird die Interpretationsrichtung festgelegt (Mayring, 2015, S. 58). Im Mittelpunkt der Analyse steht die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen. Unter Zuhilfenahme eines Interviewleitfadens können die Empfindungen, das Erleben und die Sicht des Betroffenen analysiert werden. Thematisiert wird auch der Umgang und der Handlungsbedarf bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung.

Stufe 5: Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Die Inhaltsanalyse basiert auf der Regelgeleitetheit und der Theoriegeleitetheit der Interpretation (Mayring, 2015, S. 59). Die Fragestellung muss definiert und an den aktuellen Forschungsstand angelegt sein (Mayring, 2015, S. 60). Die Fragestellungen dieser Bachelorarbeit sind im Kapitel 2.4 beschrieben.

Stufe 6, 7 und 8: Bestimmung der Analysetechnik, Definition der Analyseeinheit und Analyse des Materials

Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung sind die drei Grundformen des Interpretierens, die nach Mayring unterschieden werden können. Dazu wurde die Strukturierung gewählt, welche Aspekte unter vorher definierten Regeln aus dem Material herauslöst und einschätzt und somit einen Eindruck auf die innere Struktur vermittelt (Mayring, 2015, S. 67). Die inhaltliche Strukturierung kann weiterhin in die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung unterteilt werden. Um bestimmte Themen aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt (Mayring, 2015, S. 99).

Nach der Bestimmung der Analyseeinheiten findet die theoriegeleitete Definition der inhaltlichen Hauptkategorien statt. Anschließend werden die Ausprägungen

theoriegeleitet definiert und bilden zusammen ein Kategoriensystem. Im nächsten Schritt werden die einzelnen Kategorien beschrieben, dazu werden Beispiele und Regeln hinterlegt. Das Material wird anschließend durchgearbeitet, Fundstellen werden bezeichnet, bearbeitet und herausgelöst. Im Anschluss erfolgt gegebenenfalls eine Überarbeitung des Kategoriensystems. Es folgt eine Paraphrasierung des herausgelösten Materials und eine Schlussbetrachtung zu jeder Kategorie. Die einzelnen Hauptkategorien werden anschließend zusammengefasst. (Mayring, 2015, S. 97 ff)

Stufe 9: Ergebnisaufbereitung

Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Forschungsfragen interpretiert und die Aussagekraft durch die Gütekriterien beurteilt (Mayring, 2016, S. 61). Dies erfolgt im Ergebnisteil dieser Arbeit. Durch die Auswahl geeigneter Zitate oder Paraphrasen soll die Nachvollziehbarkeit der Kategorien erhöht werden und dem Leser ein Einblick in die Sichtweise der Betroffenen gewährt werden.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse dargestellt. Durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring konnte das Material analysiert und ein Kategoriensystem aufgestellt werden.

4.1 Kategoriensystem

Mittels der Analysetechnik der inhaltlichen Strukturierung konnten insgesamt acht Hauptkategorien gebildet werden, welche sich in unterschiedlicher Ausprägung in Subkategorien untergliedern. Insgesamt konnten 14 zusätzliche Subkategorien konzipiert werden. Zu jeder Kategorie wurden Leitfragen formuliert, um Zuordnungsprobleme zu vermeiden. Die angefügten Beispiele, erleichtern dabei die Einordnung in die entsprechenden Kategorien (Tabelle 5: Kategoriensystem). In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der einzelnen Kategorien beschrieben und mit Originalzitate untermauert.

Tabelle 5: Kategoriensystem

Hauptkategorie	Subkategorie	Leitfragen	Beispiel
Verständnis	Verständnis von Stigmatisierung	Was verstehen die Betroffenen unter dem Begriff Stigmatisierung?	„ein Abschreiben, ein, ein Einordnen, sage ich mal, von, in spezielle, ein Einordnen in, ja, Schubladen“ (B 1/ Zeile 27-28)
	Verständnis von Diskriminierung	Was verstehen die Betroffenen unter dem Begriff Diskriminierung?	„dann direkt, benachteiligen.“ (B 1/ Zeile 33)
Öffentlichkeit	Das öffentliche Bild	Wie werden alkoholabhängige Menschen in den Medien dargestellt? Welches Bild von alkoholabhängigen Menschen besteht in der Öffentlichkeit?	„von den Medien her, ich habe nichts Schlechtes, in dem Sinne, gehört.“ (B 1/ Zeile 95-96) „dieses Allgemeinbild von Alkoholikern ist immer der bei Netto“ (B 2/ Zeile 384-385)
	Empfindung des öffentlichen Bildes	Wie empfinden Betroffene die negative Darstellung von alkoholabhängigen Menschen in der Öffentlichkeit?	„Ja, mich macht das schon traurig einfach“ (B 2/ Zeile 395)
Interpersonelle Interaktionen		Wie reagieren andere Menschen auf Betroffene? Wie wird danach mit dem Betroffenen umgegangen?	„Vorsichtig. Sehr vorsichtig, abtastend“ (B 2/ Zeile 432) „Manche gehen schnell.“ (B 2/ Zeile 435)
Soziales Umfeld	Arbeitswelt	Welche Probleme gibt es im Arbeitskontext?	„die potentiellen Arbeitsgeber, oder Auftraggeber in meinem Fall, dann lieber einen

Hauptkategorie	Subkategorie	Leitfragen	Beispiel
Soziales Umfeld			Rückzieher machen.“ (B 5/ Zeile 2189-2190)
	Partnerschaft	Welche Probleme bestehen innerhalb der Partnerschaft oder bei der Partnersuche?	„der hat mich eher bevormundet“ (B 4/ Zeile 1616-1617)
	Freunde/ Bekannte	Welche Probleme bestehen innerhalb des Freundes- und Bekanntenkreises?	„aus meinem Leben habe ich im Großen und Ganzen noch zu einem Menschen aus der alten Zeit Kontakt“ (B 2/ Zeile 446-447)
	Familie	Welche Probleme gibt es innerhalb der Familie?	„meine Eltern hatten alle aufgehört mit mir zu sprechen und plötzlich war ich nicht mehr Sohn.“ (B 2/ Zeile 410-411)
Strukturen		Welche Erfahrungen berichten Betroffene von struktureller Diskriminierung?	„Mit einer psychischen Erkrankung in keiner Weise in irgendwelche therapeutischen Berufsfeldern“ (B 2/ Zeile 534-535)
Selbstreflexion	Beschreibung eines alkoholabhängigen Menschen	Wie beschreiben Betroffene einen alkoholabhängigen Menschen?	„Verzweifelt.“ (B 2/ Zeile 429)
	Selbstwertgefühl	Welchen Einfluss gibt es auf das Selbstwertgefühl? Werden Vorurteile auf sich selbst angewendet?	„mein Selbstwertgefühl, das war zum Schluss, also, total im Keller“ (B 7/ Zeile 2825-2826)
	Motivation für Abstinenz und Therapie	Welchen Einfluss hatte die Stigmatisierung und Diskriminierung auf die Motivation zur Therapie und Abstinenz?	„Eher in die Richtung nun erst recht. Eher bestärkt.“ (B 1/ Zeile 195)
Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung	Reaktionen auf Stigmatisierung und Diskriminierung	Wie reagieren Betroffene auf Stigmatisierung? Wie würden sie reagieren?	„ich mich immer mehr zurückgezogen“ (B 7/ Zeile 2772-2773)
	Ratschläge für andere Betroffene	Was würden Betroffene anderen raten?	„Die sollen sich wehren. Ganz einfach wehren, aufstehen und erklärend wirken“ (B 9/ Zeile 3835)
	Offenheit mit Krankheit	Wie offen gehen Betroffene mit ihrer Alkoholabhängigkeit um?	„Die wissen nicht, dass ich alkoholabhängig war“ (B 7/ Zeile 2796)
Handlungsfelder		Wo sehen Betroffene Handlungsbedarf?/ Was wünscht sich der Betroffene für sich selbst an Unterstützung? Wo versuchen Betroffene selbst zu handeln?	„Na Aufklärung, viel mehr Aufklärung“ (B 9/ Zeile 3828) „Das man das als Krankheit akzeptieren kann, muss.“ (B 7/ Zeile 2868)

4.1.1 Hauptkategorie: Verständnis

Unter dem Begriff Stigmatisierung verstehen viele der Teilnehmer eine Einordnung in Schubladen, eine Brandmarkung oder eine Abwertung einer Person. Andere formulieren dazu auch eine Etikettierung, Einschließung oder Einengung mit einem spürbaren Druck. Das Verständnis der Stigmatisierung ist im Allgemeinen von den Teilnehmern negativ geprägt. Zum eigenen Verständnis von Stigmatisierung trafen die Teilnehmer folgende Aussagen:

„ein Abschreiben, ein, ein Einordnen, sage ich mal, von, in spezielle, ein Einordnen in, ja, Schubladen, Schubladendenken, so was würde ich eher sagen. Abwerten, ja, so was. Abwerten, nach dem, was man, sag ich mal, unter Alkoholikern so versteht in der Öffentlichkeit.“ (B 1/ Zeile 27-30),

„Stigmatisierung ist für mich, glaube ich, ein Versuchen eines, ich würde wirklich das Wort Einschließen gebrauchen.“ (B 2/ Zeile 299-300),

„Na. Schublade, oder Stempel drauf. Gebrandmarkt.“ (B 4/ Zeile 1593).

Einige Teilnehmer zeigten Unsicherheiten und konnten keine Aussagen zum eigenen Verständnis bezüglich des Begriffs Stigmatisierung treffen:

„Habe ich eigentlich überhaupt kein Anhaltspunkt momentan.“ (B 3/ Zeile 1131),

„Weiß ich jetzt eigentlich nichts richtig damit anzufangen.“ (B 6/ Zeile 2297).

Den Begriff Diskriminierung verstehen die Teilnehmer als erweiterte Form der Stigmatisierung. Diskriminierung wird als Ausgrenzung und Benachteiligung beschrieben. Dazu zählt auch die Zuschreibung von negativen Eigenschaften und Mobbing. Dazu formulierten die Teilnehmer folgende Aussagen:

„Naja, dann direkt, benachteiligen.“ (B 1/ Zeile 33),

„Wenn die Stigmatisierung nicht langt, dann diskriminiert man.“ (B 2/ Zeile 302),

„Eine Diskriminierung ist schon so ein bisschen ausgegrenzt werden, oder, oder auch Mobbing, schlecht gesprochen, (...)" (B 6/ Zeile 2328-2329),

„Ja, es könnte schon passieren, dass eben jetzt bestimmte Dinge nicht zugetraut werden oder dann gesagt wird „Das kann man dem nicht anvertrauen.“ Oder was weiß ich, das, das. „Der war ja Trinker.“ Oder „ist alkoholkrank“ und. Damit geht ja einher, der ist unzuverlässig oder was weiß ich.“ (B 7/ Zeile 2659-2662).

4.1.2 Hauptkategorie: Öffentlichkeit

Auch wenn einige der Teilnehmer einen positiven Fortschritt in der medialen Darstellung von alkoholabhängigen Menschen verzeichnen, so wird die Darstellung in den Medien sehr kritisch beschrieben. Die Kritik umfasst neben einer verzerrten, negativen

Darstellung, auch den zu hoch empfundenen Werbeanteil alkoholischer Getränke. In der Öffentlichkeit werden alkoholabhängige Menschen auf untere gesellschaftliche Sichten reduziert und abgewertet. Dabei werden trockene alkoholranke Menschen in der Gesellschaft verkannt. Die Teilnehmer trafen dazu folgende Aussagen:

„Ich sage mal so, es hat sich in den letzten Jahren, meines Erachtens nach, ganz schön gebessert.“ (B 1/ Zeile 88-89),

„Juhnke, als klassisches Beispiel für den großen öffentlichen Alkoholiker, das wird immer ein bisschen weggelächelt, und je nach Bedarf wird alles benutzt.“ (B 2/ Zeile 391-393),

„Es gibt vereinzelte Beiträge, die sind mittlerweile gut, da wird sich Mühe gegeben, aber im Großen und Ganzen, so, ist das von der Getränkeindustrie unter anderem, und von der Steuerwirtschaft eher doch gefördert. Leute, macht schön weiter.“ (B 2/ Zeile 423-426),

„das Problem ist, dass die keine trockenen Alkoholiker kennen in der, in der Gesellschaft. Die kennen die Nassen, das sind die, die vor dem Netto stehen, mit der Bierflasche und so was. Das sind die, die rumtorgeln und so was. Was die nicht kennen, das sind die Leute, die ganz normal leben, bloß dass sie halt auffallen, wenn sie irgendwann mal sagen, nein ich trink nichts mehr.“ (B 1/ Zeile 103-108),

„Absolut negativ. Also das, wenn ich so Spielfilme angucke, wenn die dann manchmal so alkoholsüchtig oder, oder auch naja in Anführungsstrichen Pennern so zeigen, also immer mit einem negativen Tatsch.“ (B 9/ Zeile 3635-3637).

Durch dieses öffentliche Bild von alkoholabhängigen Menschen sind viele Betroffene traurig und verärgert gestimmt und formulieren dazu folgende Aussagen:

„Ja, mich macht das schon traurig einfach.“ (B 2/ Zeile 395),

„Nicht gut. Finde ich nicht gut.“ (B 4/ Zeile 1637),

„Naja, ich finde es traurig. Ganz einfach traurig, weil die ganze Situation letztendlich dahingehend gefördert wird.“ (B 9/ Zeile 3768-3769).

B 7 fühlt sich durch das öffentliche Bild stark beeinflusst und formuliert dazu:

„Und das, das ist schon unheimlich prägend bei mir. Also Wertung, Bewertung. Alles was von außen auf mich eindringt, das nehme ich sehr stark war und sehr sensibel reagiere ich darauf. Das war auch eine Form des Alkohols um sich da in gewisser Weise abzuschotten. Und das, das nicht alles zu sehr auf einem eindringt oder einwirkt, einprasselt. Das war so ein Schutzmechanismus bei mir, der Alkohol.“ (B 7/ Zeile 2734-2738).

Der Fortschritt in der medialen Darstellung wird dabei positiv von B 1 bewertet:

„Ich finde das gut.“ (B 1/ Zeile 100).

4.1.3 Hauptkategorie: Interpersonelle Interaktionen

Im Rahmen der interpersonellen Interaktionen berichten die Betroffenen von unterschiedlichen Situationen. Einige formulieren Aussagen zu erstaunten, positiven, interessierten und reflektierenden Reaktionen:

„Eher mit Erstaunen und dann, sag ich mal, eher, ja, ich mag das Wort nicht, aber Hochachtung.“ (B 1/ Zeile 130-131),

„Und manche die, die staunen, dass ich offen damit umgehe und fragen auch ein bisschen, haben dann meistens einen Bekannten, den, der irgendein Problem hat, und ja.“ (B 2/ Zeile 435-437),

„Am Anfang waren sie erstmal relativ erstaunt, aber im Großen und Ganzen eigentlich so durch die Bank durch behauptet „Wir haben gar nichts richtig mitgekriegt.“. Dann im Nachgang fingen die Fragen an „Wie hast du das erkannt?“, „Wodurch ist es aufgetreten?“.“ (B 9/ Zeile 3665-3668).

Von negativen Reaktionen in Form von Berührungängsten und Ausgrenzung berichten die Teilnehmer B 2, B 4 und B 8:

„Vorsichtig. Sehr vorsichtig, abtastend, und, ich glaube die wissen nicht, wie sie mit mir umgehen sollen. Denke ich.“ (B 2/ Zeile 432-433),

„Manche gehen schnell.“ (B 2/ Zeile 435),

„Oft hilflos reagieren Menschen, die mich noch nicht so lange kennen.“ (B 4/ Zeile 1655),

„Aber an dem Verhalten der Leute merken sie das, oder merkst du das, dass der, sage ich mal, schön schief, schief beäugt wirst. Also das ist definitiv spürbar.“ (B 8/ Zeile 3090-3092).

Der Umgang nach der Kenntnis über die Alkoholabhängigkeit ist verschieden. B 1 berichtet von einem sich positiv veränderten Umgang nach Kenntnis über dessen Alkoholabhängigkeit:

„Zumindest, ja, wenn nicht sogar, sag ich mal, sogar respektvoller, irgendwo, finde ich.“ (B 1/ Zeile 139-140).

Die Teilnehmer B 3, B 6 und B 9 sprechen sogar von einem normalen unveränderten Umgang mit anderen Personen:

„Ganz normal.“ (B 6/ Zeile 2416).

4.1.4 Hauptkategorie: Soziales Umfeld

Die zahlreichen Ergebnisse der Hauptkategorie soziale Rollen gliedern sich in die Unterkapitel Arbeitswelt, Partnerschaft, Freunde und Bekannte und Familie.

Subkategorie: Arbeitswelt

Im Arbeitskontext wird von unterschiedlichen Erlebnissen berichtet. Dazu kann die Teilnehmerin B 4 keine Erfahrungen vorweisen, da sie zurzeit noch Studentin ist und noch nicht im Erwerbsleben steht. Der Teilnehmer B 7 kann keine stigmatisierenden und diskriminierenden Erfahrungen berichten, da er keine Person im Arbeitskontext bezüglich seiner Alkoholabhängigkeit informiert hat.

Von positiven Erfahrungen berichtete Teilnehmerin B 6. Die Befragte wurde durch rücksichtsvolle, verständnisvolle Kollegen und Vorgesetzte unterstützt, welche Interesse an der Erkrankung zeigten. Die erteilte Abmahnung aufgrund des Trinkens von Alkohol am Arbeitsplatz wurde sensibel vom Vorgesetzten ausgesprochen und eine Betriebsvereinbarung bezüglich des Umgangs mit Suchtkrankheiten geschlossen.

„Aber, ich muss sagen, es war ein super Empfang. So. Es hat keiner irgendwie gesagt „Naja. Was war denn mit dir?“ oder so. Die wussten das alle. Ich bin damit von Anfang an sehr offen umgegangen und habe dann noch eine Abmahnung gekriegt, aufgrund dieses Trinkens auf Arbeit. Aber selbst meine Chefin damals. Die hat gesagt „Mir tut das Leid. Wir müssen das aber machen, weil (Autohersteller). Und. Aber wenn sie sich hier nichts mehr zu Schulden kommen lassen und sie machen ja auch die Therapie und dann ist das in ein paar Jahren, wird das eh gelöscht aus der Akte.““ (B 6/ Zeile 2307-2314)

„Unser Personalchef hat damals, als ich wiedergekommen bin, auch nach der Suchtfibel befragt.“ (B 6/ Zeile 2570-2571)

Von den anderen Teilnehmern wurden viele verschiedenartige Aussagen zu negativen Erlebnissen formuliert. Die erlebten Situationen im Arbeitskontext reichen von Ablehnung, der Empfehlung des Arbeitsamtes zur Leugnung der Krankheit, Überwachung der Betroffenen, Durchsetzungsproblemen und Verwehrung von beruflichen Möglichkeiten bis hin zur Bezeichnung von Straftaten. Arbeitnehmer sind skeptisch gegenüber den Betroffenen und konnten nur durch geleistete Überzeugungsarbeit umgestimmt werden.

„Und bei der Schule, da habe ich über eine Stunde, habe ich diskutieren müssen bis ich die Stelle hatte. Dort umschulen zu dürfen, weil die hatte vorne weg erst ein Pärchen raus geschmissen wegen Alkohol.“ (B 1/ Zeile 58-61)

„Das war für mich als Chef gar nicht so einfach, wenn dort die Mitarbeiter, die haben gesagt, „ach pff, Luftpumpe“.“ (B 2/ Zeile 330-332)

„Hier, du bist doch eh kein vollwertiger Mensch.“ (B 2/ Zeile 487)

„Ja, also ganz, ganz vorne in der Liga spielt da das (Museum) mit. So diverse Vereinsmitglieder waren da der Meinung, sie müssten ihr Tun und Machen, müssten das fortsetzen. Ich bin dort schwerster Straftaten bezichtigt worden, die nie stattgefunden haben.“ (B 8/ Zeile 3139-3142)

„Ja und der Kursmanager, der tat dann noch meinen, nach vier Wochen, ins Gesicht gesagt: „Ja, also wenn Sie dort anfangen, dann sind Sie Hundertprozent überwacht.““ (B 8/ Zeile 3157-3159)

Die Befragten B 1 und B 8 sind jetzt beruflich in der Krankenpflege von suchterkrankten Menschen tätig und können ihr Wissen als Betroffener nutzen. Sie berichten von folgenden Erlebnissen:

„Na, habe natürlich das auch schon gehört, von Patienten, dass das eben, sagen wir mal, ablehnt worden ist, aus fadenscheinigen Gründen, weil eben, ja, die Angst einfach davor haben, was da kommen könnte, oder was, oder einfach damit nicht umgehen können.“ (B 1/ Zeile 162-165),

„Ich meine, bei mir ist es durch die eigene Arbeit noch einmal etwas Besonderes, dass man einfach anders damit umgeht, das als normale Krankheit sieht“ (B 1/ Zeile 219-220),

„Also im Arbeitsplatz, da habe ich keinerlei Grund mich zu beklagen momentan. Das bleibt bestimmt auch so. Weil der Menschenschlag, der dort in Wiesen arbeitet, sage ich mal, egal ob alt oder jung, erstens wissen sie von meinem Vorleben, schon durch die Krankenhausgeschichte. Und die Schwestern dort, wie auch die Ärzteschaft, sage ich mal, die meisten, geben einem nicht das Gefühl, dass man jetzt hier irgendwie nicht dazugehört.“ (B 8/ Zeile 3354-3359).

Die Teilnehmer B 5 und B 9 sind selbstständig oder freiberuflich tätig und verschweigen zum Schutz vor wirtschaftlichen Schäden ihre Alkoholabhängigkeit im Arbeitskontext.

„Muss ich mich zurücknehmen, ganz einfach, weil, wenn ich dann in den Medien auftauche und, ich sage mal, auch die potentiellen Auftraggeber das dann mit sehen, die dann gleich, ich sage mal, einen Haken machen. „Halt. Da haben wir doch was gesehen. Das ist doch was. Das nehmen wir gleich mit. Den nehmen wir gleich gar nicht in die engere Wahl jetzt mit.““ (B 5/ Zeile 2203-2207)

„Zum Eigenschutz. Ja, zum Eigenschutz in Richtung Geschäft. Das da nichts Blödes irgendwo auftaucht. Nein, da muss ich sagen, da bin ich eigentlich ziemlich vorsichtig. Also ich glaube kaum, dass irgendeiner meiner Kollegen je mitgekriegt hat, Gott sei Dank.“ (B 9/ Zeile 3711-3714)

Teilnehmer B 2 ist ebenfalls freiberuflich tätig, verschweigt jedoch seine Alkoholabhängigkeit nicht. Er berichtet von Ablehnungen und wirtschaftlichen Verlusten:

„Also die lassen mich auch noch ausstellen, aber schon ganz schön mit oh. Also hier zum Beispiel in (Stadt) gibt es Banken die sagen „Also mit so etwas, nein das passt nicht in unser Klischee.“. Also schon alleine diese Biografie passt nicht. Das sind, das sind die halt, was ich auch sagte, das sind die von Netto, weist du. „Und wenn der nicht. Nein. Machen wir nicht.“ Damit ist ja auch ein Verkaufswert, oder überhaupt irgendein Wert, geht da ein.“ (B 2/ Zeile 560-565),

„Da hatte die Krankenkasse gesagt, also weil das über Projektförderung gelaufen ist, „Ja, da können wir doch gleich zum Tag der Gesundheit eine Ausstellung machen. Als Projektabschluss“. Da sagte ich „Ja. Super.“. Und da hat der Krankenkassenchef gesagt „Solche Leute in meinem Haus nicht.““ (B2/ Zeile 585-589).

Subkategorie: Partnerschaft

Im Lebensbereich Partnerschaft sind ebenfalls große Unterschiede zu erkennen. Ein kleiner Teil der Teilnehmer berichtet von einer guten Ehe, welche durch Verständnis und Unterstützung gekennzeichnet ist.

„Na die ist stolz darauf, dass ich das so geschafft habe, in jedem Fall.“ (B 7/ Zeile 2846),

„Und bei meinem Mann musste ich es nie“ (B 6/ Zeile 2346).

Dennoch berichten diese Teilnehmer auch von problematischen Situationen aus der nassen Phase:

„Das konnte ich sogar der verschleiern.“ (B 7/ Zeile 2839-2840),

„Ich weiß nicht, wie lange mein Mann das durchgehalten hätte mit mir. Keine Ahnung.“ (B 6/ Zeile 2424-2425).

Im Gegensatz dazu formuliert der Großteil der Befragten Aussagen von fehlender Vertrauensbasis, übertriebener Rücksichtnahme und dem Kontrollbedürfnis der Partner:

„Also es ist nicht einfach, weil das wirklich auch immer „Hat er? Hat er nicht? Hat sie? Hat sie nicht? Kippt sie wieder um?“, solche Rückfälle. Das ist so instabil, das Konstrukt, das ist sehr schwierig. Da ist einfach Angst da, verständlicherweise.“ (B 2/ Zeile 527-530),

„Der hat, der hat mich eher bevormundet. Der wollte dann nichts trinken, so, aus Rücksicht, aber mir ging das auf den Keks.“ (B 4/ Zeile 1616-1618),

„Naja, Partnerschaft, das war dann schon so ein bisschen ein Problem, nachdem ich weg war von dem Zeug. Denn, meine Frau ist eigentlich im Prinzip eine Frau wo ich

sagen muss, die versucht ganz, alles in den Händen zu haben, gezwungenermaßen letztendlich hinten raus auch weil es ja dann zum Schluss so war, dass ich alles, auf Deutsch gesagt, alles bisschen schleifen lassen habe.“ (B 9/ Zeile 3686-3690).

Viele Partnerschaften der Betroffenen sind oder waren Beziehungen mit Betroffenen oder Personen, welche Erfahrungen und Hintergrundwissen über psychische Erkrankungen oder spezifischer zu Suchterkrankungen vorweisen können. So wurden folgende Aussagen formuliert:

„Partnerschaft, ja. Bei mir war es damals Glück, wie gesagt, dachte ich. Das eben die Frau auch betroffen ist.“ (B 1/ Zeile 165-166),

„Partnerschaft ist bei mir ein bisschen nun schwierig, da meine Partnerin sich sehr gut mit Sucht auskennt, da sie in einer Suchtklinik arbeitet.“ (B 2/ Zeile 515-516),

„Sie war ja auch schon mal hier in der Gruppe und die hat auch ein bisschen fundiertes Wissen darüber, über diese Erkrankung und alles.“ (B 7/ Zeile 2845-2847).

Die Teilnehmer B 5 und B 8 nehmen bei der Partnerschaftssuche eine eher zurückhaltende, passive Rolle ein:

„Partnerschaft, da habe ich jetzt im Moment gar keinen Bock, ich sage mal, ganz ehrlich.“ (B 5/ Zeile 2022),

„Das hätte vielleicht längst irgendwas passieren können, beziehungsweise. Aber ich bin sehr vorsichtig. Ich bin da, was das angeht, sehr schwer zu überzeugen.“ (B 8/ Zeile 3364-3366).

Subkategorie: Freunde und Bekannte

Es werden sowohl positive als auch negative Reaktionen des Freundes- und Bekanntenkreises beschrieben. Die positiven Reaktionen beinhalten vor allem ein entspanntes und verständnisvolles Verhältnis. Dazu wurden folgende Aussagen von den Teilnehmern getroffen:

„Also Freunde, die sind einfach entspannt und die respektieren auch meine Grenzen, also.“ (B 4/ Zeile 1672-1673),

„Also ringsum weiß das jeder. Und, ich denke, viele haben auch so, das war mein Eindruck bei manchen, viele haben da auch Achtung davor, dass man dann so ehrlich ist.“ (B 6/ Zeile 2439-2441).

Die Kenntnis über die Alkoholabhängigkeit eines Bekannten oder Freundes löste auch bei manchen Personen eine Selbstreflexion zum Trinkverhalten aus. So beschrieben einige Teilnehmer:

„Da hat die gesagt, da hat die mich angeguckt und hat gesagt „Wir müssen mal reden. Ich glaube ich trinke auch bisschen viel.““ (B 6/ Zeile 2435-2437),

„Und es wird bei weitem nicht mehr so viel getrunken in dem Bereich, wenn wir zum Beispiel wandern gehen, oder so. Die haben eigentlich auch alle ein bisschen versucht, mal selber so ein bisschen zu kontrollieren, vielleicht haben wir da auch bei manchen da auch Schlimmeres verhindert, so ist das mein Eindruck.“ (B 9/ Zeile 3680-3683).

Andere Teilnehmer berichteten von vielen negativen Erlebnissen innerhalb der Freundes- und Bekanntenkreises. Sie erlebten Ablehnungen, müssen sich erklären und fühlen sich oftmals unverstanden. Viele Teilnehmer berichten von einem geringen Freundeskreis oder einem kompletten Bruch mit allen sozialen Kontakten. Dazu formulieren die Teilnehmer folgende Aussagen:

„Man hat kaum Freunde dann eben gehabt, weil dort ist meistens Alkohol auch normal.“ (B 1/ Zeile 145-146),

„Ich kenne, also aus meinem Leben habe ich im Großen und Ganzen noch zu einem Menschen aus der alten Zeit Kontakt und zu meinen Kindern.“ (B 2/ Zeile 446-447),

„Und ansonsten, Freundschaften als solches, in dem Sinne, ist jetzt bloß was sich aus der Gruppe herum, heraus entwickelt hat. Ansonsten sind Kontakte auch in Anführung freundschaftlich, auch wo ich gearbeitet habe. Da kannte ich von früheren Jahren noch Leute, das ist mehr Bekanntschaft. Gute Bekanntschaft als Freundschaft.“ (B 5/ Zeile 2024-2027),

„Dass man vielen Menschen, oder im Freundeskreis viele Dinge gar nicht erklären kann, weil sie es dann ganz einfach nicht verstehen oder.“ (B 7/ Zeile 2686-2687).

Subkategorie: Familie

Das Verhältnis innerhalb der Familie ist sehr heterogen. Es ist durch zahlreiche negative Erlebnisse geprägt. So wurde von den Teilnehmern von starker Ablehnung bis hin zum Kontaktabbruch und fehlenden Krankheitsverständnis berichtet. Die Familienmitglieder zeigten Scham und benutzten die Alkoholabhängigkeit als Druckmittel. Dazu berichteten die Teilnehmer folgendes:

„Das man, sag ich mal, gemieden wurden ist von Verwandtschaft und Bekanntschaft, so was die Richtung. Ja, das es viel abgetan worden ist, so in Richtung, hier der will ja bloß nicht.“ (B 1/ Zeile 67-69),

„Erst wurde es als Druckmittel genutzt um irgendwo, man ist einfach erpressbar und danach, wurde es genauso als Druckmittel benutzt.“ (B 2/ Zeile 328-329),

„Und das, meine Eltern hatten alle aufgehört mit mir zu sprechen und plötzlich war ich nicht mehr Sohn.“ (B 2/ Zeile 410-411),

„Mein Vater hat sich geschämt wie so ein Bettsäscher.“ (B 3/ Zeile 1034).

Ein schwieriges elterliches Verhältnis besteht bei Teilnehmerin B 4 aufgrund der Abhängigkeit der Eltern. Es besteht seitens der Eltern ein Unverständnis zur Abstinenz, was zu einer Reduzierung des Kontaktes führte. Dazu wurde folgende Aussage getroffen:

„Also auf meine Familie eine krasse Geschichte, weil meine Eltern ja beide trinken und ich damals zu denen gesagt habe „Hört doch gleich mit auf.“ Und die natürlich mich angebrüllt haben. Bis heute nicht aufgehört haben.“ (B 4/ Zeile 1681-1683).

Trotz vieler negativer Erlebnisse im familiären Bereich berichten die Teilnehmer auch von Verständnis, Unterstützung und Interesse an der Krankheit. Dazu trafen die Teilnehmer diese Aussagen:

„Das Verhältnis ist zur ganzen Familie gut. Alle, alle, Sie stehen alle hinter mir. Meine Schwester steht hinter mir, meine Mutter, mein Vater.“ (B 3/ Zeile 1300-1301),

„Meine Mutti hat sich dann mal die Suchtfibel von mir ausgeliehen. Die hatte die mal liegen sehen und hat gesagt „Oh kann ich die mal lesen?“, ich sagte „Ja, lies ruhig mal, vielleicht verstehst du da auch vieles bisschen besser und vom Verständnis her.“ Die hat das gelesen.“ (B 6/ Zeile 2349-2352),

„Durch meine Familie die da in der Hinsicht auch dahinterstand, die das eigentlich im Großen und Ganzen relativ positiv oder sehr positiv beeinflusst hat.“ (B 9/ Zeile 3626-3628).

Das familiäre Verhältnis weist auch hier Probleme in der Vertrauensbeziehung auf. Die Teilnehmer verschweigen gegenüber ihren Familienmitgliedern bestimmte Sachverhalte. Ebenso weisen Familienmitglieder gegenüber dem Betroffenen zu Beginn der trockenen Phase ein Kontrollbedürfnis auf. Folgende Aussagen trafen die Teilnehmer dazu:

„Sagt meine Mutter, sagt „B 5, passe auf, B 5 du nicht“. So hatte sie das die ersten zweimal. Ich sage mal, jetzt in der Zeit nicht mehr. Jetzt weiß sie, dass dort auch keine Gefahr droht.“ (B 5/ Zeile 1970-1972),

„Also ich habe auch meinen Eltern gegenüber nie erwähnt, dass, das, das ich ein alkoholkranker Mensch bin.“ (B 7/ Zeile 2647-2648),

„Also es gibt Dinge, über die spreche ich mit meiner Mutter einfach nicht mehr.“ (B 8/ Zeile 3336-3337).

4.1.5 Hauptkategorie: Strukturen

Eine Vielzahl von Teilnehmern erlebte keine strukturelle Diskriminierung. Dabei ist den Betroffenen bekannt, dass bei Versicherungsabschlüssen besondere Regelungen festgelegt sind, welche negative Auswirkungen auf ihre Person hätten. Für Betroffene mit wenig finanziellen Mitteln werden auch die hohen Kosten der medizinisch-psychologischen Untersuchung zur Wiedererlangung des Führerscheins angesehen. Aufgrund des fehlenden Führerscheines können berufliche Entwicklungsmöglichkeiten nicht wahrgenommen werden. Dazu formulieren die Teilnehmer folgende Aussagen:

„Was ich weiß, das ist Versicherungen. Also man muss höllisch aufpassen, bei Unfällen oder irgendwas, wo man was sagt, weil die ziehen sich bei jeder Suchtgeschichte sofort zurück, das ist klar. Das steht meistens als Klausel drin. Krankenhaustagegeld, solche Versicherungen meine damit, oder auch Unfallversicherungen, Auto.“ (B 1/ Zeile 177-181),

„Was zum Beispiel, wenn man kein Geld hat, nicht in dem Maße, kommt man dort nie wieder zu einem Führerschein, weil man diesen ganzen MPU und alles was dort damit verbunden ist, nie finanzieren kann. Also ist dort auch eine berufliche Weiterentwicklung auch jetzt von Vorteil ein Führerschein zu haben, nicht möglich.“ (B 2/ Zeile 621-625),

Die Teilnehmer beschreiben eine Vielzahl von strukturellen Diskriminierungen unterschiedlicher Art. Die Alkoholabhängigkeit wird in unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen zur Ausgrenzung der Betroffenen genutzt. Zu diesen strukturellen Rahmenbedingungen zählen nach den Aussagen der Betroffenen Scheidungsanwälte, Blutspendedienste, ärztliche und psychologische Behandlungen, die kirchliche Gemeinschaft und die Verordnung von Medikamenten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die strukturelle Diskriminierung spiegeln besonders diese Aussagen wieder:

„Also der Anwalt meiner Frau, der war da unheimlich, naja, da, darauf geeicht. Alkohol hinten, vorn, oben und unten. Da gab es keine anderen Themen. Da gab es keine, wie soll ich sagen, keine realen Sachen mehr, sondern es spielte dann alles Alkohol eine Rolle, was dann sogar die Richterin unterbinden musste zum Schluss.“ (B 1/ Zeile 47-51),

„Von der Kirche, von der Landeskirche, oder, oder von Mitarbeitern der Kirche, vom Pfarrer, muss ich wirklich sagen, auch studierten Pfarrer, nicht irgendwie selbst ernannten Pfarrer, wurde ich als vom bösen Geist besessen bezeichnet, sakrale Räume sollte ich nicht betreten, weil ich die ja mit dem Geist verpeste und diverse andere Sachen.“ (B 2/ Zeile 307-311),

„Und, manchmal ist das Problem bei, bei, bei Ärzten, bei Heilbehandlungen, da Medikamente ohne Alkohol manchmal teuer sind. Und ich, und das, das stellenweise von der Kasse nicht bezahlt wird, nur wenn es wirklich irgendwo die Krankheit festgeschrieben ist.“ (B 2/ Zeile 613-616),

„Und wie viele Leute ich, die Dame war ja von der Dresdner Straße, in der Notaufnahme, wie viele Leute dort nicht genommen wurden. Und wie sie mich persönlich auch haben heimgeschickt.“ (B 2/ Zeile 629-631).

Durch die Strukturen der Rentenversicherung fühlen sich viele Betroffene stark ausgegrenzt. Dabei werden die Regelungen zur Beantragung und Auszahlung der Schwerbehinderung, die Gewährung von Maßnahmen und die Betitelung als Behinderung als diskriminierend empfunden. Dies veranschaulichen folgende Aussagen:

„Nach zwei Jahren gelte ich als geheilt, wenn ich keinen Rückfall habe. Bin ich das nicht mehr, weil ich ja Geld will. Wenn ich aber was will, bin ich es immer.“ (B 2/ Zeile 613-616),

„Ja bekam damals eine Wiedereingliederung bewilligt unter dem Motto, was, wo ich sehr erschrocken bin: „Wiedereingliederung für behinderte Menschen.“ Wo war man denn behindert, wo?“ (B 8/ Zeile 2968-2971),

„Das wird mal schwierig, eine Kur zu bekommen, ohne dass man immer wieder in die Schiene gerückt wird.“ Aber ich habe noch nie wieder eine beantragt. Also, das wurde mir schon so vorhergesagt, dass man dann automatisch durch die Rentenversicherung wieder in diese Schiene reingerückt wird.“ (B 6/ Zeile 2521-2525),

„Eine berufliche Fortbildung, die eben anderthalb tausend Euro gekostet hat, wurde abgelehnt. Aus welchen Gründen auch immer, ohne Begründung.“ (B 8/ Zeile 2983-2984).

Vereinzelt konnten Teilnehmer auch positive strukturelle Erlebnisse berichten. So unterstützten die Hausärzte bei der Überweisung in Rehabilitationskliniken und bei der Verschreibung von alkoholfreien Medikamenten. Dazu formulierten die Teilnehmer folgende Aussagen:

„Da hatte sie mir dann einen Überweisungsschein ohne Datum gegeben. Ich habe dann die Frau (Name) angerufen in Wiesen. Die hat mir den Platz versorgt.“ (B 5/ Zeile 2085-2087),

„Die sucht mir automatisch ein Medikament raus, also Tropfen ohne Alkohol.“ (B 6/ Zeile 2519-2520).

4.1.6 Hauptkategorie: Selbstreflexion

Subkategorie: Beschreibung eines alkoholabhängigen Menschen

Alkoholabhängige Menschen werden von den Teilnehmern als normale, eher sensible, hilfsbedürftige und aufopferungsvolle Menschen beschrieben, welche versuchen ihre Probleme mit Alkohol zu bewältigen. Dabei stellen nach Meinung der Interviewten eine psychische Vorerkrankung oder Probleme im sozialen Umfeld die Auslöser der Alkoholabhängigkeit dar. Die Teilnehmer beschrieben einen alkoholabhängigen Menschen wie folgt:

„dummgute Menschen, die sich selber vergessen um für andere da zu sein, anderen zu helfen, das ist, so sag ich mal, der Grundcharakter. Und wenn sie selber Hilfe brauchen niemanden mehr haben dann.“ (B 1/ Zeile 114-116),

„Also ich denk, das ist eigentlich ein ganz normaler Mensch. Der einfach krank geworden ist. Suchtkrank. Und, oft denke ich, dass suchtkranke Menschen trotzdem echt, also die meisten haben irgendeine psychische Problematik.“ (B 4/ Zeile 1642-1644),

„Oder soziale Probleme. Die waren da im Prinzip die Auslöser dort, die oft zu suchen sind.“ (B 9/ Zeile 3659-3660).

Die Lüge wird dabei als Teil der Abhängigkeit beschrieben. Der nasse alkoholabhängige Mensch wird von B 8 in abhängige Menschen, welche ihre Probleme im Alkohol ertränken und in suchtkranke Menschen, welche im Rausch gewaltbereit sind, aufgeteilt. Dazu formuliert B 8 folgende Aussage:

„es gibt bestimmt zwei Richtungen. Die eine Gruppe, die zieht sich zurück ins stille Kämmerlein und kuddelt dort die Sorgen weg. Und die andere Gruppe, sage ich mal, werden vielleicht zum Teil böseartig.“ (B 8/ Zeile 3303-3305).

Der trockene alkoholabhängige Mensch ist dabei auf Wiedergutmachung bedacht und B 1 formuliert dafür Folgendes:

„Der trockene Alkoholiker, sag ich mal, habe ich die Erfahrung gemacht, bei Kollegen und auch bei mir selber, ist eher jemand der, ja, lieber 120 Prozent gibt, wie soll ich sagen, so aus dem Bedürfnis her irgendwo etwas gut zu machen, was teilweise mit dem Arbeitgeber gar nicht mal etwas zu tun hat. Aber der sich da irgendwo immer verpflichtet fühlt.“ (B 1/ Zeile 118-122).

Bei der Beschreibung eines alkoholabhängigen Menschen treten seitens der Betroffenen Unsicherheiten auf. Dazu formulieren sie folgende Aussagen:

„Beschreiben? Also in der Regel, man kann nicht für alle sprechen“ (B 1/ Zeile 113).

Subkategorie: Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit wurden bei der Vielzahl der Teilnehmer beeinflusst. Die Vorurteile der Öffentlichkeit wendeten die Betroffenen auf sich selbst an. Dabei wurden Sie zum Nachdenken angeregt, zweifelten an sich und stellten ihr Leben in Frage. Dadurch grenzten sie sich selbst aus und nahmen sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Zum Teil konnten die Betroffenen ihr Selbstwertgefühl in der trockenen Phase zurückgewinnen und Selbstsicherheit erlangen. Dies ist an folgenden Aussagen zu erkennen:

„Du versuchst dich ja jeden Tag zu vergiften. Wenn du das 20 Jahre lang gemacht hast, ist dein Selbstwert nicht mehr super. Du weißt, du bist der Loser, du bist das Arschloch das Familien, Firmen in Krisen gebracht hat oder doch nicht geschafft hat. Alle anderen gehen gut damit um. Du kriegst es eben nicht hin. Du musst saufen. So. Das war zumindest so bei mir.“ (B 2/ Zeile 674-678),

„Du bist die eine Ähre, die eine Pflanze, die so weit aus der Masse raus guckt. Da nimmt man sich zu über der Hälfte selbst zurück, und, und versucht dann, das aus dem Weg zu gehen.“ (B 5/ Zeile 2226-2228),

„Weil ich bin zu, zu, zu selbstbewusst geworden, damit umzugehen. Weil, Weil es mich von Tag zu Tag stärker macht, so wie die Zahl wächst. Mich macht das richtig stark.“ (B 3/ Zeile 1395-1397).

Die Teilnehmer B 6 und B 9 berichten von keinerlei Beeinflussung auf das Selbstwertgefühl. Dazu wurde folgende Aussage formuliert:

„Ich lasse das Zeug links liegen, ich versuche auch andere davon abzuhalten.“ (B 9/ Zeile 3778-3779).

Subkategorie: Motivation zur Abstinenz und Therapie

Die Vorurteile beeinflussen die Motivation zur Abstinenz und zur Therapie nur teilweise. Einige Teilnehmer haben sich von den bestehenden Vorurteilen nicht beeinflussen lassen. In der nassen Phase animierten die Vorurteile einige Betroffene zum erneuten Konsum von Alkohol und hatten Angst vor dem Aufsuchen von Beratungsstellen. Gegenteilig dazu wurden andere Teilnehmer zur Abstinenz bestärkt. Dies spiegeln folgende Aussagen wieder:

„Und ich denke halt eben, dass diese, auch wirklich diese Angst vor dieser, dieser Stigmatisierung, vor diesem Bekenntnis, die die, die beim Alkohol die nasse Zeit echt verlängert. Weil, es ist, so ging es mir, weiß das von ganz vielen anderen auch, es ist

ein ungeheuer schwerer Schritt dort in so eine Beratungsstelle rein zu gehen. Du könntest ja gesehen werden.“ (B 2/ Zeile 506-510),

„Also Vorurteile waren in dem Sinne gut, weil man die ja selber hatte. Und, ich habe dann immer gedacht „Du willst auf gar keinen Fall wirklich mal auf einer Parkbank enden. Das willst du nicht.“. Das war für mich eine Motivation.“ (B 4/ Zeile 1745-1747),

„Ich wusste damals, es ist Schluss, es geht nicht mehr und gut ist es.“ (B 5/ Zeile 2076),

„Was dann letztendlich auch wieder zu mehr Trinken animierte.“ (B 8/ Zeile 3123-3124).

4.1.7 Hauptkategorie: Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung

Subkategorie: Reaktionen auf Stigmatisierung und Diskriminierung

In der nassen Phase reagieren viele Betroffene auf die Stigmatisierung und Diskriminierung mit dem Rückzug aus der Öffentlichkeit und verschiedenen Vermeidungsstrategien. Der Konsum von Alkohol wurde auch als Reaktion auf Stigmatisierung und Diskriminierung beschrieben. In der trockenen Phase gelingt es vielen Teilnehmern für solche Situationen vorbereitet zu sein, die eigene Meinung zu vertreten, erklärend zu wirken und sich gegebenenfalls verbal zu Wehr zu setzen. Dies verdeutlichen folgende Aussagen:

„Ich habe mich immer mehr so der Öffentlichkeit entzogen, war dann nur noch in ganz bestimmten Kreisen, ich habe immer gearbeitet.“ (B 2/ Zeile 692-693),

„Das habe ich weggetrunken. Das habe ich weggetrunken da.“ (B 3/ Zeile 1383),

„Jetzt. Jetzt ist es so, dass wenn mir was total in die Quere kommt, ich mir sofort das Mundwerk verbrenne. Da fühle ich mich aber wohler.“ (B 8/ Zeile 3484-3485).

Teilnehmerin B 4 versucht sich anzupassen, um stigmatisierenden und diskriminierenden Situationen zu umgehen und formuliert dazu folgende Aussage:

„Aber nicht wirklich, das ich mich jetzt, ich fühle mich nicht ausgegrenzt, weil ich mich anpasse, in bestimmten Situationen. Also ich will ja auch dazu gehören zum normalen Leben.“ (B 4/ Zeile 1623-1625).

Subkategorie: Ratschläge für Betroffene

Der Rat der Teilnehmer an andere Betroffene ist sehr facettenreich. Anderen Betroffenen würden die Teilnehmer die Entwicklung von Selbstsicherheit und einen offenen Umgang mit der Erkrankung empfehlen. Dies verdeutlichen diese Aussagen:

„Und ich würde jedem auch raten damit offen umzugehen. Was soll denn das? Ich verstricke mich doch immer mehr in Lügen, ich habe genug alles vertuscht und verdeckt als ich getrunken habe.“ (B 6/ Zeile 2581-2583),

„Offen damit sein, also selbstsicher, würde ich sagen.“ (B 1/ Zeile 230).

Ein Teil der Teilnehmer empfiehlt auch ein Entgegenreten und ein erklärendes Wirken bei stigmatisierenden und diskriminierenden Situationen. Ebenfalls als empfehlenswert wird die Hilfe einer Selbsthilfegruppe bewertet. Dazu wurden diese Aussagen formuliert:

„Auch, auch da lieber mal, wie gesagt, da lieber mal in den Angriff gehen, das heißt, das offen sagen, finde ich.“ (B 1/ Zeile 230-231),

„Die sollen sich wehren. Ganz einfach wehren, aufstehen und erklärend wirken, warum, wieso, weshalb.“ (B 9/ Zeile 3834-3835),

„Geht in eine Gruppe.“ (B 2/ Zeile 739).

Dabei weisen die Teilnehmer auch darauf hin, dass jeder Betroffene seinen eigenen Weg dabei finden muss und für diese Empfehlungen keine Verallgemeinerung möglich ist. Dazu formulierten sie:

„Das muss jeder für sich selbst finden.“ (B 5/ Zeile 2158),

„Ich weiß auch nicht. Das muss jeder auch für sich selber, da, da, wie einen Weg finden.“ (B 7/Zeile 2887-2888).

Subkategorie: Offenheit mit Krankheit

Die Teilnehmer gehen unterschiedlich offen mit ihrer Alkoholabhängigkeit um. Einige Teilnehmer sind uneingeschränkt offen in allen Lebensbereichen. Teilnehmer B 2 beschreibt sein offenes Bekenntnis zu seiner Erkrankung als Befreiung. Andere Teilnehmer gehen innerhalb des Familien- und Bekanntenkreises offen mit ihrer Erkrankung um, verschweigen dies aber im Arbeitskontext. Teilnehmer B 7 versucht seine Alkoholabhängigkeit komplett, mit Ausnahme seiner Ehefrau, zu verschleiern. Bei Erklärungsbedarfen betitelt er dies immer nur als psychische Erkrankung, da aus seiner Sicht allgemeine psychische Krankheiten nicht einem so großen Stigma unterliegen wie Alkoholabhängigkeit. Dies verdeutlichen folgende Aussagen:

„Für mich war es eine absolute Befreiung, weil ich niemanden mehr etwas beweisen musste und wollte, und ich dachte ja gut.“ (B 2/ Zeile 412-414),

„ich gehe offen mit der Krankheit um und erhoffe mir davon immer halt Positives zurück.“ (B 4/ Zeile 1758-1759),

„Die andere Geschichte ist so, so einer Diskussion im Vorfeld aus dem Weg zu gehen, sagt man das im Rahmen von einem Bewerbungsgespräch sowieso nicht.“ (B 5/ Zeile 2186-2188),

„Und meine Krankheit und ich, ich sage immer „Das sind meine psychischen Probleme.“. Also es gibt Dinge, das ist auch nie, das haben die auch nie gemerkt oder was. Ich habe da auch gut schauspielern können und das immer eigentlich übertünchen können“ (B 7/ Zeile 2646-2649).

4.1.8 Hauptkategorie: Handlungsfelder

Die Handlungsfelder in diesem Bereich sind sehr vielfältig. Dabei formulieren die Teilnehmer die Stigmatisierung und Diskriminierung als globales gesellschaftliches Problem, bei dem ein alkoholabhängiger Mensch nicht mehr als Individuum angesehen und seine Krankheit nicht anerkannt ist. Einzelne Teilnehmer sind selbst aktiv in verschiedenen Handlungsfeldern. Teilnehmer B 9 baut den Alkoholkonsum in den Theorieunterricht seiner Fahrschule ein. Eine Zusammenarbeit mit einer Schuleinrichtung besteht bei Teilnehmer B 1. Mit einem gegründeten Verein und der Selbsthilfegruppe versucht Teilnehmer B 2 aktiv Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Dabei sieht der Großteil der Teilnehmer Handlungsbedarf bei der Öffentlichkeitsarbeit und der Wissensvermittlung zu dieser Krankheit. Die Befragte B 3 wünscht sich mehr Transparenz im Gesundheitssystem und wünscht sich mehr Neugier seitens der Öffentlichkeit. Einen weiteren Handlungsbedarf sieht Teilnehmer B 3 bei der Erweiterung von niederschweligen Hilfsangeboten, besonders für obdachlose suchtkranke Menschen. Die Befragten B 7 und B 9 sehen ebenso bei den Zugangsbeschränkungen von Alkohol weiteren Handlungsbedarf. Dazu formulierten die Teilnehmer folgende Aussagen:

„Und, ich habe wie gesagt, diese Gruppe gegründet, mit der ich versuche, nicht leise zu sein. Ich habe einen Verein gegründet, mit dem ich versuche, nicht leise zu sein, und ich denke einfach, dass es wirklich wichtig ist so einer Art öffentlich, wirklich auch für ein Podium zu sorgen, dass, dass der Rest der Menschheit erkennen kann, das sind, wir sind alle zusammen und das ist keine Gruppe von Aussätzigen, die irgend so einer ganz komischen Sonderbehandlung bedarf, weil am Ende jeder nach seinem Denken, aber innerhalb von Regeln in einer Gemeinschaft leben muss, kann.“ (B 2/ Zeile 637-644),

„Und das ist, glaube ich, nicht nur ein gesellschaftliches Problem, das ist ein Weltproblem. Das ist gegenseitige Achtung. Und das keiner besser ist, wie der Andere. Und das alle, jeder Mensch genauso Gast ist, wie der neben einem, hier auf der Welt, und das keiner wirklich das Recht zu richten hat.“ (B 2/ Zeile 720-724),

„Gerade dort müsste man helfen. Ja. Weil die werden irgendwo umfallen und dann sind sie tot. Aber weil sie erfroren sind durch den Alkohol.“ (B 3/ Zeile 1455-1456),

„Es wäre gut, wenn das Gesundheitssystem die ganze Sache transparenter mal gestalten würde und mal.“ (B 4/ Zeile 1751-1752),

„Handlungsbedarf besteht meiner Meinung nach darin, ich sage mal, das Thema mehr öffentlich zu machen und mehr öffentliche Unterstützung zu geben.“ (B 5/ Zeile 2110-2112),

„Na Aufklärung, viel mehr Aufklärung. Ich nur wirklich immer betonen, wir müssen normalerweise die Menschen mehr aufklären.“ (B 9/ Zeile 3827-3828),

„Ich sehe das immer so aus dem Aspekt heraus, das billigste Mittel, Lebensmittel ist der Alkohol. Und wenn man sich nichts zu essen kaufen kann, Alkohol kriegt man immer, auch für kleines Geld.“ (B 9/ Zeile 3768-3770).

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der Befragung haben die Teilnehmer unterschiedliche Bereiche bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung thematisiert. Dabei wird erkennbar, dass die Betroffenen unter dem Begriff Stigmatisierung eine Einordnung in bestimmte Schubladen verstehen. Der Begriff Diskriminierung stellt dabei eine Ausgrenzung und die erweiterte Form der Stigmatisierung für die Teilnehmer dar. Bei vereinzelt Teilnehmern wurden Unsicherheiten bei der Beschreibung der Begriffe Stigmatisierung und Diskriminierung deutlich. In der Öffentlichkeit werden, nach Meinung der Betroffenen, alkoholabhängigen Menschen negativ dargestellt und in unterste gesellschaftliche Schichten eingeordnet. Vereinzelt Teilnehmer erkennen einen positiven Fortschritt in der medialen Darstellung von alkoholabhängigen Menschen. Im Rahmen von interpersonellen Interaktionen und der verschiedenen sozialen Rollen berichten die Teilnehmer von positiven, aber auch negativen Situationen. Besonders im Arbeitskontext berichteten die Betroffenen von Ablehnungen und wirtschaftlichen Verlusten. Von strukturellen Diskriminierungen konnten nur vereinzelt Teilnehmer berichten. Die negativen Erfahrungen der Betroffenen betreffen vor allem den Bereich der Rentenversicherung. Ein alkoholabhängiger Mensch wird von den Teilnehmern als sensibler Mensch dargestellt, welcher versucht seiner Probleme mit Alkohol zu kompensieren. Durch die erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung wurden einige Teilnehmer im Selbstwertgefühl und in der Motivation zur Abstinenz und Therapie beeinflusst. Deutlich werden die Vermeidungsstrategien einzelner Betroffener, welche dadurch versuchen eine Ausgrenzung zu vermeiden. Die Teilnehmer sprechen sich für

einen offenen Umgang mit der Krankheit aus. Handlungsbedarf sehen die Betroffenen vor allem in der Öffentlichkeitsarbeit.

5 Diskussion

In den nachfolgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen diskutiert, die Aussagekraft bewertet und Grenzen der Bachelorarbeit aufgezeigt. Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden die Ergebnisse inhaltlich betrachtet und erörtert.

5.1 Methodenkritik

Die Darstellung des theoretischen Hintergrundes stellt einen geringen Anteil der Arbeit dar. Aufgrund der schwachen Ausgangslage ist diese Untersuchung als Pilotstudie zu betrachten in der die Ergebnisse im Vordergrund stehen sollten und nicht die zugrundeliegenden Theorien und Erkenntnisse. Zu Beginn der Untersuchung wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt, wodurch eine Forschungslücke identifiziert werden konnte. Es erfolgte eine systematische Suche von deutsch- und englischsprachigen Studien in Datendanken und einer elektronischen Zeitschriftenbibliothek. Durch die Eingrenzung von ausschließlich qualitativen Studien mit Interviewmethodik und anderen Selektionsmaßnahmen konnten nur geringe Trefferanzahlen generiert werden. Die Eingrenzung von qualitativen Studien wurde aufgrund des Forschungsthemas vorgenommen. Eine Erweiterung des Suchgebietes, eine geringere Selektion der Treffer und weitere Suchbegriffe hätten zu relevanten Suchergebnissen führen können.

Verzerrungen im quantitativen Forschungsansatz werden durch das methodische Vorgehen versucht zu unterbinden. Der Forscher ist aber Teil des Forschungsprozesses und nimmt somit Einfluss auf die Ergebnisse. Im Mittelpunkt sollten jedoch die kommunikative Beziehung und die Anpassung an den Forschungsgegenstand stehen. (Lamnek & Krell, 2016, S. 26)

Quantitative Methoden ermöglichen nicht die Untersuchung von subjektiven Sichtweisen und können menschliches Verhalten nicht genau untersuchen (Lamnek & Krell, 2016, S. 21). Trotz einer geringen Evidenz wurde der qualitative Forschungsansatz aufgrund des geringen Forschungsstandes, des Untersuchungsgegenstandes und des Forschungsfeldes gewählt (Lauber, 2012, S. 149).

Um den Forschungsstand zu erweitern bietet das Inventory of Stigmatising Experiences (ISE) eine quantitative Untersuchungsmöglichkeit zur Erfassung von subjektiven Stigmatisierungserfahrungen. Dieses Instrument zur evidenzbasierten Stigmatisierungsbekämpfung wurde 2009 ins Deutsche übersetzt und auf Reliabilität und Inhaltsvalidität geprüft. Im weiteren Vorgehen kann dieses Instrument angewendet werden, um subjektive Stigmatisierungserfahrungen von alkoholabhängigen Menschen quantitativ zu erfassen. (Schulze et al., 2009)

Insgesamt wurden neun Teilnehmer interviewt, was einem durchschnittlichen qualitativen Stichprobenumfang entspricht (Helfferich, 2005, S. 155). Dadurch konnte ein Sättigungseffekt erreicht werden. Durch die Stichprobengröße ist die Aussagekraft dieser Untersuchung trotzdem als gering zu bewerten und lässt eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zu. Bei der Durchführung weiterer Studien sollten Untersuchungen mit größeren Stichproben erfolgen. Durch den Zugang über Menschen als 'Türöffner' und die stetige Anwesenheit der Forscherin konnte eine gute Vertrauensbasis zu allen Teilnehmern geschaffen werden. Die stetige Anwesenheit erforderte zeitliche Ressourcen, war aber unabdingbar für das entstandene Vertrauensverhältnis und die Bereitschaft zur Teilnahme. Innerhalb der Stichprobe besteht ein Geschlechterverhältnis von 1:3,5 männlichen Teilnehmern. Das Geschlechterverhältnis lag 2015 bei 1:2,5 männlichen Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen (Dauber et al., 2016). Die Überrepräsentativität der männlichen Teilnehmer ist somit auch in der Stichprobe abgebildet und gleicht der Realität. Bemerkenswert ist die Teilnahme von Person B 7, die trotz einer Sozialphobie den Mut aufbrachte, mit der Forscherin in Kontakt zu treten. Der Teilnehmer B 7 weist dabei eine Besonderheit auf. Neben seiner Erkrankung der Alkoholabhängigkeit hat sich eine substanzbezogene Komorbidität bezüglich Benzodiazepine entwickelt. Nach dem Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik von 2015 weisen diese Komorbidität insgesamt 2,8% der stationär und 1,2% der ambulant behandelten alkoholabhängigen Patienten auf (Dauber et al., 2016). Durch die Erfahrungen der Autorin im Umgang mit psychiatrischen Patienten konnte eine respektvolle, solidarische und zugleich distanzwahrende Beziehung zu den einzelnen Teilnehmern gestaltet werden, was sich positiv auf die Gesprächsbereitschaft auswirkte. Bei der Thematisierung von belastenden Ereignissen, vor allem bei psychisch erkrankten Menschen, sind ethische Aspekte zu berücksichtigen. Aus diesem Grunde wurden abstinent alkoholabhängige Menschen in die Untersuchung einbezogen. Sie weisen, im Gegensatz zum nassen alkoholabhängigen Menschen, eine gewisse Therapiefahrung, verbunden mit einer höheren psychischen Stabilität auf. Bei einem weiteren methodischen Vorgehen sollten auch nasse alkoholabhängige Menschen in die Stichproben mit einbezogen werden. Dies erfordert psychologisch-therapeutische Fähigkeiten des Forschers und bedarf einer Abwägung von möglichen Folgeschäden. Um mögliche negative Auswirkungen der Befragung auf den Betroffenen zu verhindern, müssen Hilfsangebote bereitgestellt werden. Dafür wurde den Teilnehmern empfohlen, den Termin des Interviews an den Treffen und den Räumlichkeiten der Selbsthilfegruppe zu orientieren. So konnte eine stetige Gesprächsbereitschaft der Gruppe und der Autorin signalisiert werden, um psychisch belastende Situationen im Nachgang zu besprechen. Dies wurde von allen Teilnehmern genutzt, um sich weiterhin über die verschiedenen Ansichten auszutauschen. Als belastende Situation empfand Teilnehmerin B 4 die

Erinnerung an ihr verstorbenes Kind. Diese Situation wurde im folgenden Gruppentreffen mit der Autorin und anderen Betroffenen aufgenommen, beruhigend eingewirkt und die Anteilnahme vermittelt. Durch viele Gruppengespräche bezüglich Stigmatisierung und Diskriminierung konnten die Betroffenen verschiedene Sichtweisen diskutieren und sich an verdrängte Erfahrungen erinnern. Um eine tiefgreifende Analyse ohne erhöhten Aufwand zu ermöglichen sollten bei einem weiteren forschungsgeleiteten Vorgehen Fokusgruppeninterviews durchgeführt werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 441). Dies ist ein geeignetes Mittel und steigert die Gesprächsbereitschaft (Tausch & Menold, 2015). Ein weiteres methodisches Vorgehen kann sich an den aufgestellten Kriterien zur Durchführung der Fokusgruppentechnik nach Tausch und Menold (2015) orientieren. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit ist diese Methode nicht durchführbar, da dies aufgrund von personellen Ressourcen und Fähigkeiten nicht umsetzbar ist. Ebenso könnte bei weiteren Untersuchungen zusätzlich eine Beobachtung etabliert werden, welche die Gestik und Mimik der Teilnehmer erfasst.

Es wurde die Interviewmethode gewählt. Dadurch konnte das subjektive Erleben und nicht direkt beobachtbare Situationen erfasst werden. Diese alltagsnahe Methode erfordert wenige Fähigkeiten der befragten Person. Durch den persönlichen Kontakt mit dem Teilnehmer erhält der Forscher Hintergrundinformationen. Im Gegensatz zur schriftlichen Befragung sind in kürzerer Zeit mehr Informationen zu generieren. Bei dieser Methode als nachteilig zu werten sind die notwendigen hohen zeitlichen Ressourcen, Interviewfähigkeiten des Forschers, die geringere Anonymität und die Reaktivität. (Döring & Bortz, 2016, S. 356-357)

Der Interviewleitfaden wurde mit Hilfe der Brainstorming-Methode und des SPSS-Prinzips erstellt. Der erstellte Interviewleitfaden kommt den Anforderungen nach Helfferich (2005) nach. Der Leitfaden wurde mit einer depressiv erkrankten Person ohne Suchterkrankung getestet und anschließend Korrekturen vorgenommen. Aufgrund des speziellen Forschungsfeldes und der Befürchtung einer geringen Teilnehmerzahl konnte der Interviewleitfaden nicht mit einer alkoholabhängigen Person getestet werden. Da psychische Erkrankungen allgemein einer Stigmatisierung und Diskriminierung unterliegen (Schomerus & Angermeyer, 2011), wurde eine depressiv erkrankte Person zur Testung gewählt. Da sich der Interviewleitfaden unter anderem auf das Vorverständnis stützt, basiert dieser auf die bestehende Stigmatisierung und Diskriminierung und erfragt diesbezüglich nach erlebten Situationen. Die Verdrängung solcher Erlebnisse bei manchen Teilnehmern erschwerte die Anwendung des vorbereiteten Leitfadens. Die Fragestellungen waren oft zu konkret auf einzelne Lebensbereiche gerichtet. Während der Durchführung der Interviews wurden die Vermeidungsstrategien der Betroffenen immer deutlicher, so dass ab dem Teilnehmer B

5 konkret nach Lebensbereichen gefragt wurde, in denen sie ihre Erkrankung verschweigen. Dies beeinflusst die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Eine tiefgreifendere Befragung mit psychologischen Fachkenntnissen könnte eine höhere Ergebnisqualität erzeugen. In anschließenden Gruppengesprächen erinnerten sich die Betroffenen vermehrt an solche Situationen. Bei weiteren Studien sollte mit psychologischer Fachexpertise vor allem nach verdrängten Ereignissen geforscht und der Interviewleitfaden angepasst werden. Die Frage hinsichtlich der Partnerschaft löste bei den männlichen Teilnehmern teilweise eine Zurücknahme ihrer Offenheit aus. Ein Einsatz von gleichgeschlechtlichen Interviewenden wäre zum Vorteil des Informationsgehaltes gewesen (Döring & Bortz, 2016, S. 360).

Zur Vorbereitung auf die Interviewsituation und Schulung der Fähigkeiten der Forscherin wurden Probeinterviews durchgeführt, da die Forscherin diesbezüglich nur Erfahrungen im Bereich des Studiums vorweisen kann. Durch die angepasste Herangehensweise an den Teilnehmer, der vertrauten Umgebung, der entspannten Atmosphäre und dem weichen bis neutralen Kommunikationsstil konnte eine gute Basis für die Interviewsituation geschaffen werden. Die Teilnehmer wurden mündlich und schriftlich über den Zweck und die Zielstellung der Untersuchung informiert und willigten mit ihrer Unterschrift zur freiwilligen Teilnahme ein. Bei der Untersuchung wurden die Anonymität und die Aspekte des Datenschutzes berücksichtigt. Die Interviewsituation wurde an die lebensnahe Situation der Teilnehmer angepasst. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen wurde die Befragung durch dieselbe Person durchgeführt. Um eine Ausweitung der Interviewzeit zu verhindern, aber auch die Gesprächsbereitschaft nicht zu stark zu senken, mussten Ausschweifungen der Teilnehmer B 3 und B 6 aufgrund ihrer hohen Mitteilungsbereitschaft teilweise unterbunden werden (Mayer, 2004, S. 37). Da innerhalb des qualitativen Ansatzes ein Kommunikationsprozess entsteht, können mögliche Ergebnisverzerrungen trotzdem nicht ausgeschlossen werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 34).

Zur Aufbereitung der Daten wurden aufgrund zeitlicher Ressourcen einfache Transkriptionsregeln verwendet. Die anschließende Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese ist im deutschsprachigen Raum stark etabliert und weist sehr gute Analysemöglichkeiten auf (Döring & Bortz, 2016, S. 542).

Aufgrund der krankheitsbedingten Zurücknahme und einer oft hohen Sensibilität psychisch kranker Menschen (von Kardorff, 2010) wird das subjektive Erleben von stigmatisierenden und diskriminierenden Situationen beeinflusst. Eine veränderte Wahrnehmung dieser Situationen kann nicht ausgeschlossen werden und fordert eine psychologisch fundierte Betrachtungsweise. Die Beurteilung der strukturellen Diskriminierung bedarf einer weiteren detaillierten Analyse zur Bewertung der Strukturen

des Sozialversicherungssystems und deren Auswirkungen auf alkoholabhängige Menschen.

Die Gütekriterien Dokumentation des methodischen Vorgehens, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, die Nähe zum Forschungsgegenstand, die kommunikative Validierung und die Triangulation wurden bei der Untersuchung beachtet. Die Darstellung des theoretischen Hintergrundes und die detaillierte methodische Beschreibung ermöglichen die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses. Aufgrund des vorgegebenen Umfangs dieser Bachelorarbeit und der als gering zu wertende Ausgangslage musste die Darstellung der Theorien begrenzt werden. Da die subjektive Sichtweise der Betroffenen im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht, sollte der Theorieabschnitt nicht allzu viel Raum einnehmen. Interpretationen wurden schlüssig begründet, Alternativdeutungen geprüft und mit Originalzitaten unterlegt. Das Vorgehen wurde durch bestimmte Verfahrensrichtlinien systematisch geleitet, ohne die Offenheit zum Forschungsgegenstand zu verlieren. Die Analyseschritte wurden zuvor festgelegt und in Sequenzen unterteilt. Um die Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten wurde die Untersuchung im Forschungsfeld durchgeführt. Durch die stetige Anwesenheit entstand die notwendige Nähe ohne die nötige Distanz zu verlieren. Zur Sicherung der subjektiven Deutungen und der Triangulation wurden auch nach Beendigung der Datenerhebung der Dialog zu den Teilnehmern gesucht und in Gruppengesprächen erörtert. Um die Triangulation zu gewährleisten wurden ebenfalls unterschiedliche Theorien und Methoden genutzt, um verschiedene Perspektiven zu prüfen und die Ergebnisse zu interpretieren.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Das Verständnis der Betroffenen zu den Begriffen Stigmatisierung und Diskriminierung entspricht im Allgemeinen der dargelegten Bedeutung im theoretischen Hintergrund. Einige Unsicherheiten der Teilnehmer verdeutlichen die im allgemeinen Sprachgebrauch verwendete synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten und können auch als Indiz für die Verdrängung der Thematik sein. Die Diskriminierung wird als erweiterte Form der Stigmatisierung betrachtet. Dies verdeutlichen auch Link und Phelan (2001) in ihrem Stigma-Prozess. Demnach kommt es durch die Zuschreibung der Anormalität zur Ausgrenzung und Diskriminierung (Link & Phelan, 2001). Das öffentliche Bild empfinden die Betroffenen als negativ. Ein alkoholabhängiger Mensch wird auf untere soziale Schichten reduziert. Dies ist auch in der Studie von Schomerus et al. (2011a) zu erkennen.

Die Teilnehmer beschreiben eine negative verzerrte Darstellung von alkoholabhängigen Menschen in den Medien, wodurch viele sehr traurig gestimmt sind. Straub (1997) führte dazu eine Medienanalyse zur Darstellung psychisch erkrankter Menschen durch. Sein

Resultat ist, dass dem Zuschauer ein falsches Bild vermittelt wird, was zur Stigmatisierung und Diskriminierung beiträgt. Diese Filme können beleidigend und krankheitsverschlimmernd auf Betroffene wirken. Das Vertrauen in professionelle suchttherapeutische Behandlungen wird zerrüttet. Dabei besteht ein Kreislauf, denn die negative Darstellung fördert die negative Haltung und somit auch weitere Berichterstattungen. (Straub, 1997)

Ebenfalls kritisch wird der hohe Anteil der Alkoholwerbung von den Teilnehmern betrachtet. Im Jahr 2006 wurden in Deutschland 510 Millionen Euro für die Bewerbung von Alkohol ausgegeben. Diese suggerieren dem Zuschauer sozialen und sexuellen Erfolg und Freiheit. Durch die Masse an Alkoholwerbung wird ein positives Image von Alkohol erzeugt, was vor allem junge Menschen beeinflusst. Van Dalen et al. (2009) weist auf den Zusammenhang von Alkoholwerbung und Alkoholkonsum hin und fordert eine Einschränkung der Alkoholwerbung. (van Dalen et al., 2009)

Bezüglich der interpersonellen Interaktionen berichten die Teilnehmer von unterschiedlichen, positiven wie auch negativen Erlebnissen. Was vermutlich auch in dem jeweiligen sozialen Umfeld und der individuellen Haltung des Gegenübers begründet ist. Dennoch ist positiv hervorzuheben, dass die Teilnehmer oftmals eine Selbstreflexion des eigenen Trinkverhaltens beim Gegenüber verursachen und ein respektvollerer Umgang entsteht. Innerhalb des Arbeitskontextes berichten die Teilnehmer von tiefgreifenden Erlebnissen. Nur vereinzelt können die Teilnehmer von positiven Erlebnissen in der Arbeitswelt berichten. Die Befragte B 6 stellt dabei eine Ausnahme dar. Sie berichtet von rücksichtsvollen und unterstützenden Kollegen. Die Teilnehmer B 1 und B 8 arbeiten beide im psychiatrischen Bereich und können so auf ein Vorverständnis der Kollegen bauen. Aus Angst vor ausgrenzenden Situationen verschweigen einige Teilnehmer ihre Erkrankung im Arbeitskontext, so dass keine stigmatisierenden und diskriminierenden Erlebnisse berichtet werden konnten. Die Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben wird auch in der Untersuchung von Richter et al. (2006) deutlich. Vor allem für freiberuflich und selbstständig Tätige stellt die Erkrankung eine Hürde dar. Die Teilnehmer berichten von wirtschaftlichen Verlusten oder nehmen sich stark zurück, um ihre Erkrankung nicht öffentlich zu machen und wirtschaftliche Verluste zu vermeiden. Der Teilnehmer B 8 berichtet von der Bezeichnung einer Straftat, was das gefährliche und unberechenbare gesellschaftliche Bild von alkoholabhängigen Menschen widerspiegelt (Schomerus et al., 2010). Bedeutsam ist die Gesprächsbereitschaft von Teilnehmer B 9, welcher als Fahrschullehrer drastische Konsequenzen zu befürchten hat. Die Partnerschaft ist meist stark belastet und von Mechanismen der Abschottung, Übernahme von Verantwortlichkeiten und Konfliktvermeidung geprägt. Dies ist auch in den Aussagen der Betroffenen erkennbar.

Die Teilnehmer formulieren positive und negative partnerschaftliche Situationen. Es ist erkennbar, dass positive Situationen meist von Betroffenen beschrieben werden, welche ein gewisses Vorverständnis zur Krankheit und Hintergrundwissen vorweisen können. In diesem Kontext sind ebenso die Vermeidungsstrategien der Teilnehmer B 5 und B 8 erkennbar. Bei Freunden, Bekannten und Familienangehörigen erlebten die Teilnehmer positive und negative Situationen, was auf die unterschiedlichen sozialen Kontakte und die individuelle Haltung zur Krankheit zurückzuführen ist. Die Vermeidungsstrategien der Betroffenen werden auch in diesem Bereich deutlich. Selbst Teilnehmer B 2 hat trotz seines sehr offensiven Umgangs mit seiner Krankheit kaum Kontakt zu früheren sozialen Beziehungen. Strukturell diskriminierende Erlebnisse können nur wenige Teilnehmer vorweisen. Besonders kritisiert werden die Strukturen der deutschen Rentenversicherung. Um die Sachverhalte genauer zu interpretieren liegen keine weiteren Angaben vor. Der Teilnehmer B 2 berichtet von einer Vielzahl von Erlebnissen, was durch seine offensive, sehr kritische und zugleich sensible Lebensart begründet ist. Bei diesem Aspekt sind ebenfalls vermeidende Verhaltensweisen zu erkennen. Die Betroffenen wissen von Einschränkungen im Versicherungswesen und versuchen diese wenn möglich zu umgehen. Nach den Studien von Matschinger und Angermeyer (2004) und Schomerus et al. (2010) sind diese strukturellen Gegebenheiten von der Gesellschaft akzeptiert. Die Diskriminierung durch Anwälte und kirchliche Mitarbeiter wurde auf die ausgeübte Funktion der Person zurückgeführt und als strukturelle Diskriminierung gewertet. Dabei ist die Funktion als Hierarchieebene zu betrachten, wodurch Macht ausgeübt werden kann. Die Diskriminierung durch kirchliche Strukturen ist besonders kritisch zu betrachten, da die vom Glauben geprägte Nächstenliebe völlig konträr dazu steht.

Reflektierend beschrieben die Teilnehmer einen alkoholabhängigen Menschen als normalen, sensiblen Menschen mit psychischen oder sozialen Problemen, welcher versucht, diese durch Alkoholkonsum zu lösen. Dies deutet auf eine gute Selbstreflexion hin. Vergleichend dazu befragte Wetterling et al. (2001) alkoholabhängige Personen zu den Ursachen ihrer Erkrankung. Ein Drittel der Teilnehmer war der Meinung selbst schuld zu sein und knapp die Hälfte der Befragten gaben soziale Probleme als Ursache an (Wetterling et al., 2001). Einige Betroffene sprechen von einem geringen Selbstwertgefühl in der nassen Phase, dem erneuten Alkoholkonsum aufgrund negativer Erlebnisse und der Angst, Hilfe aufzusuchen. Die Selbststigmatisierung führt zu Schamgefühlen und einem Verlust des Selbstwertgefühles (Corrigan et al., 2006) und beeinflusst den Mut und die Fähigkeit, mit der Erkrankung umzugehen (Corrigan et al., 2009). Im Gegensatz dazu fühlen sich andere Betroffene bestärkt und motiviert zur Abstinenz und Therapie. In der nassen Phase reagierten die Betroffenen auf stigmatisierende und diskriminierende Situationen oft mit Rückzug und Konsum von

Alkohol. In der trockenen Phase wirken sie vermehrt erklärend und wehren sich verbal. Die Selbststigmatisierung erfolgt meist nur in der nassen Phase, mit Ausnahme von Teilnehmer B 7. Die Teilnehmer gehen unterschiedlich offen mit ihrer Krankheit um. Nach Kawesa-Thöni (1992) kann man ihnen bestimmte Strategien zuordnen. Exemplarisch hierfür kann man Befragten B 1 die Kompensation zuordnen. Er versucht durch besondere Anstrengung, eine Wiedergutmachung zu bewirken. Die Teilnehmer B 1 und B 8 wechselten in einen helfenden Beruf, so sind sie Helfer und nicht Hilfsbedürftige. Teilnehmer B 2 verfolgt die totale Enthüllung und erzählt sehr offensiv von seiner Erkrankung. Der Teilnehmer B 7 verschweigt seine Krankheit konsequent. Die Teilnehmerin B 4 versucht normal zu wirken und sich anzupassen, obwohl sie formuliert, offen mit der Krankheit umzugehen. Anderen Betroffenen raten die Teilnehmer den eigenen Weg für den Umgang zu suchen und einen offenen Umgang anzustreben. Deutlich erkennbar ist der Wunsch nach mehr Öffentlichkeitsarbeit und einem überarbeiteten Krankheitsverständnis zu psychischen Erkrankungen innerhalb der Gesellschaft. Dabei sind vor allem Maßnahmen mit Betroffenen, Auszeichnungen für Anti-Stigma-Arbeit und zielgruppenspezifische Interventionen sinnvoll (Schomerus & Angermeyer, 2011).

In der Untersuchung wird deutlich, dass konkrete Nachfragen zu stigmatisierenden und diskriminierenden Situationen verneint werden, im weiteren Gesprächsverlauf aber erkennbar wird, dass die Betroffenen Vermeidungsstrategien entwickeln aus Angst vor diesen Situationen. Die Betroffenen bauen meist unbewusst ihr soziales Umfeld so auf, dass keine Stigmatisierung und Diskriminierung zu erwarten ist. Viele Betroffene haben sich mit dieser Thematik nicht tiefgreifend auseinandergesetzt und ihr eigenes Verhalten nicht stark genug reflektiert. Einen direkten Vergleich zwischen Studien zur Einstellung der Bevölkerung und einer Befragung zur subjektiv erlebten Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener kann allerdings nicht gezogen werden.

6 Ausblick

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit weiterer Studien und öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollten vermehrt Medienarbeit, Preisverleihungen und kulturelle Veranstaltungen etabliert werden. Zielgruppenspezifische Angebote sollten vor allem Schüler, Beamte und Gesundheitsfachberufe ansprechen. Die Arbeit mit den Betroffenen ist ein wichtiger Bestandteil und sollte vor allem die Copingstrategien und die Selbststigmatisierung fokussieren. Öffentlichkeitswirksam sollte dabei das biopsychosoziale Krankheitsverständnis, die Häufigkeit der Erkrankung und die Option auf Therapie kommuniziert werden. (Schomerus & Angermeyer, 2011)

Eine weitere Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe und weitere Ausstellungen werden dem Kunstprojekt „Saufdruck“ folgen, um öffentlichkeitswirksam zu werden. Für das weitere öffentlichkeitswirksame Vorgehen empfiehlt sich die Evaluation der Maßnahmen, um wirksame Projekte zu konzipieren. Dadurch kann auf gesellschaftliche Veränderungen eingegangen werden. Gesellschaftliche Strukturen sollten vielfältig und heterogen gedacht werden und nicht nur als hierarchische Strukturen von Normalität und Anormalität gestaltet sein. Psychische Erkrankungen unterliegen im Vergleich zu anderen somatischen Erkrankungen einem stärkeren Stigma (Schomerus et al., 2010). Dabei unterliegt die Alkoholabhängigkeit einem stärkeren Stigma als andere psychische Erkrankungen (Schomerus et al., 2011b). Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sollte eine Gleichstellung aller psychischer Erkrankungen und somatischer Krankheiten geschaffen und gesellschaftlich verankert werden. Die Regelungen der Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu überarbeiten. Bei medizinischer Indikation sollten alkoholfreie Medikamente als Alternative zum alkoholhaltigen Medikament von der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Mehraufwand getragen werden. Im Rahmen weiterer Untersuchungen sollten die Strukturen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung betrachtet und Veränderungen angestoßen werden. Das Suchthilfenetzwerk sollte mit niederschweligen und zielgruppenspezifischeren Hilfsangeboten ausgebaut und somit die Distanz zur Gesellschaft verringert werden. Dabei sollten psychiatrische Hilfsangebote ebenso einen Bestandteil des gesellschaftlichen Zusammenlebens abbilden wie vergleichsweise andere Hilfsangebote für somatische Krankheiten.

Das Bewerben von alkoholischen Getränken ist absolut kritisch zu betrachten. Im Vergleich zu Werbemaßnahmen anderer stoffgebundener und stoffungebundener Suchtmittel erfolgen Warnhinweise zur Suchtgefahr. Tabakwaren werden mit abschreckenden Fotos und Aussagen wie „Rauchen verstopft Ihre Arterien“ plakatiert. Bei Glücksspielen ist der Hinweis „Glücksspiel kann süchtig machen.“ für den

Verbraucher ersichtlich. Bei alkoholischen Getränken sucht man dies vergeblich. In diesem Zusammenhang sollten Werbeverbote und Zugangsbeschränkungen für Alkohol diskutiert und auf Praktikabilität und Nutzen geprüft werden. Werbemaßnahmen können ebenso die Gesellschaft prägen und Impulse zur Beeinflussung der deutschen Trinkkultur geben. Langfristig sollten gesellschaftlich anerkannte Regeln zum Alkoholkonsum etabliert werden und zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol führen.

Die Forschung trägt einen wichtigen Teil dazu bei. Angewandte Untersuchungsmethoden bilden den zentralen Punkt des aktuellen Forschungsstandes, qualitative Methoden und sozialpsychiatrische Grundlagenforschung ist nur sehr gering vertreten (Angermeyer & Winkler, 2001). Weitere Untersuchungen sollten mit verschiedenen methodischen Herangehensweisen zur Erforschung der Thematik beitragen und somit die Situation der Betroffenen verbessern. Dabei sollten auch andere kulturelle Aspekte berücksichtigt werden und Bereiche der Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaften ihren Forschungsbeitrag leisten. Alle diese Maßnahmen können stigmatisierende und diskriminierende Situationen nicht vollständig ausschließen, tragen aber langfristig zu einem gesellschaftlichen Umdenken bei. Sie regen zur Auseinandersetzung und Selbstreflektion an und initiieren ein besseres Verständnis bei nicht betroffenen Personen. Die Veränderung von gesellschaftlichen Strukturen muss langfristig gedacht werden und bedarf einer generationsübergreifenden Bearbeitung.

Zusammenfassung

Alkoholabhängige Menschen unterliegen einer besonderen Stigmatisierung und Diskriminierung. Den zentralen Punkt dieser Bachelorarbeit stellt dabei die Erforschung der subjektiv erlebten Stigmatisierung und Diskriminierung alkoholabhängiger Menschen dar. Dabei sollten das Erleben und die Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung untersucht und möglicher Handlungsbedarf aufgedeckt werden. Ziel dieser Untersuchung war es, die Sicht der Betroffenen widerzuspiegeln und nicht betroffene Personen zur thematischen Auseinandersetzung anzuregen. Dabei sollte die Studie ein besseres Verständnis initiieren und Handlungsbedarfe erkennen lassen. Im Rahmen des qualitativen Forschungsansatzes wurden neun halbstrukturierte Interviews mit abstinenten alkoholabhängigen Personen durchgeführt. Mittels eines Interviewleitfadens wurde die subjektiv erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung thematisiert und als Audio-Datei aufgezeichnet. Nach anschließender Transkription folgte die Datenauswertung nach der Inhaltsanalyse von Mayring. Das konzipierte Kategoriensystem umfasst insgesamt acht Hauptkategorien. Das Verständnis von Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen gleicht dem der dargelegten Theorien. Die Vielzahl der Befragten empfindet die Darstellung von alkoholabhängigen Menschen in der Öffentlichkeit als negativ und kritisiert den hohen Werbeanteil von alkoholischen Getränken. Interpersonelle Interaktionen erleben die Betroffenen sehr unterschiedlich und können sowohl positive als auch negative Situationen schildern. Innerhalb des Arbeitskontextes berichtet die Mehrheit der Befragten von negativ behafteten Situationen und verschweigt aus Angst vor Ausgrenzung die Erkrankung. Nur eine Teilnehmerin berichtet von verständnisvollen und unterstützenden Kollegen. Innerhalb der Partnerschaft entstehen oft Konflikte. Positive partnerschaftliche Situationen können oft mit einem gewissen Vorverständnis bezüglich der Krankheit und einem entsprechenden Hintergrundwissen des Partners in Verbindung gebracht werden. Im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis wird sowohl von positiven als auch negativen Erlebnissen berichtet. Die Vermeidungsstrategien führen bis zum Kontaktabbruch aller sozialen Kontakte. Zu strukturell diskriminierenden Situationen formulieren die Betroffenen nur wenige Aussagen und lassen auch in diesem Bereich Vermeidungsstrategien erkennen. Die Teilnehmer berichten ebenfalls von einem geringen Selbstwertgefühl und Rückzug aufgrund der Stigmatisierung und Diskriminierung, was teilweise zu einem erneuten Anlass für den Konsum führte. In der trockenen Phase gewinnen die Betroffenen an Selbstsicherheit und versuchen in solchen Situationen erklärend zu wirken. Dabei gehen die Teilnehmer unterschiedlich offen mit ihrer Krankheit um. Die Betroffenen sehen vor allem in der Öffentlichkeitsarbeit und dem aktuellen gesellschaftlich vorherrschenden Krankheitsverständnis den meisten Handlungsbedarf. Die Untersuchung spiegelt das Empfinden und Erleben der

Betroffenen wider. Die geringe Stichprobe lässt jedoch keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. Die subjektiv erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen wird individuell und unterschiedlich von den Betroffenen Personen wahrgenommen, verarbeitet und führt zu einer Vielzahl von Vermeidungsstrategien. Es sind weitere öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, sowie strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen notwendig, um die Situation der Betroffenen zu verändern.

Dies verdeutlicht die Notwendigkeit der thematischen Bearbeitung und bietet Anlass für weitere Studien. Dadurch können gesellschaftliche und politische Maßnahmen angestoßen und die Sichtweise der Gesellschaft und dessen Trinkkultur in Frage gestellt werden.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*(30), S. 358-366.
- Angermeyer, M. C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis* (31), S. 246-250.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Grobel, S. (1995). Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken, Teil 1 Soziale Distanz. *Sucht* (41), S. 232-244.
- Angermeyer, M., & Winkler, I. (2001). Wer, was, wieviel, wo? Eine Analyse der Publikationen deutscher Autoren zu sozialpsychiatrischen Themen in wissenschaftlichen Zeitschriften. *Psychiatrische Praxis* (28), S. 368-375.
- Beck, M., Angermeyer, M. C., & Brähler, E. (2005). Gibt es einen Zusammenhang zwischen Rechtsextremismus und sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken? Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* (32), S. 68-72.
- Bibliographisches Institut GmbH. (2017). Duden. (Dudenverlag, Herausgeber) Abgerufen am 28. Februar 2017 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma#Bedeutung1>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Caetano, R., & Tam, T. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence. 1990 US national survey. *Alcohol and Alcoholism* (30), S. 177-186.
- Cloninger, C. (1981). Neurogenetic adaptive mechanismus in alcoholism. *Science* (236), S. 410-416.
- Corrigan, P., Larson, J., & Rüsck, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* (8), S. 75-81.
- Corrigan, P., Wattson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem und self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* (25), S. 875-884.
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., & Braun, B. (2016). *Suchthilfe in Deutschland 2015 Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Destatis - Statistisches Bundesamt. (2012). Krankheitskosten. Abgerufen am 28. Februar 2017 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Tabellen/KrankheitsklassenGeschlecht.html>
- Destatis - Statistisches Bundesamt. (2016). Abgerufen am 22. Februar 2017 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Kranke/nhaeuser/Tabellen/PsychInsgesamt.html>
- Destatis - Statistisches Bundesamt. (2017). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abgerufen am 28. Februar 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_sta

rt_neu/&p_aid=i&p_aid=50701825&nummer=703&p_sprache=D&p_indsp=-
&p_aid=38091056

- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2016). ICD-10-GM Version 2017 Systematisches Verzeichnis. Köln.
- DIMDI. (2017). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Heidelberg: Springer Verlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2010). Transkription. In G. Mey, & K. Mruock, Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie (S. 19 ff.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Ebster, C., & Stalzer, L. (2008). Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler (3. Ausg.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG.
- Feuerlein, W. (1989). Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Flick, U. (1987). Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In J. B. Bergold, Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung (S. 247-262). Tübingen: DGVT.
- Gerrig, R. J. (2015). Psychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- Goffman, E. (1973). Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Goffman, E. (1975). Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Helfferrich, C. (2005). Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (2. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hopf, C. (2000). Forschungsethik und qualitative Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke, Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 589-600). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Kawesa-Thöni, R. (1992). Stigmatisierung und Stigmabewältigungsstrategien bei Ex-Psychiatriepatient/innen.
- Kirk, J., & Miller, M. (1986). Reliability and validity in qualitative research. Qualitative Research Methods Vol. 1. Newbury Park: Sage Publications.
- Kleibel, V., & Mayer, H. (2005). Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (2. Ausg.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kvale, S. (1988). Validity in the qualitative research interview. In A. Koning, Research methodology in psychology: The qualitative perspective. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung (5. Ausg.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lauber, A. (2012). *Grundlagen beruflicher Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2001). *Lieber schlau als blau*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review Sociology*(27), S. 363-385.
- Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry* (19), S. 478-482.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen*. Wien: Facultas.wuv.
- Mayer, H. O. (2004). *Interview und schriftliche Befragung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Münch, R. (2016). *Grafikausstellung Lebenswert - Kunstprojekt Saufdruck*.
- Richter, D., Eikelmann, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* (68), S. 704-707.
- Rübenach, S. P. (2007). DESTATIS - Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 28. Februar 2017 von Auszug aus *Wirtschaft und Statistik: Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005*: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/AlkoholSterbefaelle.html>
- Rüsch, N., Corrigan, P., Wassel, A., & et al. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry* (195), S. 551-552.
- Schneider, R. (2010). *Die Suchtfibel*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schomerus. (2011). Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? *Psychiatrische Praxis* (38), S. 109-110.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. (2011). Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, S. 345-354.
- Schomerus, G., Corrigan, P., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H., & Lucht, M. (2011a). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence* (114), S. 12-17.
- Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., & Angermeyer, M. C. (2010). Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken - Eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis* (37), S. 111-118.

- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M., & Angermeyer, M. (2011b). The Stigma of Alcohol Dependence compared with other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism* (46/2), S. 105-112.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug and Alcohol Dependence* (82), S. 204-210.
- Schott, H. (2001). Das Alkoholproblem in der Medizingeschichte. *Deutsches Ärzteblatt* (98) Heft 30, S. 1958-1962.
- Schulze, B., Heather, S., & Riedel-Heller, S. (2009). Das Inventar Subjektiver Stigmatisierungserfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. *Psychiatrische Praxis* (36), S. 19-27.
- Straub, E. (1997). Diskriminierung der psychisch Kranken in Fernsehfilmen. *Psychiatrische Praxis* (24), S. 213-214.
- Tausch, A., & Menold, N. (2015). *Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung*. Köln: GESIS-Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Uchtenhagen, A., & Ziegelgänger, W. (2000). *Suchtmedizin*. München: Urban & Fischer.
- van Dalen, W., Hanewinkel, R., & Zöckler, M. (2009). Alkoholwerbung-Gesamtübersicht. *Suchttherapie* (10), S. 350.
- von Kardorff, E. (2010). Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie* (4), S. 4-7.
- Wetterling, T., Krömer-Olbrich, T., Löw, R., & Schneider, U. (2001). Befragung von Alkoholkranken zum Thema Sucht. *Psychiatrische Praxis* (28), S. 388-392.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Suchprotokoll der Literaturrecherche.....	XI
Anlage 2: Informationsschreiben.....	XV
Anlage 3: Einwilligungserklärung.....	XVI
Anlage 4: Interviewleitfaden.....	XVII
Anlage 5: Interviewtranskripte.....	XIX

Suchprotoll der Literaturrecherche

Tabelle 6: Suchprotokoll der Literaturrecherche (angelehnt an Kleibel und Mayer, 2005)

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen (siehe Legende)
Legende Bemerkungen: ¹ Selektierte Studien nach Screening der Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien ² weitere Eingrenzung der Trefferanzahl durch Verwendung der Suchbegriffe als Keywords/ MeSH Terms und anderer Einschlusskriterien					
19.03.2017	Elservier	KEYWORDS (alcohol addiction) AND KEYWORDS (discrimination)	1	0	1
		KEYWORDS (alcohol addiction) AND KEYWORDS (stigmatization)	0	0	
		KEYWORDS (alcohol addiction) AND KEYWORDS (exclusion)	0	0	
		KEYWORDS (alcoholism) AND KEYWORDS (discrimination)	6	0	1
		KEYWORDS (alcoholism) AND KEYWORDS (stigmatization)	0	0	
		KEYWORDS (alcoholism) AND KEYWORDS (exclusion)	0	0	
		KEYWORDS (mental illness) AND KEYWORDS (discrimination)	16	0	1
		KEYWORDS (mental illness) AND KEYWORDS (stigmatization)	4	0	1
		KEYWORDS (mental illness) AND KEYWORDS (exklusion)	5	0	1
20.03.2017	Somed	Open search (Alkoholabhängigkeit) AND Open search (Diskriminierung)	2	0	1
		Open search (Alkoholabhängigkeit) AND Open search (Stigmatisierung)	0	0	
		Open search (Alkoholabhängigkeit) AND Open search (Exklusion)	0	0	
		Open search (Alkoholismus) AND Open search (Diskriminierung)	78	-	2
		Keyword (Alkoholismus) AND Keyword (Diskriminierung)	16	0	1
		Open search (Alkoholismus) AND Open search (Stigmatisierung)	40	-	2
		Keyword (Alkoholismus) AND Keyword (Stigmatisierung)	34	0	1
		Open search (Alkoholismus) AND Open search (Exklusion)	1	0	1
		Open search (Psychische Krankheit) AND Open search (Diskriminierung)	53	-	2
		Keyword (Psychische Krankheit) AND Keyword (Diskriminierung)	16	0	1
		Open search (Psychische Krankheit) AND Open search (Stigmatisierung)	36	-	2
		Keyword (Psychische Krankheit) AND Keyword (Stigmatisierung)	23	0	1
		Open search (Psychische Krankheit) AND Open search (Exklusion)	0	0	

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen (siehe Legende)
Legende Bemerkungen:					
¹ Selektierte Studien nach Screening der Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien					
² weitere Eingrenzung der Trefferanzahl durch Verwendung der Suchbegriffe als Keywords/ MeSH Terms und anderer Einschlusskriterien					
		Open search (alcohol addiction) AND Open search (discrimination)	10	0	¹
		Open search (alcohol addiction) AND Open search (stigmatization)	5	0	¹
		Open search (alcohol addiction) AND Open search (exclusion)	3	0	¹
		Open search (alcoholism) AND Open search (discrimination)	68	-	²
		Keyword (alcoholism) AND Keyword (discrimination)	0	0	
		Open search (alcoholism) AND Open search (stigmatization)	37	-	²
		Keyword (alcoholism) AND Keyword (stigmatization)	0	0	
		Open search (alcoholism) AND Open search (exclusion)	40	-	²
		Keyword (alcoholism) AND Keyword (exclusion)	0	0	
		Open search (mental illness) AND Open search (discrimination)	5	0	¹
		Open search (mental illness) AND Open search (stigmatization)	5	0	¹
		Open search (mental illness) AND Open search (exclusion)	0	0	
20.03.2017	PubPsych	Mit allen Wörtern (Alkoholabhängigkeit) AND (Diskriminierung)	1	0	¹
		Mit allen Wörtern (Alkoholabhängigkeit) AND (Stigmatisierung)	4	0	¹
		Mit allen Wörtern (Alkoholabhängigkeit) AND (Exklusion)	0	0	
		Mit allen Wörtern (Alkoholismus) AND (Diskriminierung)	10	0	¹
		Mit allen Wörtern (Alkoholismus) AND (Stigmatisierung)	10	0	¹
		Mit allen Wörtern (Alkoholismus) AND (Exklusion)	0	0	
		Mit allen Wörtern (Psychische Krankheit) AND (Diskriminierung)	19	-	²
		Mit allen Wörtern (Psychische Krankheit) AND (Diskriminierung) AND (qualitative study)	1	0	¹
		Mit allen Wörtern (Psychische Krankheit) AND (Stigmatisierung)	28	-	²
		Mit allen Wörtern (Psychische Krankheit) AND (Stigmatisierung) AND (qualitative study)	2	0	¹
		Mit allen Wörtern (Psychische Krankheit) AND (Exklusion)	3	0	¹
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (discrimination)	52	-	²

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen (siehe Legende)
Legende Bemerkungen:					
¹ Selektierte Studien nach Screening der Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien					
² weitere Eingrenzung der Trefferanzahl durch Verwendung der Suchbegriffe als Keywords/ MeSH Terms und anderer Einschlusskriterien					
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (discrimination) AND (qualitative study)	1	0	1
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (stigmatization)	15	-	2
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (stigmatization) AND (qualitative study)	1	0	1
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (exclusion)	31	-	2
		Mit allen Wörtern (alcohol addiction) AND (exclusion) AND (qualitative study)	1	0	1
		Mit allen Wörtern (alcoholism) AND (discrimination)	113	-	2
		Mit allen Wörtern (alcoholism) AND (discrimination) AND (qualitative study)	0	0	
		Mit allen Wörtern (alcoholism) AND (stigmatization)	10	0	1
		Mit allen Wörtern (alcoholism) AND (exclusion)	58	-	2
		Mit allen Wörtern (alcoholism) AND (exclusion) AND (qualitative study)	1	0	1
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (discrimination)	334	-	2
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (discrimination) AND (qualitative study)	22	-	2
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (discrimination) AND (qualitative study) AND (interview)	2	0	1
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (stigmatization)	155	-	2
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (stigmatization) AND (qualitative study)	15	-	2
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (stigmatization) AND (qualitative study) AND (interview)	2	0	1
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (exclusion)	94	-	2
		Mit allen Wörtern (mental illness) AND (exclusion) AND (qualitative study)	0	0	
20.03.2017	PubMed	All fields (alcohol addiction) AND All fields (discrimination)	486	-	2
		MeSH Terms (alcohol addiction) AND MeSH Terms (discrimination)	58	-	2
		MeSH Terms (alcohol addiction) AND MeSH Terms (discrimination) - Article types: Interview	0	0	
		All fields (alcohol addiction) AND All fields (stigmatization)	169	-	2

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Bemerkungen (siehe Legende)
Legende Bemerkungen:					
¹ Selektierte Studien nach Screening der Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien					
² weitere Eingrenzung der Trefferanzahl durch Verwendung der Suchbegriffe als Keywords/ MeSH Terms und anderer Einschlusskriterien					
		MeSH Terms (alcohol addiction) AND MeSH Terms (stigmatization)	109	-	²
		MeSH Terms (alcohol addiction) AND MeSH Terms (stigmatization) - Article types: Interview	0	0	
		All fields (alcohol addiction) AND All fields (exclusion)	255	-	²
		All fields (alcohol addiction) AND All fields (exclusion) - Article types: Interview	0	0	
		MeSH Terms (alcohol addiction) AND MeSH Terms (exclusion)	0	0	
		All fields (alcoholism) AND All fields (discrimination)	433	-	²
		MeSH Terms (alcoholism) AND MeSH Terms (discrimination)	58	-	²
		MeSH Terms (alcoholism) AND MeSH Terms (discrimination) - Article types: Interview	0	0	
		All fields (alcoholism) AND All fields (stigmatization)	150	-	²
		MeSH Terms (alcoholism) AND MeSH Terms (stigmatization)	109	-	²
		MeSH Terms (alcoholism) AND MeSH Terms (stigmatization) - Article types: Interview	0	0	
		All fields (alcoholism) AND All fields (exclusion)	213	-	²
		MeSH Terms (alcoholism) AND MeSH Terms (exclusion)	0	0	
		All fields (mental illness) AND All fields (discrimination)	9978	-	²
		MeSH Terms (mental illness) AND MeSH Terms (discrimination)	1979	-	²
		MeSH Terms (mental illness) AND MeSH Terms (discrimination) - Article types: Interview	0	0	
		All fields (mental illness) AND All fields (stigmatization)	3321	-	²
		MeSH Terms (mental illness) AND MeSH Terms (stigmatization)	2509	-	²
		MeSH Terms (mental illness) AND MeSH Terms (stigmatization) - Article types: Interview	13	0	¹
		All fields (mental illness) AND All fields (exclusion)	3891	-	²
		MeSH Terms (mental illness) AND MeSH Terms(exclusion)	0	0	



Informationsblatt

**Forschungsprojekt: Stigmatisierung und Diskriminierung von
alkoholabhängigen Menschen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Saskia Quinger und ich studiere im 6. Semester an der Westsächsischen Hochschule Zwickau Pflegemanagement. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich mittels einer Befragung die Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen untersuchen.

Die Befragung findet in Form eines Interviews statt, welches circa 30 bis 50 Minuten in Anspruch nehmen wird und an einem Ort Ihrer Wahl stattfinden kann. Das Interview erfolgt auf freiwilliger und anonymer Basis und bedarf Ihrer schriftlichen Einwilligung. Dabei wird das Gespräch als Audiodatei aufgezeichnet, anschließend verschriftlicht und anonymisiert ausgewertet. Das Interview kann durch Sie jederzeit abgebrochen werden.

Ziel dieser Arbeit ist die erlebte Diskriminierung und mögliche Bewältigungsstrategien aufzudecken und Informationen zur Entwicklung von Programmen zur Reduzierung der Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen liefern.

Ich würde mich über Ihre Unterstützung und Teilnahme sehr freuen. Bei Fragen, können Sie sich jederzeit mit mir in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Saskia Quinger

Einverständniserklärung



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Einverständniserklärung

Forschungsprojekt: Stigmatisierung und Diskriminierung von alkoholabhängigen Menschen

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

Ich wurde über das Ziel und das Vorgehen des Forschungsprojektes informiert und erkläre mich freiwillig zur Teilnahme an einem Interview bereit. Die Durchführung erfolgt unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes. Das Interview kann jederzeit durch mich abgebrochen werden oder auch einzelne Fragen müssen nicht beantwortet werden. Weitere Interviews darf ich ablehnen und auch meine Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen. Durch eine Nichtteilnahme entstehen mir keine Nachteile. Ich bin mit der Aufzeichnung in Form einer Audiodatei und der späteren Verschriftlichung einverstanden. Alle Angaben zu meiner Person werden dabei anonymisiert. Ich erkläre mich dazu bereit, dass einzelne Ausschnitte des Interviews für wissenschaftliche Zwecke veröffentlicht werden dürfen, ohne dass Rückschlüsse zu meiner Person gezogen werden können.

Die Einverständniserklärung dient als Nachweis des Datenschutzes und kann nicht mit dem Interview in Verbindung gebracht werden.

Unter diesen Gegebenheiten erkläre ich mich zur Teilnahme an einem Interview, der Aufzeichnung als Audio-Datei und der anonymen Auswertung bereit.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Interviewleitfaden

Teil 1

Bitte stellen Sie sich kurz vor? (Name, Alter, Familienstand, Religion)

Wie war Ihr bisheriger beruflicher Werdegang?

Welche Suchtkrankengeschichte haben Sie erlebt? (Beginn, Zeitraum der 'nassen' Phase, Therapieformen, Abstinenzzeiten)

Teil 2

Allgemein

Was verstehen Sie unter Stigmatisierung?

Was verstehen Sie unter Diskriminierung?

Welche Erfahrungen haben Sie mit Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund Ihrer Alkoholabhängigkeit gemacht?

- Können Sie Beispiele nennen?
- Wie oft und zu welchem Zeitpunkt?
- Was empfanden Sie als die schlimmste Stigmatisierung/ Diskriminierung?
- Wie haben Sie die Stigmatisierung/ Diskriminierung in Ihrer 'nassen Phase' erlebt?
- Wie sehen Sie diese Erlebnisse jetzt als trockener alkoholabhängiger Mensch?

Öffentliche Stigmatisierung

Bild in der Öffentlichkeit

Wie werden Ihrer Meinung nach alkoholabhängige Menschen in der Öffentlichkeit dargestellt? (zum Beispiel in Unterhaltungsfilmen)

- Wie empfinden Sie das?

Wie würden Sie aus Ihrer Sicht einen alkoholabhängigen Menschen beschreiben?

Individuelle Diskriminierung (Interpersonelle Interaktionen und Zugang zu sozialen Rollen)

Wie reagieren andere Personen auf Sie unter der Kenntnis Ihrer Alkoholabhängigkeit?

- Wie wird danach mit Ihnen umgegangen?

Welchen Einfluss hatte die Stigmatisierung/ Diskriminierung auf Freundschaften, Partnerschaften und Familie?

Wie gestaltet sich Ihr Zugang zu sozialen Rollen wie beispielsweise dem Arbeitsplatz oder Partnerschaft?

Strukturelle Diskriminierung

Welche Erfahrungen haben Sie mit struktureller Diskriminierung aufgrund Ihrer Alkoholabhängigkeit gemacht, bspw. durch gesetzliche Regelungen, Versicherungen, der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem?

Diskriminierung durch Selbststigmatisierung

Welche Auswirkungen hatte die Stigmatisierung/ Diskriminierung auf Sie?

- Inwieweit haben Sie diese Vorurteile auf sich selbst angewendet?
- Wie hat das Ihr Selbstwertgefühl beeinflusst?
- Wie hat das Ihre Motivation zur Therapie oder auch zur Abstinenz beeinflusst?

Reaktion/ Bewältigung

Wie sind Sie mit Diskriminierung/ Stigmatisierung früher in Ihrer 'nassen Phase' umgegangen?

Wie gehen Sie jetzt damit um?

- Hat sich der Umgang verändert?

Teil 3

Was würde Ihnen bezüglich der Stigmatisierung/ Diskriminierung helfen?

Wo besteht Ihrer Meinung nach Handlungsbedarf bezüglich der Stigmatisierung/ Diskriminierung?

Was würden Sie anderen alkoholabhängigen Menschen bezüglich der Stigmatisierung/ Diskriminierung raten?

Gibt es sonst noch etwas, was Sie sagen möchten?

Interviewtranskripte

Alle Transkripte der neun durchgeführten Interviews befinden sich auf der beigefügten CD.

Folgende Dateistruktur ist hinterlegt:

Interview 1,

Interview 2,

Interview 3,

Interview 4,

Interview 5,

Interview 6,

Interview 7,

Interview 8,

Interview 9.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel oder Quellen angefertigt habe. Wörtliche oder sinngemäße Zitate sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Diese Arbeit lag des Weiteren in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde vor.

Limbach-Oberfrohna, 04.08.2017

Saskia Quinger