Barrieren der Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen aus der Sicht von Betroffenen

Anja Bischof, Hannah Hoffmann, Miriam Brandes, Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof

Forschungsgruppe S:TEP
Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Translational Psychiatry Unit
Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
STIFTUNGSUNIVERSITÄT
SEIT 2015

Interessenkonflikte

Keine finanzielle Unterstützung für Forschung, Vorträge oder andere Aktivitäten von Dritten mit wirtschaftlichen Interessen.

Förderung der Studie ART-COPE:

Deutsche Rentenversicherung (Bund)

Der Förderer hatte keinen Einfluss auf Studiendesign, Analyse, Interpretation, Bericht oder Präsentation der Arbeit.

Hintergrund

- Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlung führt zu erhöhten Remissionsraten (Cunningham, 2005; Dawson, Grant et al., 2006)
- Inanspruchnahme spezifischer Hilfeangebote bei den Suchterkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen gering (SAMHSA, 2018; NCS-R, 2004)

	Erwachsene (18+)
Suchterkrankungen	19.2%
Depression	64.8%
Anorexia Nervosa	33.8%
Jegliche psychische Erkrankung	43.3%

Barrieren der Inanspruchnahme

- Strukturelle Faktoren (Mojtabai, Chen et al., 2014)
  - Finanzielle Hürden
  - Fehlende Angebote in der Nähe

- Primär einstellungsbezogene Hürden (Schuler, Puttaiah et al., 2015)
  - Selbsteinschätzung: keine Behandlung nötig
  - Ich kann das alleine lösen

- Stigmatisierung (Schuler, Puttaiah et al., 2015)
  - Insbesondere bei Frauen mit alkoholbezogenen Störungen (Verissimo and Grella, 2017)

Grundlage

- Bisherige Interventionsstudien, in denen angestrebt wurde, die Inanspruchnahme zu verbessern, erwiesen sich als nicht erfolgreich (Glass, Hamilton et al., 2015)
- Verbesserung von Compliance und Outcome durch Shared-Decision-Making Konzepte (Friedrichs, Spies et al., 2016)
  - Voraussetzung => Bereitschaft zur Verhaltensänderung/Überlegung, Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Übertragbarkeit struktureller Barrieren aus den meist US-amerikanischen Studien auf das deutsche Behandlungssystem zweifelhaft
- Studien aus Deutschland liegen demgegenüber bislang kaum vor

Gründe für Nicht-Inanspruchnahme?

- Tatsächliche Gründe für Nicht-Inanspruchnahme unzureichend bekannt
  - Entwicklung von Fragebögen OHNE Betroffene
  - Ausfüllen eines Fragebogens erfordert vorangegangene Auseinandersetzung mit Inanspruchnahme
    - Sonst: Erhebung von reflektiertem Wissen, nicht von Gründen der Nicht-Inanspruchnahme
  - Verlust an Informationen durch reduzierte Assessments und Standardisierung

Die ART-COPE Studie

- ART-COPE: *Alcohol-related treatment: a consumer‘s perspective*
- Ziele
  - Identifikation von Prozessen der Krankheitsverarbeitung
  - Identifikation von hemmenden und möglichen fördernden Faktoren der Inanspruchnahme alkoholspezifischer Behandlung aus der Perspektive von Individuen mit alkoholbezogenen Störungen
- Durchführung: Forschungsgruppe S:TEP, Universität zu Lübeck
- Oktober 2018 – Juli 2020
- Qualitatives Studiendesign

Stichprobe

- Stichprobe von Individuen mit mittlerer bis schwerer alkoholbezogener Störung mit und ohne Behandlung (AUDIT Summenscore von mind. 20)
- AERIAL Studie 2016-2017 (Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan, Förderung BMBF)
  - Standorte: Lübeck, Greifswald, Tübingen
  - Patienten (18 bis 64 Jahre) aus Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern
  - Systematisches Screening (n=12.747)
  - 39 Einwilligungserklärungen (von 93 Eligiblen)
- Verzögerter Studienbeginn (-> anderer Förderer)
  - ➢ 69% (n=27) nicht erreicht (ungültige Kontaktadressen, kein fester Wohnsitz, keine Meldung beim Einwohnermeldeamt) oder verstorben
  - ➢ Schwere der Störung!

Stichprobe

Zusätzliche Rekrutierungswege:

(Strategie des „theoretical samplings“)

- Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie „Die Brücke“ Lübeck (n=2)
- Gesundheitsamt Mainz: Substitutionsambulanz und MPU (n=9)
- Sozialpsychiatrischer Dienst „Rauhes Haus“ Hamburg (n=3)
- Pankreas-Ambulanz Universitätsmedizin Mainz (n=1)

- Wegen Covid-19 nicht durchgeführt: n=4 (2 MPU Mainz und 2 UKE)

➢ Finale Stichprobe: N=27

Stichproben-Charakteristika

- n = 27
- Mittlere bis schwere Alkoholgebrauchsstörung

Männlich, n (%)	18 (67)
Alter, M (SD)	43,5 (12,9)
Schulbildung > 10 Jahre (%)	22,2
DSM-5 Kriterien, M (SD)	8,2 (2,3)
Schwere St. (≥ 6 Krit.)	23 (85%)
Moderate St. (4-5 Krit.)	3 (11%
Milde (St. (2-3 Krit.)	1 /4%)
ICD-10 Kriterien, M (SD)	5,2 (1,7)
Abhängigkeit (≥ 3 Krit.)	25 (93%)
Inanspruchnahme (nicht MPU)	8 (30%)
Davon Frauen	2

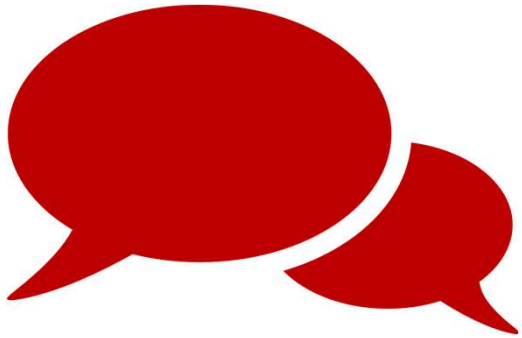
Methodik

1. Telefonisches Screening (Einschlusskriterien)
2. Narrative Interviews (face to face)
3. Protokoll der Interviews via Memos
4. Transkription der Interviews
5. Kodierung der Interviews
6. Systematischer Vergleich der Fälle

Narrative Interviews

- Erzählgenerierende Eingangsfrage zur Geschichte der Konsummuster/ zur Entwicklung der Abhängigkeit
- Auswahl zusätzlicher Fragen, wenn Themen nicht in der Haupterzählung der Teilnehmenden abgedeckt waren
  - Gegebenenfalls: Wahrnehmung bestehender Hilfe- und Selbsthilfeangebote und mögliche Barrieren oder Attraktoren der Behandlungsaufnahme
- Zusätzlich wichtige Themen aus Perspektive der Teilnehmenden

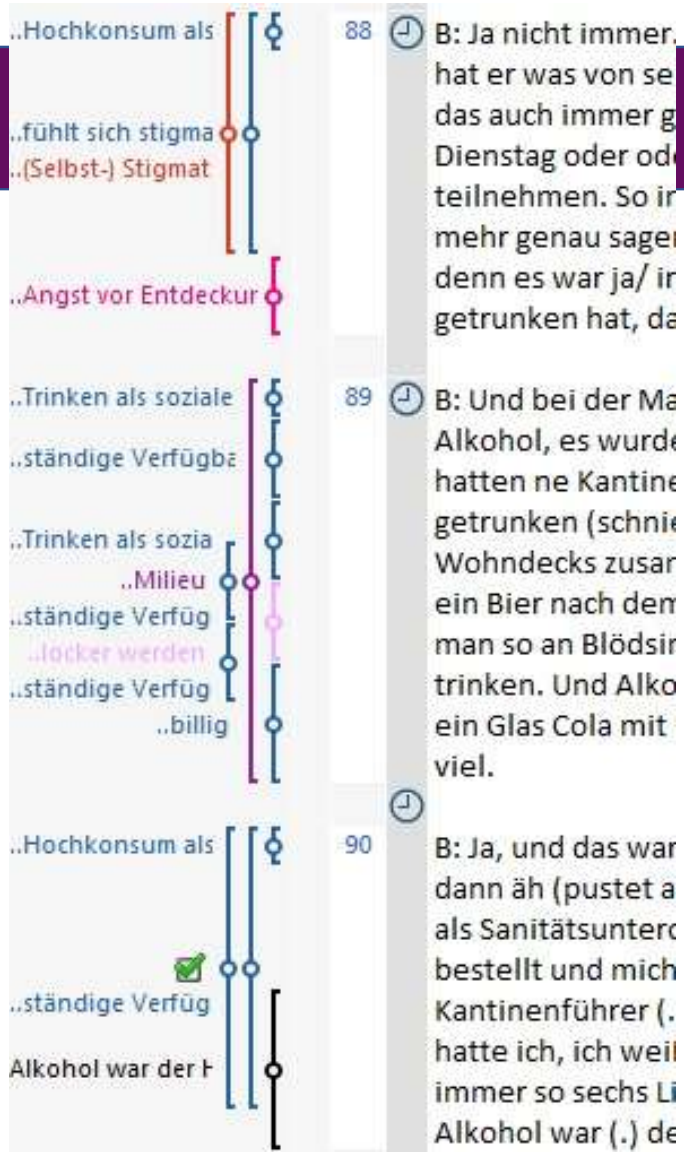
- Im Anschluss: Klinische Diagnostik (Kriterien)



Auswertung

- Basierend auf der Reflexive Grounded Theory (Breuer, Muckel et al., 2018) mit der Software MAXQDA
  - Offenes Kodieren
  - Iterativ-zyklischer Diskussionsprozess
  - Axiales Kodieren
  - Mind. 2 Kodierer*innen
- Induktive Generierung eines Kategoriensystems
  - Deskriptive Obercodes mit Subcodes
  - Überführung in Meta-Codes

➢Insgesamt 5.557 Codes



Meta-Codes

- Kongruenz (Krankheitsverarbeitung)
  - Trinken als Lifestyle
  - Nie darüber nachgedacht
  - fehlende Struktur/Langeweile
  - einfache Verfügbarkeit von Alkohol
  - fehlende Ansprache/Unterstützung durch das Umfeld od. Ärzte
  - dazugehören wollen
  - Persönlichkeitsstruktur
  - Alkohol als Belohnung
  - Verdrängung/nicht wahrhaben wollen
  - Subjektive Kontrolle des Konsums
  - Krankheitsimmanent => Folgen des Konsums
  - Milieu
  - Emotionsregulation/Selbstmedikation
  - Komorbidität
  - Autonomiebedürfnis
  - Einsamkeit
  - sozialer Vergleich: andere trinken mehr oder genau so viel
  - Vertuschen/Verheimlichen (Coping mit Scham)
  - Reduktion (Coping)

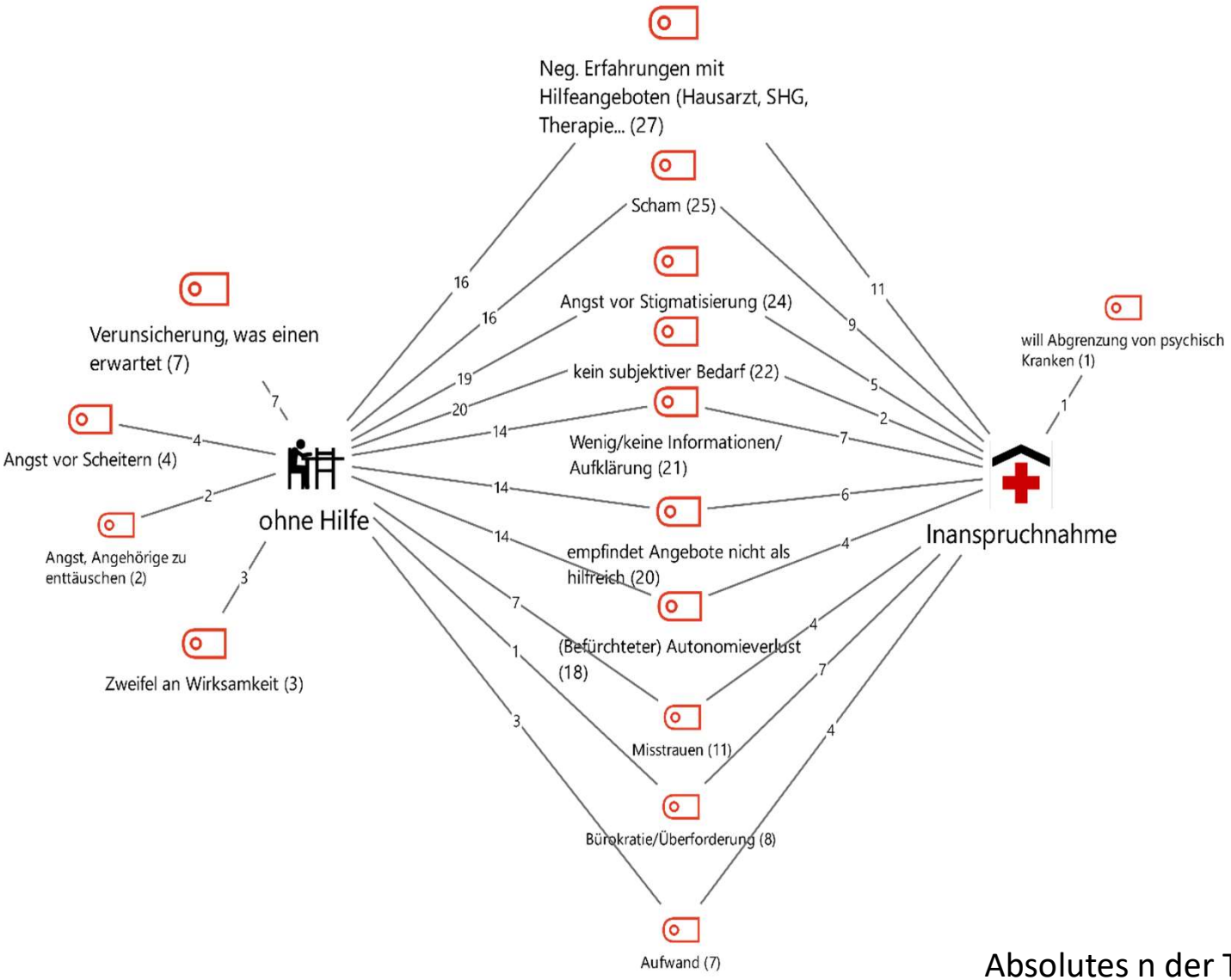
- Inkongruenz (Krankheitsverarbeitung)
  - Wahrnehmung von Diskrepanz
  - Angst vor Kontrollverlust
  - Sozialer Vergleich
  - Schlechtes Gewissen
  - Weiterleben wollen
  - Behandlung für andere Grunderkrankungen
  - Lebensereignis
  - Sozialer Druck
  - Scham
  - Unmittelbare negative Auswirkungen
  - Befürchtete negative Auswirkungen

Meta-Codes

- Barrieren (Behandlung)
  - Misstrauen
  - kein subjektiver Bedarf
  - empfindet Angebote nicht als hilfreich
  - Angst vor Stigmatisierung
  - Angst vor absoluter Abstinenz
  - Angst, Angehörige zu enttäuschen
  - Angst vor Scheitern
  - Verunsicherung, was einen erwartet
  - fehlende Ansprache durch Umfeld/Ärzte
  - Aufwand
  - Angst vor Arbeitsplatzverlust
  - Scham
  - fehlende Verfügbarkeit
  - Krankheitsimmanent => fehlender Antrieb, Komorbidität, Kraftlos
  - Lebensumstände werden nicht berücksichtigt
  - Bürokratie/Überforderung
  - (Befürchteter) Autonomieverlust
  - Neg. Erfahrungen mit Hilfeangeboten (Hausarzt, SHG, Therapie...
  - Zweifel an Wirksamkeit
  - Negative Erfahrungen anderer
  - Wenig/keine Informationen/Aufklärung

- Attraktoren (Behandlung)
  - Struktur
  - feste Bezugspersonen
  - Kontrolle wieder erlangen
  - Erreichbarkeit/Verfügbarkeit
  - Akzeptanz
  - Qualifizierte Kräfte
  - Lösung akuter Probleme
  - Unterstützung durch andere
  - Nicht allein sein
  - Wunsch nach Veränderung
  - mehr Information/Aufklärung
  - Individuell angepasste Hilfen

Barrieren der Inanspruchnahme



Absolutes n der Textstellen

Barrieren bei Nicht-Inanspruchnehmer:innen

1. Barriere der Problem-Anerkennung
   - Normalisierung im sozialen Milieu
   - Funktionsfähigkeit
   - Temporäre Reduktion
   - Alkohol als sekundäres Problem
2. Barrieren bei Problemwahrnehmung
   - Scham und Angst vor Stigmatisierung
   - Autonomiebedürfnis
   - Strukturelle Barrieren
   - Krankheitsimmanente Barrieren

Normalisierung im sozialen Milieu

- Prägnantestes Merkmal: Vergleich mit anderen, selbst bei wahrgenommenen Problemen
  - Herkunftsfamilie (aber: auch bei Hilfe)
  - berufliches Umfeld
  - vor allem: aktuelle Peergroup

- Bewertung des eigenen Trinkmusters als normal bezogen auf das Trinkmuster im Umfeld
- Vor allem in einem frühen Stadium des problematischen Konsums

So und dadurch war's gang und gäbe, auch während des Dienstes zu trinken. (.) Also wir liefen dann mit Kaffeebecher durch die Gegend. Jeder dachte, wir trinken Kaffee und da war Bier drinne. (.) Ne. Oder Kollege, der hatte immer seinen Schnapspulleken dabei. [...] Wie die Dienstbesprechung aussah, können Sie sich ja vorstellen. Dat war keine Dienstbesprechung, sondern erstmal hier. (.) Hoch/ hoch die Tassen. [...] und es gab auch Tage, wo ich gesagt habe, (..) die hätten uns nicht kontrollieren dürfen. (.) Bis nachmittags um vier hoch die Tassen und um achtzehn Uhr wieder auf'n Bock drauf und nach Hause. (PB 4002, m, OH; Pos. 39-45)

Fehlende Problemwahrnehmung

- Eindruck, das Leben unter Kontrolle zu haben
  - Funktionieren im Alltag: Job, Wohnung
  - Nur Männer

hab das aber auch nicht als Problem gesehen, weil ich hab/ bin ja bei der Arbeit nicht betrunken gewesen. (PB 1001, m, OH; Pos. 8)

Fehlende Problemwahrnehmung

- Temporäre Reduktion als Rückversicherung, alles im Griff zu haben
  - Trotz nach wie vor riskanter Trinkmuster wird die Reduktion als „Erfolg“ gewertet
  - Hängt auch zusammen mit Milieuvariablen; subjektiv wird der Konsum dann als harmlos gewertet

So jetzt trink ich vielleicht noch 10 Bier und harte Sachen bin ich weg. Ich trink ab und zu mal Pfeffi und der hält 3, 4 Tage. (PB 80.000.024, m, OH; Pos. 12)

Fehlende Problemwahrnehmung

- Alkoholkonsum als sekundäres Problem
  - Mangelnde gesellschaftliche Teilhabe
  - Komorbide Erkrankungen, Stress
  - Psychosoziale Probleme
  - Alkohol als Regulativ
  - Keine Auseinandersetzung, negative Auswirkungen => Dissonanzreduktion

Ich hab kein Problem mit Alkohol. Hab ich, aber es fällt mir immer noch schwer, das einzusehen. Ich hab keine körperliche Abhängigkeit, sage ich. Das / weil ich auch nicht weiß, wie sich das äußern würde, aber sone geistige, sone/ sone psychische, weil mich das immer son bisschen runtergeholt hat. Eigentlich bin ich immer tiefenentspannt und ruhig (.) aber im/im Kopf sitzt/ gibts nen schönes Zitat ausm Film: Hab ich nen Clown, der mir zwischen die Synapsen scheißt. Der die so/ so blöde Gedanken da reinbringt und/ und irgendwie krieg ich das nicht abgestellt, aber mit Alkohol schon. (PB 1001, m, OH; Pos. 101)

Barrieren bei Problemanerkennung

- Scham und Angst vor Stigmatisierung
  - ➢Bedrohung des Selbstwertgefühls
  - ➢Keine Inanspruchnahme trotz Problembewusstsein und Veränderungswunsch
  - ➢Geheimhaltung und Vorspiegelung von „Normalität“
  - ➢Abgrenzung von „Alkoholabhängigen“ => weitere Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

  - ➢Am ausgeprägtesten bei Frauen

Mhm, ja man hat ja mitbekommen, wie über Trinker, Alkoholiker gesprochen wird und da hatte ich dann auch so Ängste. Ja wie gesagt, dass es rauskommt und dass die dann über mich labern und lästern und was ich doch fürn schlechter Mensch bin und und so. Also das war schon, das war mir schon viel Wert, was andere über mich denken. […] Also meines Erachtens wärs dann rausgekommen. Und das wollt ich nicht. (PB 51.000.044, w, OH; Pos. 312-316)

Barrieren bei Problemanerkennung

- Autonomiebedürfnis
  - ➢Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmtheit
  - ➢Negative Erfahrungen mit paternalistischer Gesprächsführung in der Gesundheitsversorgung oder in Familie/Bekanntenkreis

  - ➢Am ausgeprägtesten bei Männern

Ja, es geht halt da rein, und da raus, aber ich mein, ich weiß schon, dass was dran ist, was er sagt, klar, aber ich hör halt immer dasselbe. Ja? Und irgendwann kannste's halt nicht mehr hören. (..) "Was trinken Sie? Wie viel trinken Sie? (.) Rauchen se? Wie viel rauchen Sie?" (imitiert Arzt). (PB 2003, m, OH; Pos. 272)

Strukturelle Barrieren

- Oft nur rudimentäre Kenntnis des Behandlungssystems
- Wahrnehmung von Angeboten als langwierig und hochschwellig
- Gefühl, Angebot geht an eigenen Bedarfen vorbei

Krankheitsimmanente Barrieren

- Psychische Labilisierung
- Selbstaufgabe
- Resignation

➢ Strukturelle Barrieren
(Antragstellung, Formulare, Anfahrt)

Fazit

- Selten bewusste Gründe der Nicht-Inanspruchnahme vorhanden
- Alkoholkonsum in den meisten Fällen als Selbstmedikation
- Relevant für eine Auseinandersetzung: Normorientierung
  - Milieuvariablen
  - Keine Normabweichung in funktionaler Hinsicht => keine Auseinandersetzung
  - Reproduktion von gesellschaftlicher Stigmatisierung => Selbststigmatisierung => Nicht-Inanspruchnahme

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Verhältnisprävention (=> nicht nur bez. Verfügbarkeit und Preis, sondern auch bez. gesellschaftliche Normen!)
- Entstigmatisierungskampagnen
- Primärversorgung: Kontextualisierung von Alkoholkonsum (allgemeines körperliches und psychisches Wohlbefinden) unter Berücksichtigung von Autonomie und Selbstwert
  - ➢Höhere Awareness bei Ärzt:innen, bereits im Curriculum
  - ➢Shared-decision-making-Ansätze
- Bessere Vernetzung von suchtspezifischen mit anderen somatischen und psychosozialen Hilfen
- Kenntnisstand der dt. Bevölkerung zu Hilfeangeboten muss erhöht werden
- Verstärkung von Online-Angeboten und Online-Nachsorge (Erreichbarkeit, Schwelligkeit
- Genderrollensensible Hilfeangebote
- …

anja.bischof@uksh.de

All pictures from: pixabay.com