IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
Tel. 089/360804-60
Fax 089/360804-19
schwarzkopf@ift.de
www.ift.de

Suchthilfe Bayern – Rolle von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der Versorgung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen

Projektförderung	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)
Fördernummer	ROB-55.2-0712_01-33
Projektleitung	PD Dr. Larissa Schwarzkopf
Projektmitarbeitende	Mark Hulm, Maria Wagner
Laufzeit	01.01.2022 – 31.12.2022
Berichtszeitraum	01.01.2022 – 31.12.2022
Kontaktdaten	IFT Institut für Therapieforschung München gGmbH Leopoldstr. 175 80804 München PD Dr. Larissa Schwarzkopf Tel. 089-36080460, schwarzkopf@ift.de

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis **3**

Abbildungsverzeichnis **4**

TABELLENVERZEICHNIS **6**

1 HINTERGRUND **13**

2 METHODISCHER ANSATZ **14**

2.1 Projektinhalte **14**

2.2 Weiterführende Forschungsfragen **16**

2.3 Methodisches Vorgehen quantitativer Teil (AP 1-AP 3) **16**

2.3.1 Datengrundlage 16

2.3.2 Operationalisierung der Forschungsfragen 17

2.4 Methodisches Vorgehen qualitativer Teil (AP 4) **23**

3 ERGEBNISSE **25**

3.1 Relevanz von Substanzkonsumstörungen in der ambulant-ärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung **25**

3.1.1 Entwicklung der Prävalenzen 25

3.1.2 Entwicklung der Inzidenzen 27

3.2 Arbeitspaket 1 ..... **29**

3.2.1 Anzahl der behandelnden VÄ und VPT 29

3.2.2 Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen 35

3.3 Arbeitspaket 2 ..... **39**

3.3.1 Zusammensetzung des Patient:innenkollektivs 39

3.3.2 Demographische Aspekte 45

3.3.3 Komorbiditätsspektrum 50

3.3.4 Sensitivitätsanalyse in der M1Q-Population 59

3.4 Arbeitspaket 3 ..... **60**

3.4.1 Charakterisierung des beobachteten Kollektivs 60

3.4.2 Ärztliche Versorgung 65

3.5 Arbeitspaket 4 ..... **81**

3.5.1 Zustandekommen der Interview-Stichprobe 81

3.5.2 Behandelte Personen mit Substanzkonsumstörungen 82

3.5.3 Behandlungsprozedere 86

3.5.4 Kooperation mit weiteren Leistungserbringern 91

3.5.5 Veränderungen der ambulanten Versorgung durch die Covid-19-Pandemie 93

3.5.6 Herausforderungen für die psychotherapeutisch und ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen 95

3.5.7 Lösungsansätze 101

3.6 Zusatzauswertung Gegenüberstellung KVB-Patient:innen und Suchthilfe-Klientel **105**

4 AUSBLICK UND WEITERER FORSCHUNGSBEDARF **111**

5 LITERATURVERZEICHNIS 113
6 APPENDIX 114
Anhang 1 - Tabellen und Abbildungen 114
Anhang 2 - Interviewleitfaden 154

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AP	Arbeitspaket
BySHS	Bayerische Suchthilfestatistik
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte Abkürzung im Singular und im Plural gebraucht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HÄ	Hausärztinnen und Hausärzte Abkürzung im Singular und im Plural gebraucht
HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis C
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LANR	Lebenslange Arztnummer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PT	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Abkürzung im Singurlar und im Plural gebraucht
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
VÄ	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Abkürzung in Singular und Plural gebraucht
VPT	Vertragspsychoterapeutinnen und Vertragspschotherapeuten Abkürzung in Singurlar und Plural gebraucht
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Behandlungsprävalenz von Substanzkonsumstörungen unter bayerischen GKV-Versicherten ... 26

Abbildung 2: Entwicklung der Behandlungsinzidenz von Substanzkonsumstörungen unter bayerischen GKV-Versicherten ... 28

Abbildung 3: Anteil an Personen mit Substanzkonsumstörungen im Patient:innenkollektiv unterschiedlicher Fachgruppen ... 38

Abbildung 4: Personen mit Alkoholkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen ... 41

Abbildung 5: Personen mit Opioidkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen ... 42

Abbildung 6: Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen ... 43

Abbildung 7: Personen mit Stimulanzienkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen ... 44

Abbildung 8: Anteil an Frauen im Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen ... 45

Abbildung 9: Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018 ... 47

Abbildung 10: Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen ... 48

Abbildung 11: Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land ... 49

Abbildung 12: Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörungen und im gesamten Patient:innenkollektiv im Jahr 2018 ... 54

Abbildung 13: Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz somatischer Begleiterkrankungen unter Personen mit Substanzkonsumstörungen und im gesamten Patient:innenkollektiv 2018 ... 57

Abbildung 14: Diagnose komorbider Substanzkonsumstörungen innerhalb der Studiengruppe ... 62

Abbildung 15: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Besuch bei und suchtbezogener Behandlung durch bestimmte Fachgruppen innerhalb der Studiengruppe ... 67

Abbildung 16: Anzahl der in die suchtbezogene Behandlung eingebundenen Personen nach Fachgruppe innerhalb der Studiengruppe ... 70

Abbildung 17: Mittlere Anzahl störungsbezogener Behandlungsfälle pro Jahr nach Fachgruppen in der Studiengruppe ... 71

Abbildung 18: Durchschnittliche Kontaktfrequenz je Behandlungsfall nach Fachgruppen in der Studiengruppe ... 73

Abbildung 19: Geschätzte Anzahl an „Besuchen“ pro Jahr je Fachgruppe in der Studiengruppe ... 74

Abbildung 20: Kumuliertes Honorar je behandelter Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen vs. alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren ... 76

Abbildung 21: Kumuliertes Honorar je behandelter Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen vs. alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren 77

Abbildung 22: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Alkoholkonsumstörung versus alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren (kumulierte Betrachtung) 78

Abbildung 23: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Opioidkonsumstörungen versus alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren (kumulierte Betrachtung) 79

Abbildung 24: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen versus alle Patientinnen und Patienten von 20 bis 40 Jahren (kumulierte Betrachtung) 80

Abbildung 25: Gegenüberstellung der Patient:innenzahlen der KVB mit der Fallvolumina in der BySHS im Beobachtungsjahr 2019 106

Abbildung 26: Frauenanteil der Betreuten im KVB-Datensatz sowie in der BySHS im Beobachtungsjahr 2019 107

Abbildung 27: Altersdurchschnitt der Betreuten im KVB-Datensatz und der BySHS im Beobachtungsjahr 2019 108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Interviewten ... 24

Tabelle 2: Patientinnen und Patienten mit prävalenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte ... 26

Tabelle 3: Patientinnen und Patienten mit inzidenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte ... 27

Tabelle 4: Anzahl VÄ und VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln ... 30

Tabelle 5: Anzahl HÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln ... 32

Tabelle 6: Anzahl internistisch tätige FÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln ... 33

Tabelle 7: Anzahl PT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln ... 34

Tabelle 8: Durchschnittliche Anzahl der pro VÄ bzw. pro VPT behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen ... 36

Tabelle 9: Anteil an Personen mit Substanzkonsumstörungen am Patient:innenkollektiv der Fachgruppen ... 37

Tabelle 10: Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen gemäß M2Q-Kriterium ... 39

Tabelle 11: Anteil an Personen aus städtischen Landkreisen am Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen ... 40

Tabelle 12: Durchschnittsalter des Patient:innenkollektivs mit Substanzkonsumstörungen ... 46

Tabelle 13: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen im Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018 ... 51

Tabelle 14: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018 ... 52

Tabelle 15: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018 ... 53

Tabelle 16: Anzahl und Anteil an ICD-Diagnosen innerhalb der Studiengruppe (Mehrfachnennungen möglich) ... 61

Tabelle 17: Anzahl an ICD-Diagnosen innerhalb der Studiengruppe ... 61

Tabelle 18: Rangreihung der 25 häufigsten Störungsmuster ... 63

Tabelle 19: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen die ärztlich bzw. psychotherapeutisch behandelt werden ... 65

Tabelle 20: Altersstruktur der Betreuten in GKV-Datensatz und BySHS-Bayern ... 109

Tabelle 21: Suchtbezogene Komorbidität in KV-Datensatz und DSHS-Bayern ... 110

Verzeichnis der Appendizes

Appendix-Abbildung 1: Anteil an Patientinnen und Patienten mit einschlägiger (störungsspezifischer) suchtmedizinischer Diagnose durch PT 141

Appendix-Abbildung 2: Personen mit Polytoxikomanie pro 1.000 GKV-Patient:innen auf Landkreisebene 142

Appendix-Abbildung 3: Altersstruktur der Patienten und Patientinnen mit Substanzkonsumstörung im Jahr 2018 143

Appendix-Abbildung 4: Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018 144

Appendix-Abbildung 5: Indexquartale und Anzahl Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer je Indexquartal 145

Appendix-Abbildung 6: Störungsspezifische Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Indexquartale 146

Appendix-Abbildung 7: Multiple Störungslast auf Ebene einzelner Substanzkonsumstörungen 147

Appendix-Abbildung 8: Männeranteil innerhalb der fachgruppenspezifisch diagnostizierten Patientinnen und Patienten im Gesamtkollektiv und in der Subgruppe 148

Appendix-Abbildung 9: Anzahl der diagnostizierenden Fachgruppen in der Subgruppe und im Gesamtkollektiv 149

Appendix-Abbildung 10: Anzahl störungsbezogener Behandlungsfälle pro Jahr nach Fachgruppen innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT 150

Appendix-Abbildung 11: Durchschnittliche Kontaktfrequenz je Behandlungsfall nach Fachgruppen in der Subgruppe 151

Appendix-Abbildung 12: Geschätzte Anzahl an Besuchen pro Jahr je Fachgruppe innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT und dem Gesamtkollektiv der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung 152

Appendix-Abbildung 13: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen Personen mit Tabakkonsumstörungen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre (kumulierte Betrachtung) 153

Appendix-Tabellenverzeichnis

Appendix-Tabelle 1: Anzahl VÄ und VPT in Bayern 114

Appendix-Tabelle 2: Anteil an VÄ und VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der VÄ und VPT 115

Appendix-Tabelle 3: Anteil an HÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der HÄ 116

Appendix-Tabelle 4: Anteil an internistisch tätigen FÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der internistisch tätigen FÄ 117

Appendix-Tabelle 5: Anteil an VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der VPT 118

Appendix-Tabelle 6: Durchschnittliche Größe der Patient:innenkollektive von VÄ und VPT in Bayern 119

Appendix-Tabelle 7: Durchschnittlicher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnose am gesamten Patient:innenkollektiv nach Fachgruppen 120

Appendix-Tabelle 8: Entwicklung der Altersstruktur bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung 121

Appendix-Tabelle 9: Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patienten und Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen 123

Appendix-Tabelle 10: Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen getrennt nach Stadt und Land 125

Appendix-Tabelle 11: Entwicklung diagnostizierter komorbider Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen 127

Appendix-Tabelle 12: Gegenüberstellung der auf die GKV-versicherte Population altersstandardisierten mit den rohen Behandlungsprävalenzen psychischer Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung im Jahr 2018 129

Appendix-Tabelle 13: Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv 130

Appendix-Tabelle 14: Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018 133

Appendix-Tabelle 15: Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018 134

Appendix-Tabelle 16: Rohe und altersstandardisierte Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten bei Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv im Jahr 2018 135

Appendix-Tabelle 17: Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv 136

Appendix-Tabelle 18: Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018 138

Appendix-Tabelle 19: Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018 139

Appendix-Tabelle 20: Charakterisierung des Gesamtkollektivs und der Subgruppe 140

Kurzzusammenfassung

Das Projekt zeigt auf, inwieweit gesetzlich Krankenversicherte mit unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen durch in Bayern niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/VÄ) bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten/VPT) versorgt werden. Anhand von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) wird zunächst für unterschiedliche Fachgruppen ermittelt, wie viele Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen die in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT insgesamt betreuen. Um anschließend das Versorgungsgeschehen abzubilden, wird untersucht, wie viele unterschiedliche VÄ und VPT Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Mittel aufsuchen und wie hoch die jeweilige Kontaktfrequenz ist. Hierbei erfolgt auch eine Charakterisierung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht und Komorbiditätsprofil. Zudem wird abgeschätzt, welche Leistungen im Kontext der jeweiligen Substanzkonsumstörung binnen eines Jahres in Anspruch genommen werden. Alle Auswertungen berücksichtigen soweit möglich regionale Gegebenheiten und bevölkerungsstrukturelle Rahmenfaktoren. Ergänzend werden Erkenntnisse aus leitfadengestützten Interviews mit VÄ und VPT präsentiert, um prozessuale Abläufe und Schnittstellen mit anderen Versorgungsbereichen (akutstationäre Versorgung, Rehabilitation, Suchthilfe) zu beleuchten.

Die Behandlungsprävalenz von Substanzkonsumstörungen im ambulant-ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssystem ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Aktuell werden in Bayern rund 0,5 Mio. Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen durch rund 20.000 der insgesamt rund 30.000 niedergelassen VÄ und VPT versorgt. Beim überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten wurden Tabak- (~375.000 Personen) bzw. Alkoholkonsumstörungen (~115.000 Personen) diagnostiziert. Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen sind demgegenüber deutlich seltener. Die suchtbezogene Versorgung findet dabei vornehmlich durch Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) statt, Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) sind im Vergleich dazu weniger oft in die Behandlung eingebunden. Hierbei entfällt erwartungsgemäß nur ein kleiner Anteil der jeweils behandelten Patient:innenkollektive auf Personen mit Substanzkonsumstörungen: Bei HÄ und FÄ betrifft es etwa eine von 20 behandelten Personen bei PT etwa eine von 30.

Die behandelten Personen mit Substanzkonsumstörungen sind überwiegend männlich, lediglich im Bereich der Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen werden überwiegend Frauen behandelt. Bei Tabakkonsumstörungen halten sich Patientinnen und Patienten in etwa die Waage. Das Durchschnittsalter aller Patientinnen und Patienten liegt bei 55 Jahren, wobei Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen im Mittel jünger sind als Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen. Gut die Hälfte

der behandelten Personen stammt aus städtisch strukturierten Kreisen, lediglich Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen stammen überwiegend, nämlich zu etwa zwei Dritteln aus ländlich geprägten Kreisen. Über ein Zehntel der Patientinnen und Patienten hat Diagnosen zu komorbiden Substanzkonsumstörungen in Ergänzung zur „Indexstörung", insbesondere in Bezug auf den missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsum von Tabak oder Alkohol. Hierbei sind Männer regelhaft häufiger von komorbidem Substanzkonsum betroffen als Frauen. Darüber hinaus werden bei Personen mit Substanzkonsumstörungen ausgewählte psychische Erkrankungen deutlich häufiger diagnostiziert als im Kollektiv aller GKV-versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern. Hierbei sind Frauen mit Substanzkonsumstörungen häufiger von psychischen Begleiterkrankungen betroffen als Männer mit Substanzkonsumstörungen. Zudem werden bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die aus städtischen Regionen stammen, öfter komorbide psychische Erkrankungen diagnostiziert als bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die aus ländlichen Regionen stammen. Auch verschiedene somatische Begleiterkrankungen treten bei Personen mit Substanzkonsumstörungen häufiger auf als im Gesamtkollektiv der GKV-versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern, ohne dass sich hier systematische geschlechtsspezifische Muster oder Stadt-Land-Unterschiede ergeben.

Im Zeitverlauf von 2 Jahren suchen nahezu alle Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen mindestens einmal HÄ auf, zu Besuchen bei internistisch tätigen FÄ kommt es je nach Substanzkonsumstörung bei einem Viertel bis einem Drittel der Patientinnen und Patienten und zu Besuchen bei neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ bei jeweils etwa zwei Fünfteln. Im Vergleich dazu begibt sich nur eine von 15 bis eine von 7 Personen mit Substanzkonsumstörungen in psychotherapeutische Behandlung. Während 7 bis 9 von 10 Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen mit Kontakt zu HÄ von diesen auch suchtbezogen behandelt werden, ist der Besuch bei FÄ mehrheitlich nicht mit einer suchtbezogenen Behandlung verbunden. Hier erfolgt die Kontaktaufnahme primär aus anderen Gründen als mit dem Ziel die Substanzkonsumstörung behandeln zu lassen. Gleiches gilt – in teils noch stärker ausgeprägtem Maße – für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung.

In die suchtbezogene Behandlung sind tendenziell mehr unterschiedliche HÄ als unterschiedliche FÄ einer bestimmten Fachgruppe eingebunden, wobei insbesondere Patientinnen und Patienten mit Opioid- oder Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen eine größere Anzahl an HÄ aufsuchen als Patientinnen und Patienten mit anderen Substanzkonsumstörungen. Die psychotherapeutische Versorgung übernimmt zumeist nur ein bzw. eine PT.

Im Jahresverlauf kommt es zu rund 3 bis 5 Besuchen bei internistisch tätigen FÄ, die in die Behandlung der Substanzkonsumsstörungen eingebunden sind und zu maximal 3 Besuchen bei PT, die in die suchtbezogene Behandlung eingebunden sind. Im Bereich der entsprechenden hausärztlichen Versorgung ist die Schwankung mit zwischen 8 und 60 Besuchen deutlich größer und auch im neurologischen/psychiatrischen Bereich ergibt sich mit 4 bis 20 Besuchen eine gewisse Schwankung. Die Höchstwerte von im Mittel 60 bzw. 20 Besuchen werden jeweils von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen erreicht. Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen verursachen zudem einen deutlichen Mehraufwand (im Sinne von mehr abgerechneten Leistungen) im Vergleich zum Gesamtkollektiv aller GKV-versicherten Patientinnen und Patienten (Personen mit und ohne Substanzkonsumstörungen). Hierbei fallen insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung bzw. im Bereich der Substitutionstherapie erhebliche Zusatzausgaben an.

Im Rahmen des qualitativen Studienteils wurden 6 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (darunter 4 HÄ) und 4 PT zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen und damit einhergehenden Herausforderungen befragt. Als zentrale Herausforderung benannten die Interviewten den Mangel an Behandlungsplätzen und in der Konsequenz lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Zudem stelle die Stigmatisierung von Substanzkonsumstörungen nach wie vor eine Hürde für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten dar. Als weitere fachgruppenunabhängige Herausforderung wurden Defizite bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Alkoholkonsumstörungen, die in ihren Wohnungen verwahrlosen, berichtet. Die Hälfte der Interviewten erwartet zudem einen durch die Covid-19-Pandemie bedingten Anstieg der Patient:innenzahlen. Innerhalb der hausärztlichen Versorgung zeigte sich, dass sich die spezifischen Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen teilweise nur schwer mit den strukturellen Arbeitsbedingungen der HÄ vereinbaren lassen. Zudem wurde erwähnt, dass es kaum finanzielle Anreize für eine intensivere Kooperation von PT, HÄ und FÄ mit weiteren Akteuren (z. B. Suchtberatungsstellen) gebe.

Die befragten PT, die alle zuvor im Kontext der Suchthilfe gearbeitet hatten, nannten als mögliche Ursachen für die in ihren Augen verhältnismäßig geringe Beteiligung ihres Berufsstandes an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen eine pessimistische Einstellung bzgl. Nutzen von Psychotherapie für die Betroffenen, eine untergeordnete Rolle des Themas in der Berufsausbildung, die strikte Abstinenzvorgabe seitens der Psychotherapie-Richtlinie und die nicht immer hinreichende Termintreue der Behandelten. Ihre Lösungsvorschläge zielten insbesondere auf eine zeiteffiziente, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie auf eine Erhöhung des Behandlungsangebots ab. Im Rahmen des Kapitels Ausblick/weiterer Forschungsbedarf werden mögliche Schritte für einen Transfer der Studienergebnisse in die Praxis beschrieben.

1 Hintergrund

Schätzungen auf Grundlage der Kriterien des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) gehen davon aus, dass in Deutschland 2018 bei etwa 7,0 Mio. Patientinnen und Patienten (13,5 %) in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren eine Substanzkonsumstörung – definiert als Abhängigkeit oder missbräuchlicher Konsum – vorlag. Darunter finden sich jeweils etwa 1,6 Mio. Patientinnen und Patienten mit einer Alkohol- bzw. Schmerzmittelabhängigkeit und etwa 361.000 Patientinnen und Patienten, die abhängig von Hypnotika bzw. Sedativa sind (Atzendorf et al., 2019). Allerdings wird die Substanzkonsumstörung nur bei einer Minderheit der Betroffenen diagnostiziert, eine entsprechende Behandlung erfolgt noch seltener.

Für Alkoholabhängigkeit wurde z. B. 2012 davon ausgegangen, dass etwa ein Drittel der Betroffenen eine entsprechende Diagnose erhält und nur etwa jede zweite diagnostizierte Person auch behandelt wird. Die Versorgung der alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten findet dabei überwiegend im ambulanten Setting statt (Kraus et al., 2015). Gleichzeitig nimmt die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten im Jahresverlauf ärztliche Leistungen in Anspruch (Prütz & Rommel, 2017), sodass niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine Schlüsselrolle in der Erstansprache und Therapieinitiierung von Substanzkonsumstörungen zukommen könnte.

Die Bedeutung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die Behandlung und Begleitung vom Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen wurde vielfach diskutiert, und es gibt Vorschläge für eine klarere Akzentuierung ihrer Rolle (Bundesärztekammer Fachverband Sucht, 2010): Z. B. sind Fragen nach Alkohol- und Drogenkonsum Bestandteil der regelmäßigen Gesundheits-Checks, die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von Versicherten ab 35 Jahren in Anspruch genommen werden können. Zudem hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2020 gemeinsam mit der Bundesärztekammer einen Leitfaden zur Prävention und Behandlung von riskantem Alkoholkonsum veröffentlicht, der sich insbesondere an HÄ richtet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2021). Allerdings bestehen bei Alkoholkonsumstörungen trotz Vorhandensein evidenzbasierter Verfahren zu Früherkennung, adäquater Diagnostik und Behandlung sowie Empfehlungen zur Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche in der Praxis diesbezüglich oft Umsetzungshürden (Röhrig et al., 2011; Schulte et al., 2013; Trautmann et al., 2016).

Im Bereich anderer Substanzkonsumstörungen als Alkoholkonsumstörungen ist der Beitrag von niedergelassenen HÄ bzw. FÄ sowie von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) zur Versorgung noch spärlicher erforscht. Hier fehlen bereits grundlegende Schätzungen, welcher Anteil der Betroffenen eine Suchtdiagnose durch HÄ, FÄ oder PT und damit verbunden eine suchtbezogene Behandlung erhält.

2 Methodischer Ansatz

2.1 Projektinhalte

Vor diesem Hintergrund setzte sich das Projekt „**Suchthilfe Bayern – Rolle von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der Versorgung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen**“ das Ziel, erstmalig für Bayern aufzuzeigen, wie viele Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeutinnen mit Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung (sog. Vertragsärztinnen und -ärzte (VÄ), bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (VPT)[1])an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen beteiligt sind (Arbeitspaket/AP 1) und andererseits festzuhalten wie viele Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen durch VÄ und VPT versorgt werden und diese Gruppe hinsichtlich demographischer und klinischer Parameter zu charakterisieren (AP 2). Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden anschließend zentrale Aspekte des Versorgungsgeschehen im zeitlichen Verlauf herausgearbeitet (AP 3). In Ergänzung zu diesen quantitativen Bausteinen wurden qualitative Interviews mit VÄ und VPT geführt, um ein besseres Verständnis für Versorgungsprozesse und -herausforderungen zu gewinnen (AP 4). Die innerhalb der einzelnen AP bearbeiteten Forschungsfragen sind nachfolgend skizziert.

Der Bericht beschreibt beobachtete bzw. berichtete Sachverhalte, ohne eine inhaltliche Bewertung vorzunehmen. Eine bewertende Einordnung der qualitativen und quantitativen Informationen bzw. eine Interpretation unter Einbeziehung externer Evidenz erfolgt nicht.

a) AP 1: Ärztliche und psychotherapeutische Beteiligung an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

- Wie viele VÄ und VPT behandeln Patientinnen und Patienten mit bestimmten Substanzkonsumstörungen?
- Welchen Anteil an der Grundgesamtheit der in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT repräsentieren diejenigen VÄ und VPT, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln?
- Wie viele Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen behandeln VÄ und VPT im Mittel?
- Welchen Anteil des gesamten Patient:innenkollektivs von VÄ und VPT repräsentieren Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen?

[1] Nachfolgend beziehen sich alle Aussagen zur ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung ausschließlich auf die durch Vertragsärztinnen und -ärzte (VÄ) bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (VPT) ambulant im System der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen.

b) AP 2: Charakterisierung der behandelten Patientinnen und Patienten

- Was sind die demographischen Charakteristika von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen (Alter, Geschlecht, Wohnregion innerhalb Bayerns)?
- Wie häufig sind Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen durch komorbiden Substanzkonsum belastet?
- Unterscheidet sich das Auftreten ausgewählter psychischer und somatischer Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen von den im gesamten bayerischen Patient:innenkollektiv beobachteten Prävalenzen?
- Gibt es hinsichtlich demographischer und komorbiditätsbezogener Parameter Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Substanzkonsumstörungen?
- Gibt es hinsichtlich demographischer und komorbiditätsbezogener Parameter Stadt-Land-Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen?

c) AP 3: Beschreibung des suchtbezogenen Versorgungsgeschehens

- Welche FÄ suchen Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen auf?
- Wie oft kommt es bei den einzelnen Fachgruppen im Fall eines Besuchs auch zu einer suchtbezogenen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen?
- Wie viele VÄ und VPT sind in die suchtbezogene Behandlung einer Person mit Substanzkonsumstörung eingebunden?
- Wie oft kontaktieren Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Substanzkonsumstörungen VÄ aus verschiedenen Fachgruppen bzw. VPT?
- Gibt es bestimmte Leistungsbereiche, in denen sich die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen von der Versorgung des bayerischen Patient:innenkollektivs insgesamt unterscheidet?

d) AP 4: Schnittstellen in andere Versorgungsbereiche

- Welche Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen werden durch VÄ und VPT typischerweise behandelt?
- Wie läuft die ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung typischerweise ab?
- Wie arbeiten VÄ und VPT in diesem Behandlungs- und Therapieprozess typischerweise mit anderen Leistungserbringern zusammen?
- Welchen Einfluss hat die Covid-19-Pandemie auf die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen?
- Welche Herausforderungen bestehen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen?
- Welche Lösungsansätze gibt es, um entsprechende Herausforderungen zu meistern?

Das Projekt wurde der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität zu München als Projekt-Nummer 22-0109 zur Begutachtung vorgelegt und als unbedenklich eingestuft.

2.2 Weiterführende Forschungsfragen

Im Zuge des Projektes ergaben sich weiterführende, über den initialen Antrag hinausgehende Forschungsfragen. Zum Ersten wurde der Frage nachgegangen, wie sich Behandlungsprävalenz und -inzidenz innerhalb der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in den letzten 8 Jahren verändert haben. Die entsprechenden Erkenntnisse sind zur Hinführung an die Thematik den Ergebnisberichten zu AP 1 bis AP 4 vorangestellt. Zum Zweiten wurde das ärztlich bzw. -psychotherapeutisch behandelte Patient:innenkollektiv der in der ambulanten Suchthilfe betreuten Klientel mit Substanzkonsumstörungen gegenübergestellt. Die entsprechenden Ergebnisse sind im Anschluss an die Ergebnisdarstellung zu AP 1 bis AP 4 in einem eigenen Kapitel kurz zusammengefasst.

2.3 Methodisches Vorgehen quantitativer Teil (AP 1-AP 3)

2.3.1 Datengrundlage

Die quantitativen Auswertungen basieren auf Abrechnungsdaten der KVB und berücksichtigen den Leistungszeitraum 2018 bis 2021. Aufgrund ihrer Rolle als Kollektivvertragspartner der Gesetzlichen Krankenkassen liegen der KVB routinemäßig umfassende Informationen zur ambulanten (ärztlichen und psychotherapeutischen) Versorgung der rund 11 Millionen GKV-Versicherten Bayerns (d. h. ca. 85 % der Wohnbevölkerung) vor[2].

Neben vollständig pseudonymisierten personenbezogenen Quer- und Längsschnittdaten zum behandelten Patient:innenkollektiv, liegen der KVB vollständig pseudonymisierte Informationen zu den etwa 25.000 in Bayern niedergelassenen HÄ und FÄ sowie zu den etwa 5.500 in Bayern niedergelassenen ärztlichen und psychologischen PT vor. Die vorliegenden Daten bilden daher die bayerische ambulant-ärztliche bzw. -psychotherapeutische Versorgung innerhalb der GKV vollständig ab. Leistungen, die außerhalb des Abrechnungssystems der GKV in Anspruch genommen werden (z. B. individuelle Gesundheitsleistungen auf Selbstzahlungsbasis oder Behandlungen, die bei privat liquidierenden HÄ und FÄ bzw. PT nachgefragt werden) sind nicht erfasst.

[2] Trotz der hohen Reichweite kann nicht per se davon ausgegangen werden, dass die Behandlungsprävalenz von Substanzkonsumstörungen bei GKV-Versicherten repräsentativ für die Bevölkerungsebene ist.

2.3.2 Operationalisierung der Forschungsfragen

2.3.2.1 Operationalisierung von Substanzkonsumstörungen

Das Vorliegen einer Substanzkonsumstörung wurde über gesicherte Diagnosen durch HÄ oder FÄ (fortan „ärztliche Diagnose“) bzw. durch PT (fortan „suchtmedizinische Diagnose durch PT“) gemäß ICD-10-Kapitel F1x („Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“) operationalisiert (fortan „Suchtdiagnose“). Die Entscheidung erfolgte auf Basis dreistelliger ICD-Codes, die vierte bzw. fünfte Stelle des Codes blieben jeweils unberücksichtigt. Somit werden neben Substanzabhängigkeit auch Substanzmissbrauch, akute Intoxikation und Entzugssyndrome einbezogen. Berücksichtigt sind Alkoholkonsumstörungen (ICD-Code: F10), Opioidkonsumstörungen (ICD-Code: F11), Cannabinoidkonsumstörungen (ICD-Code: F12), Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen (ICD-Code: F13), Kokainkonsumstörungen (ICD-Code: F14), Stimulanzienkonsumstörungen (ICD-Code: F15), Halluzinogenkonsumstörungen (ICD-Code: F16), Tabakkonsumstörungen (ICD-Code: F17), Störungen durch den Konsum flüchtiger Lösungsmittel (ICD-Code: F18) und Störungen durch andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (ICD-Code: F19), wobei die einzelnen Substanzkonsumstörungen im Regelfall stratifiziert betrachtet werden.

Hierbei werden Alkohol-, Tabak- und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen als Störungen durch legale Substanzen klassifiziert. Die übrigen Störungsbilder gelten im Einklang mit dem Vorgehen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen als Störungen durch illegale Substanzen, obgleich sich insbesondere bei Opioidkonsumstörungen und in geringerem Umfang auch bei Stimulanzien- und Cannabiskonsumstörungen nicht ausschließen lässt, dass diese Störungen durch den Konsum verordneter Arzneimittel verursacht wurde. Die gängige Dokumentationssystematik der ICD-10 erlaubt keine entsprechende Differenzierung („ärztlich verschriebene vs. illegal konsumierte Opioide“), sodass eine nicht exakt quantifizierbare Überschätzung der Bedeutung von Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen erfolgt.

Für die Bearbeitung von AP 1 und AP 2 erfolgten 3 Querschnittsanalysen, die auf das Vorliegen von Suchtdiagnosen in den Kalenderjahren 2018, 2019 und 2020 abstellen. Für AP 3 wurde ein personenindividueller Horizont von 2 Jahren (d.h. 8 Abrechnungsquartalen) verfolgt.

2.3.2.2 Behandlung von Personen mit Substanzkonsumstörungen durch VÄ und VPT

AP 1 ermittelt zunächst, wie viele VÄ und VPT in die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen eingebunden sind. Zu diesem Zweck wurde anhand der individuellen lebenslangen Arztnummer (LANR) überprüft, wie viele VÄ und VPT in den 3 einzelnen Beobachtungsjahren 2018, 2019 und 2020 Patientinnen und Patienten mit gesicherter Suchtdiagnose behandelt haben. Die so ermittelte Anzahl der behandelnden VÄ und VPT wurde zur Gesamt-

anzahl der im jeweiligen Jahr abrechnenden VÄ und VPT ins Verhältnis gesetzt. So wurde auf Fachgruppenebene errechnet, welcher Anteil der Grundgesamtheit aller bayerischen VÄ und VPT aktiv an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen beteiligt ist.

Die Kalkulationen beziehen sich auf die Anzahl (Köpfe) aller VÄ und VPT, die im Jahresverlauf (Zeitraumbezug) zu Lasten der GKV abgerechnet haben. Diese Zahl ist nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der zu einem Stichtag in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT (Kassensitze), da es im Jahresverlauf zu Praxisaufgaben, -übergaben und -neugründungen kommen kann. Aufgrund der Möglichkeit zur Teilzeittätigkeit spiegelt die Anzahl der Köpfe ebenfalls nicht die Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ), also die Anzahl der in Vollzeit tätigen VÄ und VPT, wider. Dies ist insbesondere für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung relevant, wo Teilzeittätigkeit häufiger ist als im ärztlichen Bereich. So kamen z. B. 2020 auf 2 psychotherapeutische Vollzeitstellen etwa 3 abrechnende VPT (3.625 VZÄ, 5.331 Köpfe, Verhältnis 1:1,46).

2.3.2.3 Charakterisierung der behandelten Patientinnen und Patienten (AP 2)

a) Patient:innenkollektiv

AP 2 schließt alle Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen ein, die im jeweiligen Beobachtungsjahr (2018, 2019, 2020) das für Abrechnungsdaten etablierte M2Q-Kriterium erfüllen. Dieses Kriterium sagt aus, dass mindestens 2 gesicherte Diagnosen bezüglich einer bestimmten Substanzkonsumstörung aus unterschiedlichen Quartalen desselben Kalenderjahres vorliegen müssen, um eine Person als Patientin bzw. Patient – in unserem Fall als „suchtkrank“ – zu klassifizieren. Auf diese Weise soll die diagnostische Sicherheit erhöht und eine „falsch-positive“-Klassifikation von Patientinnen und Patienten mit anekdotischen Diagnosen bestmöglich vermieden werden. Die Diagnosestellung erfolgt dabei auf Ebene einer Praxis, nicht auf Ebene einzelner VÄ und VPT (z. B. unterschiedliche HÄ in einer Gemeinschaftspraxis). Erfüllt ein Patient bzw. eine Patientin das M2Q-Kriterium für unterschiedliche Substanzkonsumstörungen, wird diese Person für alle entsprechenden Substanzkonsumstörungen gesondert als Patientin bzw. Patient geführt, sodass die Summierung der behandelten Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Substanzkonsumstörungen die Gesamtanzahl der durch VÄ und VPT behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen (Köpfe) übersteigt.

Die Auswertungen erfolgten stratifiziert nach Art der Substanzkonsumstörungen, wobei aufgrund geringer Patient:innenzahlen für Halluzinogenkonsumstörungen (F16) und Störungen durch den Konsum flüchtiger Lösungsmittel (F18) diese beiden Störungsbilder regelhaft nicht separat ausgewiesen werden. Die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Kokainkonsumstörungen (F14) ist ebenfalls grenzwertig klein. Daher werden Kokainkonsumstörungen im Bericht nur bei Bezugnahme auf das Gesamtkollektiv aber nicht in den Subgruppenanalysen dargestellt. Um sich die

kleine Fallzahl bewusst zu machen, werden die Ergebnisse bzgl. Kokainkonsumstörungen hervorgehoben (graue statt schwarzer Schrift in den Tabellen, Schraffur in den Abbildungen) und grundsätzlich nicht inhaltlich diskutiert.

b) Betrachtete Charakteristika

Die identifizierten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen wurden hinsichtlich Alter (am Ende eines Kalenderjahres), Geschlecht und Wohnregion charakterisiert. Da innerhalb des Datensatzes auch in geringem Umfang Patientinnen und Patienten ohne zuordenbares Geschlecht enthalten sind, entspricht die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig der Summe aus männlichen und weiblichen Behandelten. Hinsichtlich der Wohnregion wurden die Patientinnen und Patienten ausgehend vom Landkreis ihres Wohnortes als „in der Stadt" bzw. „auf dem Land" lebend klassifiziert, wobei sich die Einteilung der Kreise an den Vorgaben des Bundesinstituts für Bau und Raumordnung orientiert (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2020). Hier war der im Kalenderjahr am häufigsten als „Wohnregion" dokumentierte Landkreis ausschlaggebend für die Zuordnung.

Zudem wurde innerhalb des Patient:innenkollektivs die Auftretenshäufigkeit ausgewählter, anhand einer Literaturrecherche prä-spezifizierter somatischer und psychischer Begleiterkrankungen erhoben. Hierbei galt eine Begleiterkrankung als vorhanden, wenn im Jahr der Suchtdiagnose mindestens eine entsprechende gesicherte Diagnose gestellt wurde (M1Q-Kriterium). Die Diagnose der Substanzkonsumstörung und der Komorbidität mussten zudem nicht zeitgleich, d. h. im selben Quartal, erfolgt sein. Anschließend wurde die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen deskriptiv mit der entsprechenden Auftretenshäufigkeit im gesamten Patient:innenkollektiv der KVB verglichen. Um Alters- und Geschlechtsunterschieden im Kollektiv der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Vergleich zur Gesamtheit der GKV-versicherten bayerischen Patientinnen und Patienten angemessen Rechnung zu tragen, erfolgte für die erstgenannte Gruppe eine Standardisierung der beobachteten rohen Prävalenzen auf die Alters- und Geschlechtsstruktur im Gesamtkollektiv.

Für alle betrachteten Parameter wurden die Daten der Jahre 2018, 2019 und 2020 vergleichend gegenübergestellt. Von einem positiven bzw. negativen Trend wurde ausgegangen, wenn sich (i) bis 2020 Veränderungen von mindestens +/-5 % im Vergleich zum Ausgangswert (Jahr 2018) ergaben, (ii) die Entwicklung monoton (also immer mehr bzw. weniger als im Vorjahr) war und zudem (iii) die Ausgangswahrscheinlichkeit bei mindestens 3 % lag. Auf diese Weise soll einer Überinterpretation von Schwankungen um kleine Ausgangswerte vorgebeugt werden. Ergänzend erfolgten Subgruppenanalysen stratifiziert nach Geschlecht und städtischem bzw. ländlichem

Wohnumfeld, wobei mögliche Unterschiede zwischen beiden Subgruppen über Chi²-Tests (kategoriale Variablen) sowie t-Tests (metrische Variablen) überprüft wurden.

c) Sensitivitätsanalyse

Da das Erfüllen des M2Q-Kriteriums regelmäßige Kontakte mit dem ambulanten Behandlungssystem voraussetzt, wurden in einer Sensitivitätsanalyse Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen betrachtet, die in mindestens einem Quartal des Beobachtungsjahres eine gesicherte Suchtdiagnose erhalten haben (M1Q).

2.3.2.4 Suchtbezogenes Versorgungsgeschehen im Längsschnitt (AP 3)

a) Untersuchte Population

Für AP 3 wurde eine personenindividuelle Betrachtung über einen Zeitraum von 8 Quartalen, also 2 Jahren, vorgenommen, um das Versorgungsgeschehen zu beschreiben. In die Analysen eingeschlossen wurden alle GKV-versicherten bayerischen Patientinnen und Patienten, die zwischen Q1/2018 und Q1/2020 mindestens eine gesicherte – dreistellige – Suchtdiagnose gemäß ICD-10 (F10-F19) erhalten und innerhalb der sich anschließenden 3 Quartale das M2Q-Kriterium (mind. 2 gesicherte Diagnosen in 4 aufeinanderfolgenden Quartalen) erfüllt haben. Wenn gesicherte Suchtdiagnosen gestellt wurden, ohne dass in den 3 darauffolgenden Quartalen das M2Q-Kirterium erfüllt wurde, es aber im Nachgang zur Erfüllung des M2Q-Kriteriums kam, gilt das erste dem M2Q-Kriterium zuordenbare Quartal als Indexquartal (z. B.: Diagnose 1: Q2/2018, Diagnose 2: Q3/2019, Diagnose 3: Q1/2020 → Indexquartal: Q3/2019). Das Indexquartal wird somit durch die Wahl des Beobachtungszeitraumes definiert und darf nicht als Quartal der Erstdiagnose oder Inzidenzzeitpunkt fehlinterpretiert werden. Da für alle Patientinnen und Patienten ein Beobachtungszeitraum von 8 Quartalen gewährleistet sein musste, und Daten bis einschließlich Q4/2021 vorlagen, ergeben sich 9 mögliche Indexquartale (Q1/2018 bis Q1/2020). Patientinnen und Patienten, die für unterschiedliche Substanzkonsumstörungen das M2Q-Kriterium erfüllt haben, gehen bei allen störungsbezogenen Auswertungen – ggf. mit unterschiedlichen Indexquartalen – in die Grundgesamtheit ein. Die Summierung der Behandelten innerhalb der einzelnen Substanzkonsumstörungen übersteigt somit die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die durch VÄ und VPT behandelt wurden.

b) Untersuchte Parameter

Für den personenindividuellen, störungsspezifischen Beobachtungszeitraum wurde ermittelt, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten grundsätzlich irgendeine Diagnose durch VÄ bestimmter Fachgruppen bzw. durch VPT erhalten hat und welcher Anteil eine suchtbezogene Diagnose durch die jeweiligen Fachgruppen erhalten hat. So wurde festgehalten, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kontakt zu einer bestimmten Fachgruppe in dieser Fachgruppe auch suchtbezogen behandelt wurde. Hierbei wurde eine nicht näher spezifizierte suchtbezogene Behandlung angenommen, da Diagnosen im ambulant-ärztlichen bzw. ambulant-psychotherapeutischen System grundsätzlich sog. „Behandlungsdiagnosen" darstellen.

Darüber hinaus wurde auf Personenebene erhoben, wie viele verschiedene LANR aus einer Fachgruppe an einem Behandlungsfall, in dem eine einschlägige Suchtdiagnose gestellt wurde, beteiligt waren. So lässt sich fachgruppenbezogen feststellen, wie viele verschiedene VÄ bzw. VPT in die Behandlung der Substanzkonsumstörung eingebunden sind. Zudem wurde die Anzahl der einschlägigen Behandlungsfälle (d.h. mind. ein Kontakt zu einer konkreten Praxis in einem Quartal) sowie die innerhalb dieser Behandlungsfälle beobachtete Kontaktfrequenz erhoben. Als einschlägig gilt dabei jeder Behandlungsfall, innerhalb dessen mindestens einmal eine gesicherte Suchtdiagnose gestellt wurde. Zur Ermittlung der Kontaktfrequenz wurde für jedes Datum innerhalb eines Behandlungsfalls, an dem es durch VÄ und VPT zur Abrechnung einer Gebührenordnungsposition (GOP) kam, ein Kontakt angenommen. Durch Multiplikation der Behandlungsfälle mit der durchschnittlichen Kontaktzahl pro Fall wurde anschließend das mittlere Besuchsaufkommen pro Jahr approximiert. Hierbei wurde von einer linearen Verteilung über den zweijährigen Beobachtungszeitraum ausgegangen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass diese Zahl bedingt durch pauschalierte GOP, die pro Quartal unabhängig von der Besuchsanzahl nur einmal abgerechnet werden dürfen, die Anzahl der faktischen Besuche nicht exakt widerspiegelt. Da Diagnosen zudem nicht tagesgenau gemeinsam mit der GOP angegeben werden, sondern nur quartalsweise für den gesamten Behandlungsfall dokumentiert werden, muss zudem nicht jeder Besuch in einem einschlägigen Behandlungsfall aufgrund der Suchterkrankung erfolgt sein. Die Zahl der suchtbezogenen Besuche liegt somit annahmegemäß unterhalb der hier berichteten Gesamtbesuchszahl, wobei sich das Ausmaß der Überschätzung nicht quantifizieren lässt.

c) Subgruppenanalyse

Um ergänzend festzustellen, ob sich psychotherapeutisch behandelte Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen vom gesamten Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen strukturell unterscheiden, wurden die oben skizzierten Analysen in der entsprechenden Subgruppe wiederholt. Zu diesem Zweck wurden alle Patientinnen und Patienten der in AP 3 selektierten Studiengruppe, die in mindestens einem Quartal des Beobachtungszeitraums eine

suchtmedizinische Diagnose durch PT ehalten haben, der Subgruppe zugeordnet. Hier ist zu berücksichtigen, dass die suchtmedizinische Diagnose durch PT nicht zwangsläufig diejenige Suchtdiagnose sein muss, für die das M2Q-Kriterium erfüllt wurde. So können bei Patientinnen und Patienten mit suchtbezogener Komorbidität z. B. Alkoholkonsumstörungen die „Grunderkrankung" bilden und die suchtmedizinische Diagnose durch PT kann z. B. begleitende Tabakkonsumstörungen adressieren. Die Abweichung zwischen einer einschlägigen Diagnose der suchtbezogenen Grunderkrankung durch PT und der suchtmedizinischen Diagnose irgendeiner Substanzkonsumstörung durch PT ist in Appendix-Abbildung 1 dargestellt.

d) Relevante Versorgungsleistungen

Um zu bestimmen, welche Aspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen besonders relevant sind, wurden die innerhalb der Population mit bestimmten Substanzkonsumstörungen abgerechneten GOP den entsprechenden Abrechnungsvorgängen auf Ebene des gesamten Patient:innenkollektivs gegenübergestellt. Durch Differenzbildung (Anteil der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen und GOP-Abrechnung vs. Anteil des gesamten Patient:innenkollektivs mit GOP-Abrechnung) wurde ermittelt, welche Leistungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen überproportional häufig erbracht werden. Um ein geeignetes Vergleichskollektiv zu gewährleisten, wurde je nach Substanzkonsumstörung auf unterschiedliche Alterskohorten des gesamten Patient:innenkollektivs zurückgegriffen.

Diese Analysen fokussieren auf Q1/2018 und auf Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die im Jahr 2018 das M2Q-Kriterium erfüllt haben. Da Q1/2018 das erste Quartal des Beobachtungszeitraumes repräsentiert, handelt es sich überwiegend um eine Selektion von Patientinnen und Patienten mit etablierter Suchtdiagnose. Infolgedessen wird die Relevanz diagnostischer Leistungen innerhalb der Gesamtpopulation mit Suchterkrankungen annahmegemäß unterschätzt, da diese Leistungen für die betrachteten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen vermutlich bereits in früheren Quartalen abgerechnet wurden.

2.4 Methodisches Vorgehen qualitativer Teil (AP 4)

a) Durchführung

Die Interviews erfolgten zwischen dem 08.04.2022 und dem 01.09.2022 und dauerten durchschnittlich 38 Minuten (Range: 22 min - 63 min). Die Interviewten wurden über unterschiedliche Kanäle rekrutiert. Teilnahmeaufrufe erfolgten zunächst über die Mitgliederzeitschrift der KVB „KVB Forum“, die Landesärztekammer sowie über die Landespsychotherapeutenkammer. So wurden vor allem PT erreicht. Für die Kontaktaufnahme mit niedergelassenen HÄ und FÄ wurden zusätzlich ärztliche Kreisverbände und Suchtberatungsstellen kontaktiert und gebeten, Studieninformationen an Ärztinnen und Ärzte innerhalb des beruflichen Netzwerks weiterzuleiten. Darüber hinaus wurden persönliche Kontakte innerhalb des Projektteams im Sinne eines Schneeballsystems aktiviert. Alle Interviewten erhielten eine Aufwandsentschädigung i. H. v. 75 €.

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, der die nachfolgenden Aspekte adressierte (siehe Anhang 2): a) Beruflicher Hintergrund der Interviewten, b) Behandeltes Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen, c) Typisches Behandlungsprozedere, d) Art und Umfang der Kooperation mit weiteren Leistungserbringern, e) Veränderungen der ambulanten Versorgung im Zuge der Covid-19-Pandemie sowie f) Relevante Zukunftsherausforderungen für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen.

b) Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus 4 PT, 4 HÄ, einem Psychiater und einer Internistin zusammen (siehe Tabelle 1). 8 der 10 Interviewten praktizieren in bayerischen Großstädten.

Tabelle 1: Übersicht der Interviewten

Code	Fachgruppe	Regierungsbezirk	Landkreis	Stadt/Land
TH1	Psychotherapeut	Oberpfalz	– *	Ländlich
TH2	Psychotherapeut	Schwaben	Augsburg	Städtisch
TH3	Psychotherapeutin	Oberbayern	München	Städtisch
TH4	Psychotherapeutin	Oberbayern	München	Städtisch
AL1	Hausärztin	Oberpfalz	Regensburg	Städtisch
AL2	Hausarzt	Mittelfranken	Nürnberg	Städtisch
AL3	Hausärztin	Mittelfranken	Nürnberg	Städtisch
AL4	Hausärztin	Oberbayern	Starnberg	Ländlich
PS1	Psychiater	Mittelfranken	Nürnberg	Städtisch
IN1	Ärztin in Weiterbildung, tätig in internistischer Praxis	Mittelfranken	Nürnberg	Städtisch

*aus Datenschutzgründen nicht genannt

c) Auswertung

Die Interviews wurden extern transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2019) mittels MAXQDA 2022 ausgewertet. Die Bildung der Hauptkategorien – und teilweise auch der untergeordneten Kategorien – orientierte sich deduktiv an den Themenschwerpunkten des Interviewleitfadens. Um die berichteten Herausforderungen und Lösungsansätze systematisch auszuwerten, wurden anhand entsprechender Textpassagen zusätzlich induktive Kategorien gebildet.

Die entsprechenden Ergebnisse sind aufgrund der geringen Stichprobengröße und der selektiven Stichprobenzusammensetzung annahmegemäß nicht repräsentativ für die ambulant-ärztliche und psychotherapeutische Behandlung in Bayern. Explorativ lassen sich dennoch Hinweise auf zentrale Herausforderungen in der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen und entsprechende Lösungsansätze ableiten.

3 Ergebnisse

3.1 Relevanz von Substanzkonsumstörungen in der ambulant-ärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung

Um die Behandlungsinzidenz und -prävalenz unterschiedlicher Substanzkonsumstörungen (F10 bis F19) im vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgungssetting zu ermitteln, wurden Patientinnen und Patienten mit einschlägiger Suchtdiagnose zur Gesamtzahl der im jeweiligen Jahr GKV-versicherten Patientinnen und Patienten ins Verhältnis gesetzt. Aufgrund der kleinen Patient:innenzahlen für die Diagnosen Halluzinogenkonsumstörungen (F16) und Störungen infolge des Konsums flüchtiger Lösungsmittel (F18) wird auf eine Darstellung der Trends bei beiden Diagnosen verzichtet, da Schwankungen um eine kleine Fallzahl nicht valide interpretierbar sind. Entsprechende Zahlen werden von den Autorinnen und Autoren auf Nachfrage zur Verfügung gestellt.

Informationen zu Grundgesamtheit aller GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten stammen dabei aus bayernbezogenen Daten der KM6-Statistik[3] für den Zeitraum 2012 bis 2021. Informationen zu Patientinnen und Patienten mit einschlägiger Suchtdiagnose beziehen sich auf innerhalb der KVB-Abrechnungsdaten dokumentierte Versicherte, die a) zwischen 2014 und 2021 eine einschlägige gesicherte Suchtdiagnose erhalten haben, ohne dass es in den beiden Vorjahren zu einer entsprechenden Diagnose kam (Inzidenz) bzw. b) in einem Kalenderjahr das M2Q-Kriterium erfüllt haben (Prävalenz).

3.1.1 Entwicklung der Prävalenzen

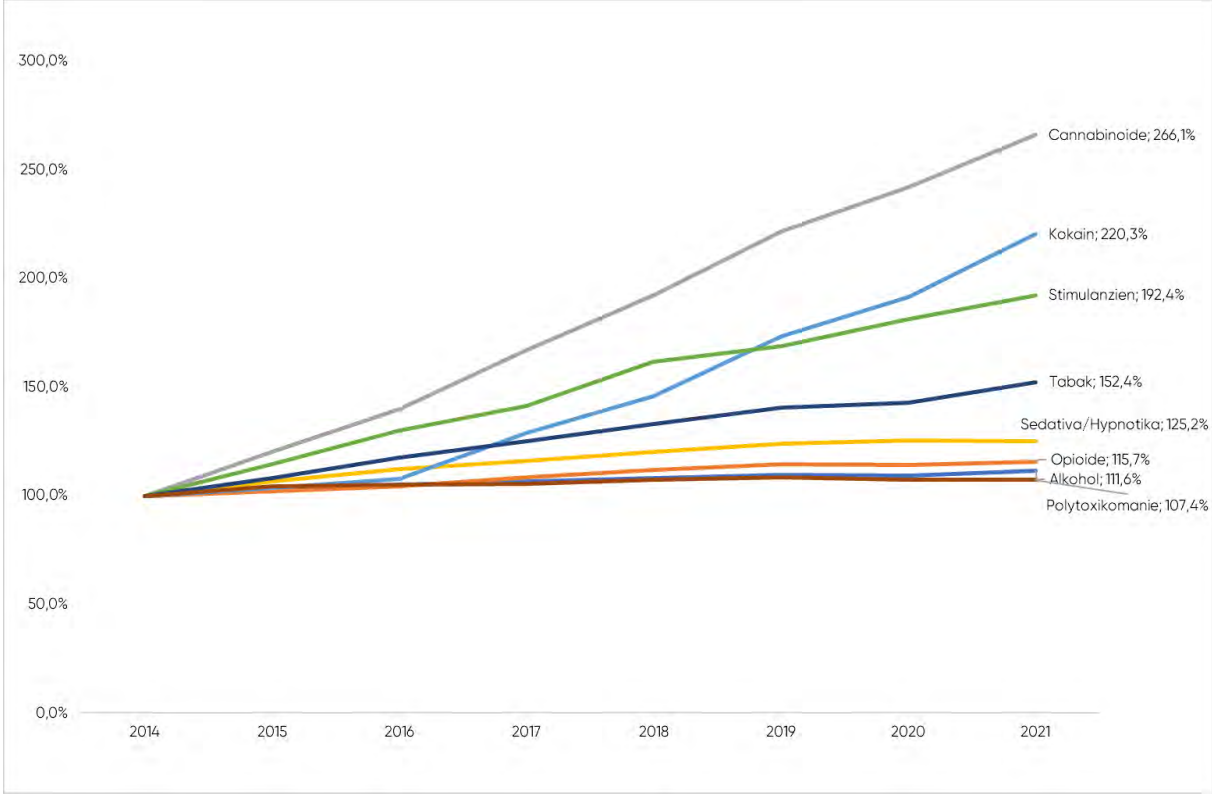
Die höchsten Prävalenzen lassen sich zwischen 2014 und 2021 für Tabakkonsumstörungen beobachten, wobei die Patient:innenzahl pro 1.000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf zunimmt (Tabelle 2). An zweiter Stelle im Prävalenzranking stehen jeweils mit deutlichem Abstand Alkoholkonsumstörungen, wobei hier die Patient:innenzahl pro 1.000 GKV-Versicherte weitgehend stabil bleibt. Unter Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen sind Opioidkonsumstörungen bei leicht zunehmender Anzahl an Patientinnen und Patienten pro 1.000 GKV-Versicherte am häufigsten. Es folgen mit deutlichem Abstand Cannabinoidkonsumstörungen, wobei hier die Patient:innenzahl pro 1.000 GKV-Versicherte deutlich zunimmt.

steigende Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der kassenärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung

[3] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html

Tabelle 2: Patientinnen und Patienten mit prävalenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte

	Patientinnen und Patienten mit prävalenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte							
	F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Cannabi-noide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimulan-zien	F17 Tabak	F19 Polytoxi-komanie
2014	10,1	0,93	0,34	1,43	0,03	0,18	25,1	1,95
2015	10,2	0,94	0,41	1,51	0,03	0,21	26,9	2,01
2016	10,4	0,95	0,47	1,57	0,03	0,24	28,9	2,01
2017	10,3	0,97	0,55	1,61	0,04	0,25	30,3	1,99
2018	10,4	0,99	0,63	1,64	0,04	0,29	31,9	2,00
2019	10,5	1,01	0,73	1,69	0,05	0,30	33,7	2,01
2020	10,4	1,00	0,79	1,70	0,05	0,32	33,9	1,98
2021	10,6	1,01	0,86	1,69	0,06	0,34	36,2	1,98



2014 = 100 %

Abbildung 1: Entwicklung der Behandlungsprävalenz von Substanzkonsumstörungen unter bayerischen GKV-Versicherten

Betrachtet man zusätzlich zur absoluten die relative Entwicklung seit Indexjahr 2014 ergibt sich für alle Substanzkonsumstörungen ein Anstieg der Behandlungsprävalenz (siehe Abbildung 1). Besonders ausgeprägt ist der Zuwachs bei Cannabinoid- (+166 %) und Kokainkonsumstörungen (+120 %). Vergleichsweise gering fällt er bei Opioid- (16 %) und Alkoholkonsumstörungen (+12 %), aber auch bei Polytoxikomanie (+7 %) aus. Hierbei bleibt offen, ob sich die Zusammensetzung der zur Polytoxikomanie beitragenden Substanzen verändert hat. In diesem Zusammenhang ist zudem das Ausgangsniveau (siehe Tabelle 2) der jeweiligen Indikationen zu bedenken, da bei niedrigeren „Startwerten" leichter hohe Anstiegsraten erzielt werden können.

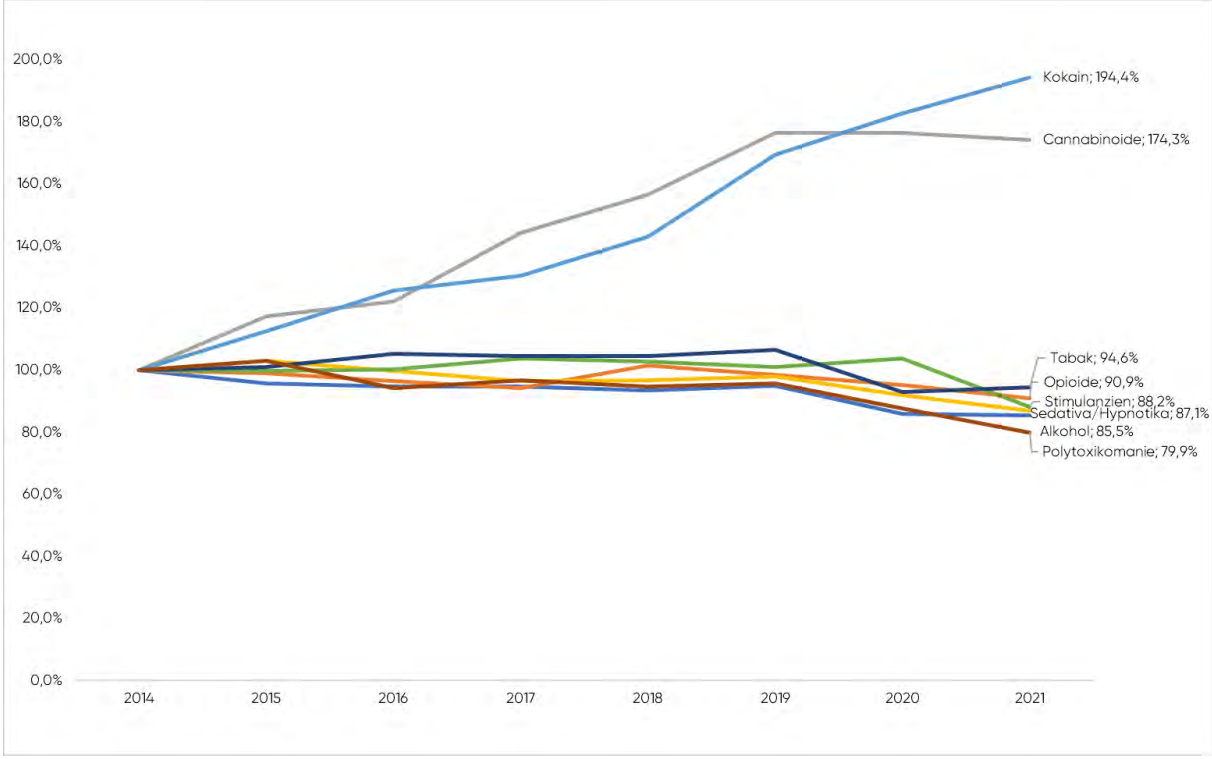
3.1.2 Entwicklung der Inzidenzen

Die höchsten Behandlungsinzidenzen lassen sich zwischen 2014 und 2021 für Tabakkonsumstörungen beobachten, wobei die Zahl neudiagnostizierter Patientinnen und Patienten pro 1.000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf sinkt (siehe Tabelle 3). An zweiter Stelle im Inzidenzranking stehen jeweils mit deutlichem Abstand Alkoholkonsumstörungen, wobei auch hier die Zahl neudiagnostizierter Patientinnen und Patienten pro 1.000 GKV-Versicherte abnimmt. Unter Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen sind Cannabinoidkonsumstörungen bei einer deutlich zunehmenden Anzahl neudiagnostizierter Patientinnen und Patienten pro 1.000 GKV-Versicherte am häufigsten. Es folgen bei ähnlichem Ausgangsniveau aber sinkender Anzahl neudiagnostizierter Patientinnen und Patienten pro 1.000 GKV-Versicherte Opioidkonsumstörungen.

Tabelle 3: Patientinnen und Patienten mit inzidenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte

	Patientinnen und Patienten mit inzidenter Substanzkonsumstörung pro 1.000 GKV-Versicherte							
	F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Cannabinoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimulanzien	F17 Tabak	F19 Polytoxikomanie
2014	3,1	0,30	0,33	0,52	0,03	0,17	13,0	0,98
2015	2,9	0,30	0,38	0,53	0,03	0,17	13,0	1,00
2016	2,9	0,28	0,39	0,50	0,04	0,17	13,5	0,90
2017	2,8	0,27	0,46	0,48	0,04	0,17	13,2	0,91
2018	2,8	0,29	0,49	0,48	0,04	0,17	13,0	0,89
2019	2,8	0,28	0,55	0,48	0,05	0,16	13,2	0,89
2020	2,5	0,27	0,55	0,45	0,05	0,17	11,5	0,81
2021	2,5	0,26	0,54	0,42	0,05	0,14	11,6	0,74

Betrachtet man zusätzlich zur absoluten die relative Entwicklung der Inzidenzen seit Indexjahr 2014 ergibt sich ein gemischtes Bild (siehe Abbildung 2). Während die Inzidenz bei Cannabinoid- (+74 %) und Kokainkonsumstörungen (+94 %) deutlich ansteigt, nimmt sie bei den übrigen Substanzkonsumstörungen ab. Besonders ausgeprägt ist der Rückgang bei Polytoxikomanie (-20 %). Bei Tabakkonsumstörungen ist die Abnahme am geringsten (-5 %), wobei hier das hohe Ausgangsniveau (siehe Tabelle 3) zu bedenken ist.



2014 = 100 %

Abbildung 2: Entwicklung der Behandlungsinzidenz von Substanzkonsumstörungen unter bayerischen GKV-Versicherten

Die Zunahme der Behandlungsprävalenzen bei meist sinkenden Inzidenzen legt nahe, dass die kontinuierliche Behandlung bereits bekannter Patientinnen und Patienten in der kassenärztlichen bzw. kassenpsychotherapeutischen Versorgung an Bedeutung gewinnt. Demgegenüber kommen weniger neue Patientinnen und Patienten ins kassenärztlich/-psychotherapeutische Behandlungssystem.

weniger neudiagnostizierte Patientinnen und Patienten und mehr „Langzeitbehandelte“ mit Substanzkonsumstörung

3.2 Arbeitspaket 1

AP 1 soll Aufschluss darüber liefern, wie viele der in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln und welchen Anteil diese Personengruppe am jeweils behandelten Gesamtkollektiv aller Patientinnen und Patienten hat. Alle Angaben beziehen sich auf VÄ und VPT, die im jeweiligen Kalenderjahr mindestens einmal über das KV-Systems abgerechnet haben. Der Wert unterscheidet sich somit von der stichtagsbezogenen Anzahl der in Bayern niedergelassenen VÄ bzw. VPT im Versorgungsatlas der KVB[4].

3.2.1 Anzahl der behandelnden VÄ und VPT

Für die nachfolgenden Auswertungen wurden, soweit nicht anders vermerkt, nur VÄ und VPT berücksichtigt, die Patientinnen und Patienten mit mindestens einer gesicherten Substanzkonsumstörung behandelt haben. Eine Aufstellung zur Gesamtanzahl aller in Bayern abrechnenden VÄ und VPT aufgeschlüsselt nach Fachgruppen findet sich in Appendix-Tabelle 1.

3.2.1.1 Gesamtanzahl der behandelnden VÄ und VPT

Im Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 behandeln jeweils etwa 20.000 in Bayern niedergelassene VÄ und VPT Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen (siehe Tabelle 4).

Hierbei sind die mit Abstand meisten VÄ und VPT in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tabak- oder Alkoholkonsumstörungen (jeweils etwa 16.000 VÄ und VPT) eingebunden. Es folgen mit deutlichem Abstand die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie (knapp 11.000 VÄ und VPT) bzw. mit Sedativa/Hypnotika-Konsumstörungen (etwa 8.000 VÄ und VPT). In Bezug auf einzelne illegale Substanzen sind verhältnismäßig viele VÄ und VPT in die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen (knapp 6.000 VÄ und VPT) bzw. von Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen (rund 6.500 VÄ und VPT) beteiligt. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums flüchtiger Lösungsmittel oder in Folge des Konsums von Halluzinogenen erfolgt bei vergleichsweise wenigen VÄ und VPT.

[4] https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/

Tabelle 4: Anzahl VÄ und VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln

Teilnahme an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
F1-Gesamt	19.483	19.890	20.055	*19.809*	+3,0 %
F10 Alkohol	15.756	15.964	15.917	*15.879*	+1,0 %
F11 Opioide	5.594	5.855	6.040	*5.830*	+8,0 %
F12 Cannabinoide	6.056	6.699	7.029	*6.595*	+16,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	8.042	8.303	8.421	*8.255*	+4,7 %
F14 Kokain	836	962	1.072	*957*	+14,5 %
F15 Stimulanzien	2.869	3.129	3.340	*3.113*	+16,4 %
F16 Halluzinogene	523	504	534	*520*	+2,1 %
F17 Tabak	15.988	16.301	16.521	*16.270*	+3,3 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	139	177	174	*163*	+25,2 %
F19 Polytoxikomanie	10.597	10.837	10.722	*10.719*	+1,2 %
Anzahl VÄ und VPT	29.472	30.025	30.772	*30.090*	+4,4 %

KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. VÄ = Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin, VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Es werden nur VÄ und VPT berücksichtigt, die im Beobachtungszeitraum mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Für die meisten illegalen Substanzen ist die Zahl der VÄ und VPT, die Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Störungen behandeln, von 2018 bis 2020 proportional stärker angestiegen als die Anzahl der in Bayern abrechnenden VÄ und VPT. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Stimulanzien-, Cannabinoid- und Kokainkonsumstörungen. Der substanzielle Anstieg der Anzahl der VÄ und VPT, die Patientinnen und Patienten mit Störungen durch flüchtige Lösungsmittel behandeln, lässt sich aufgrund der kleinen Ausgangsfallzahlen nicht belastbar interpretieren.

Setzt man die Anzahl der je Substanzkonsumstörung behandelnden VÄ und VPT in Relation zur Gesamtzahl der in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT (siehe Appendix-Tabelle 2), zeigt sich, dass zwischen 2018 und 2020 etwa 2 von 3 VÄ und VPT mindestens eine Person mit Substanzkonsumstörungen behandeln. Fokussiert man auf die einzelnen Substanzkonsumstörungen, behandelt etwa die Hälfte der niedergelassenen VÄ und VPT Patientinnen und Patienten mit Tabak- oder Alkoholkonsumstörungen, etwa ein Drittel Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie und etwa ein Viertel in Patientinnen und Patienten mit Sedativa/Hypnotikakonsumstörungen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen ist grundsätzlich weniger verbreitet: Etwa ein Fünftel der niedergelassenen VÄ und VPT hat Patientinnen und Patienten mit Cannabinoid- bzw. Opioidkonsumstörungen und etwa ein Zehntel Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen.

3.2.1.2 Anzahl der behandelnden VÄ und VPT nach ausgewählten Fachgruppen

Die Ausführungen in Kapitel 3.2.1.1 lassen unberücksichtigt, dass sich die aktive Beteiligung an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen je nach Fachgruppe unterscheiden kann. Vor diesen Hintergrund beleuchtet Kapitel 3.2.1.2 exemplarisch die aktive Teilnahme von HÄ, internistisch tätigen FÄ sowie PT, da hier die anteilsmäßig stärkste Einbindung vermutet wird.

fast alle HÄ,
4 von 5 internistisch tätigen FÄ
und knapp 2 von 5 PT
behandeln
Patientinnen und Patienten
mit Substanzkonsumstörungen

In Appendix-Tabelle 2, Appendix-Tabelle 3, Appendix-Tabelle 4 und Appendix-Tabelle 5 wurde ausgehend von der Gesamtanzahl an VÄ und VPT, sowohl insgesamt als auch für ausgewählte Fachgruppen, berechnet, welcher Anteil im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit Substanzkonsumstörungen behandelt hat.

a) Hausärztinnen und Hausärzte

Setzt man die Anzahl der HÄ, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandelt haben, in Relation zur Gesamtzahl der abrechnenden HÄ (siehe Appendix-Tabelle 3) ergibt sich folgendes Bild: Fast alle HÄ behandeln Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen. Hierbei dominiert die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Störungen durch die legalen Substanzen Alkohol bzw. Tabak, die 19 von 20 HÄ durchführen. Etwa 4 von 5 HÄ behandeln Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie und etwa 2 von 3 HÄ Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen. Zudem behandelt etwa die Hälfte der HÄ Patientinnen und Patienten mit Cannabinoid- bzw. Opioidkonsumstörungen und etwa ein Viertel der HÄ Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen.

Die Anzahl der in Bayern insgesamt abrechnenden HÄ verändert sich zwischen 2018 und 2020 kaum (siehe Tabelle 5). Dies gilt auch für die Anzahl der HÄ, die zwischen 2018 und 2020 grundsätzlich Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln. Im Bereich legaler Substanzen nimmt die Zahl der HÄ, die Patientinnen und Patienten mit entsprechender Störung behandeln, nur für Hypnotika-/Sedativakonsumstörungen nennenswert zu. Demgegenüber erhöht sich bei allen Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen die Zahl an HÄ, die mindestens eine Person mit entsprechender Störung behandeln, messbar. Der Anstieg ist dabei bei Kokain- bzw. Stimulanzienkonsumstörungen besonders stark ausgeprägt.

Tabelle 5: Anzahl HÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln

	2018	2019	2020	Delta %
F1-Gesamt	9.367	9.453	9.470	1,1 %
F10 Alkohol	9.196	9.285	9.291	1,0 %
F11 Opioide	4.188	4.439	4.587	9,5 %
F12 Cannabinoide	4.435	4.878	5.091	14,8 %
F13 Sedativa/Hypnotika	6.280	6.496	6.614	5,3 %
F14 Kokain	598	718	779	30,3 %
F15 Stimulanzien	2.236	2.452	2.616	17,0 %
F16 Halluzinogene	*363*	*350*	*387*	*6,6 %*
F17 Tabak	9.003	9.124	9.171	1,9 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*106*	*145*	*130*	*22,6 %*
F19 Polytoxikomanie	7.610	7.719	7.668	0,8 %
Anzahl HÄ in Bayern	9.565	9.622	9.650	0,9 %

HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt. KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Es werden HÄ berücksichtigt, die im Beobachtungszeitraum mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

b) Fachärztliche Internistinnen und Internisten

Setzt man die Anzahl der internistisch tätigen FÄ, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung behandeln, in Relation zur Gesamtzahl der internistisch tätigen FÄ, die aktuell bei der KVB abrechnen (siehe Appendix-Tabelle 4) zeigt sich, dass über 4 von 5 internistisch tätigen FÄ Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln. Bezogen auf die einzelnen Substanzkonsumstörungen behandeln gut 3 von 4 internistisch tätigen FÄ Personen mit-Tabak- und 2 von 3 internistisch tätigen FÄ Personen mit Alkoholkonsumstärungen. Es folgt mit deutlichem Abstand die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie oder Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, an der eine bzw. einer von 4 sowie eine bzw. einer von 6 internistisch tätigen FÄ aktiv aktiv teilnimmt. Eine Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen erfolgt bei einem deutlich niedrigeren Prozentsatz der internistisch tätigen FÄ.

Die Anzahl der in Bayern abrechnenden internistisch tätigen FÄ nimmt zwischen 2018 und 2020 leicht zu (siehe Tabelle 6). Zugleich verändert sich die Anzahl der internistisch tätigen FÄ, die Patientinnen und Patienten mit Alkohol-, Sedativa-/Hypnotika- oder Opioidkonsumstörungen bzw. Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie behandeln, nicht merklich. Bei den übrigen Substanzkonsumstörungen nimmt die Anzahl internistisch tätigen FÄ, die mindestens eine Person

mit entsprechender Störung behandeln, überproportional zu, wobei der Anstieg bei Tabakkonsumstörungen am schwächsten und bei Kokainkonsumstörungen – mit Abstand gefolgt von Stimulanzienkonsumstörungen – am deutlichsten ausfällt.

Tabelle 6: Anzahl internistisch tätige FÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln

	2018	2019	2020	Delta %
F1-Gesamt	1.625	1.652	1.702	4,7 %
F10 Alkohol	1.263	1.278	1.277	1,1 %
F11 Opioide	217	203	219	0,9 %
F12 Cannabinoide	141	150	175	24,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	330	349	330	0,0 %
F14 Kokain	20	25	29	45,0 %
F15 Stimulanzien	59	71	74	25,4 %
F16 Halluzinogene	*12*	*10*	*9*	*-25,0 %*
F17 Tabak	1.543	1.564	1.622	5,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*10*	*11*	*14*	*40,0 %*
F19 Polytoxikomanie	502	514	508	1,2 %
Anzahl internistisch tätige FÄ in Bayern	1.994	2.008	2.051	2,9 %

FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Es werden internistisch tätige FÄ berücksichtigt, die im Beobachtungszeitraum mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Zudem ist der prozentuale Zuwachs bei internistisch tätigen FÄ, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln, regelhaft stärker ausgeprägt als bei HÄ, die Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Störungen versorgen.

c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Setzt man die Anzahl der PT, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung behandeln, in Relation zur Gesamtzahl der abrechnenden PT (siehe Appendix-Tabelle 5), wird offenkundig, dass gut ein Drittel der bayerischen PT Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandelt. Die mit Abstand größte Bedeutung hat hier die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen, die bei knapp 3 von 10 PT erfolgt. Etwa eine bzw. einer von 10 PT behandelt Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen und jeweils etwa eine bzw. einer von 14 PT behandelt Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie oder Tabakkonsumstörungen. Weitere Substanzkonsumstörungen werden nur bei einem kleinen Prozentsatz der PT behandelt.

Die Anzahl der in Bayern abrechnenden PT nimmt zwischen 2018 und 2020 stärker zu als die Anzahl der PT, die in den entsprechenden Jahren Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln (siehe Tabelle 7). Innerhalb der einzelnen Substanzkonsumstörungen ist ein unterproportionaler Zuwachs bei PT, die Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie bzw. mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen behandeln, zu beobachten. Deutliche Zuwächse, die auch die Zuwachsrate bei der Gesamtzahl der abrechnenden PT übersteigen, finden sich in Bezug auf PT, die Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen – hier insbesondere Patientinnen und Patienten mit Kokain- oder Stimulanzienkonsumstörungen – behandeln.

Tabelle 7: Anzahl PT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln

	2018	2019	2020	Delta %
F1-Gesamt	1.896	1.979	2.058	8,5 %
F10 Alkohol	1.472	1.538	1.564	6,3 %
F11 Opioide	119	140	143	20,2 %
F12 Cannabinoide	502	578	638	27,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	250	248	237	-5,2 %
F14 Kokain	*28*	*30*	*53*	*89,3 %*
F15 Stimulanzien	108	115	139	28,7 %
F16 Halluzinogene	*18*	*21*	*16*	*-11,1 %*
F17 Tabak	368	371	399	8,4 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*<5*	*<5*	*<5*	*n. a.*
F19 Polytoxikomanie	352	368	374	6,3 %
Anzahl PT in Bayern	5.106	5.341	5.628	10,2 %

KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, n. a. = nicht anwendbar, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut,
Es werden nur PT berücksichtigt, die im Beobachtungszeitraum mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Vergleicht man die Zuwachsraten bei PT, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln, mit den entsprechenden Werten in den Fachgruppen der HÄ sowie der internistisch tätigen FÄ, zeigt sich unter den PT ein stärkerer Anstieg.

.

3.2.2 Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

3.2.2.1 Durchschnittliche Anzahl nach Fachgruppen

Fokussiert man auf die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Substanzkonsumstörung, die VÄ und VPT, die mindestens eine Person mit entsprechender Substanzkonsumstörung behandeln, durchschnittlich betreuen, so bilden in der hausärztlichen Versorgung Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen die mit Abstand größte Gruppe (siehe Tabelle 8). Die durchschnittliche Zahl an Patientinnen und Patienten mit entsprechender Störung ist mit etwa 72 Personen je HÄ mehr als dreimal so hoch wie die Zahl der aufgrund von Alkoholkonsumstörungen behandelten Patientinnen und Patienten. Diese bilden mit im Mittel etwa 23 Personen die zweitgrößte Gruppe. Die durchschnittliche Größe der Klientel mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen ist nochmals um ein Vielfaches kleiner.

Auch bei internistisch tätigen FÄ, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln, sind Personen mit Tabakkonsumstörungen gefolgt von Personen mit Alkoholkonsumstörungen zahlenmäßig am stärksten vertreten. Hier ist der Unterschied noch deutlicher ausgeprägt als in der hausärztlichen Versorgung (etwa 98 Personen vs. etwa 8 Personen). Zudem werden durch internistisch tätige FÄ im Durchschnitt weniger Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotika-, Opioid- oder Cannabinoidkonsumstörungen bzw. Polytoxikomanie behandelt als durch HÄ. Im Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen zeigt sich kaum ein Unterschied in der Größe des Patient:innenkollektivs.

Bei neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ dominieren demgegenüber Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen (etwa 34 Personen pro FÄ). Die zweitgrößte Gruppe, Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, und die drittgrößte Gruppe, Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen, sind jeweils weniger als halb so groß (etwa 16 bzw. etwa 14 Personen). Es werden vergleichbar viele Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen behandelt wie in der hausärztlichen Versorgung, aber etwa zweieinhalbmal so viele Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen. Auch Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen oder Polytoxikomanie werden in dieser Fachgruppe vergleichsweise häufig behandelt.

VPT
behandeln im Mittel weniger
Patientinnen und Patienten
mit Substanzkonsumstörungen
als VA

Mitbedingt durch grundsätzlich kleinere Patient:innenkollektive und längere Therapiedauern behandeln PT innerhalb jeder betrachteten Substanzkonsumstörung pro PT deutlich weniger Patientinnen und Patienten als HÄ oder neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ. Innerhalb der Störungen durch illegale Substanzen liegen die durchschnittlichen Patient:innenzahlen (geringfügig) unter den bei internistisch tätigen FÄ beobachteten Werten. Insgesamt schwankt die

durchschnittliche Größe des Patient:innenkollektivs bei PT im Jahresvergleich nur wenig (Range: 1 (Stimulanzienkonsumstörungen) bis 2 (Tabakkonsumstörungen)).

Tabelle 8: Durchschnittliche Anzahl der pro VÄ bzw. pro VPT behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

		2018	2019	2020	Ø 2018 - 2020
HÄ	F10 Alkohol	22,3	22,7	22,7	22,6
	F11 Opioide	5,5	5,5	5,0	5,3
	F12 Cannabinoide	2,6	2,8	2,9	2,8
	F13 Sedativa/Hypnotika	4,1	4,2	4,2	4,2
	F15 Stimulanzien	2,4	2,4	2,4	2,4
	F17 Tabak	68,8	73,5	74,3	72,2
	F19 Polytoxikomanie	6,0	6,0	6,0	6,0
Internistisch tätige FÄ	F10 Alkohol	7,8	7,8	7,5	7,7
	F11 Opioide	1,9	1,9	1,8	1,9
	F12 Cannabinoide	1,5	1,6	1,7	1,6
	F13 Sedativa/Hypnotika	3,0	2,9	2,5	2,8
	F15 Stimulanzien	2,5	2,3	2,1	2,3
	F17 Tabak	95,2	101,1	98,9	98,4
	F19 Polytoxikomanie	2,5	2,4	2,3	2,4
Neurologisch/ Psychiatrisch tätige FÄ	F10 Alkohol	34,6	34,7	33,3	34,2
	F11 Opioide	5,8	6,0	5,8	5,9
	F12 Cannabinoide	7,2	7,7	8,3	7,7
	F13 Sedativa/Hypnotika	15,5	15,9	15,3	15,6
	F15 Stimulanzien	3,1	3,2	3,4	3,2
	F17 Tabak	14,6	14,2	13,8	14,2
	F19 Polytoxikomanie	7,1	7,0	6,8	7,0
PT	F10 Alkohol	2,3	2,3	2,3	2,3
	F11 Opioide	1,7	1,5	1,5	1,6
	F12 Cannabinoide	1,4	1,5	1,6	1,5
	F13 Sedativa/Hypnotika	1,5	1,6	1,6	1,6
	F15 Stimulanzien	1,3	1,2	1,2	1,2
	F17 Tabak	2,4	2,5	2,3	2,4
	F19 Polytoxikomanie	1,5	1,4	1,4	1,4

FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, VÄ = Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt; VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Die Bezugsbasis bilden VÄ und VPT die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit entsprechender Substanzkonsumstörung behandelt haben.

3.2.2.2 Anteil an Personen mit Substanzkonsumstörungen an der Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten

a) Anteil an der Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten nach Fachgruppen

etwa eine von 20 ärztlich behandelten Personen hat eine Substanzkonsumstörung; bei psychotherapeutisch behandelten Personen ist es etwa eine von 30

Berücksichtigt man die gesamte durchschnittliche Patient:innenzahl der an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen beteiligten VÄ und VPT (siehe Tabelle 9), zeigt sich, dass nur ein kleiner Anteil der jeweils behandelten Personen Substanzkonsumstörungen hat: Unter den Patientinnen und Patienten von HÄ bzw. internsistisch oder neurologisch/psychiatrischen FÄ hat etwa eine von 20 behandelten Personen Substanzkonsumstörungen, unter den Patientinnen und Patienten von PT ist es knapp eine von 30 behandelten Personen.

Tabelle 9: Anteil an Personen mit Substanzkonsumstörungen am Patient:innenkollektiv der Fachgruppen

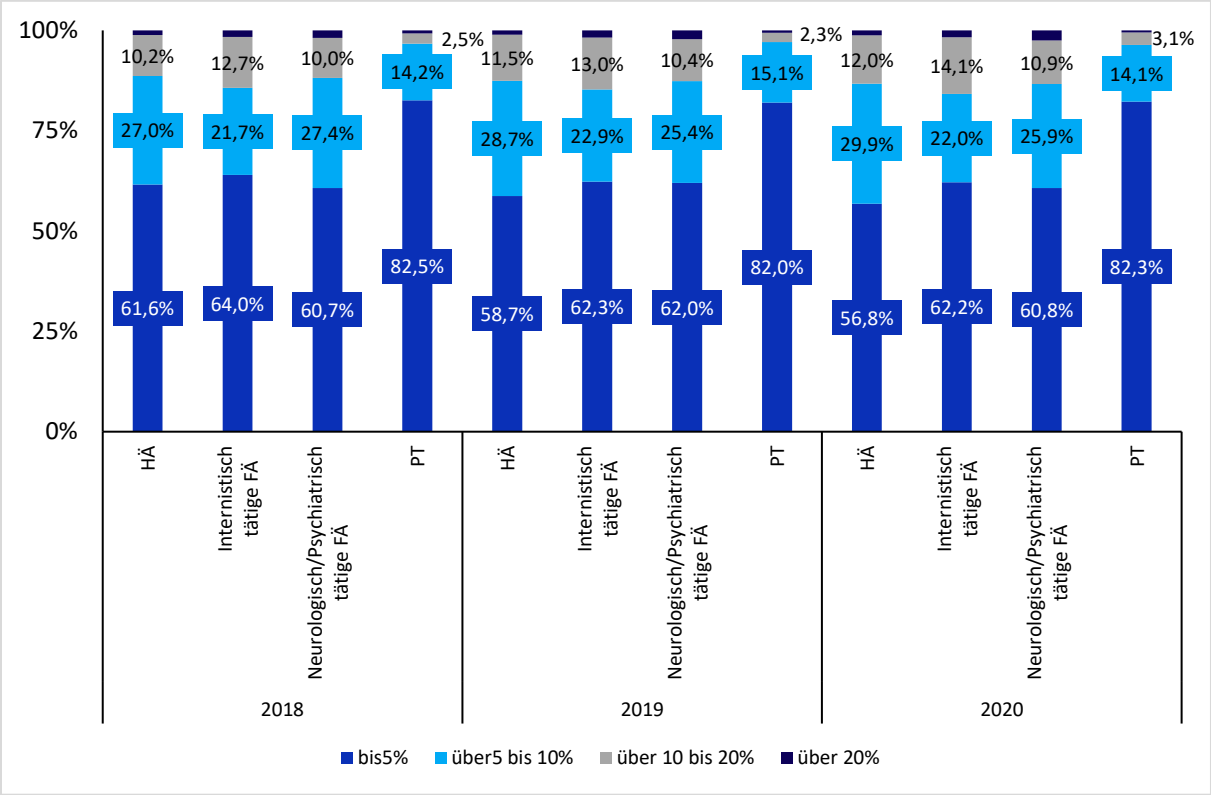
	2018	2019	2020
HÄ	5,2 %	5,4 %	5,6 %
Internistisch tätige FÄ	5,0 %	5,3 %	5,3 %
Neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ	4,6 %	4,6 %	4,7 %
PT	3,1 %	3,1 %	3,1 %

FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, VÄ = Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt; VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Die Bezugsbasis bilden VÄ und VPT die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit entsprechender Substanzkonsumstörung behandelt haben.

Berechnet man den durchschnittlichen Anteil, den Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen am gesamten Patient:innenkollektiv ausmachen, ausgehend von der Grundgesamtheit aller abrechnenden VÄ je Fachgruppe (siehe Appendix-Tabelle 6) statt ausgehend von der Grundgesamtheit derjenigen VÄ, die mindestens eine Person mit Substanzkonsumstörungen behandelt haben, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede (siehe Appendix-Tabelle 7). Bei der Gruppe der VPT halbiert sich der Wert indes fast.

b) Relevanz unterschiedlicher Anteile am gesamten Patient:innenkollektiv

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, behandelt ein kleiner Anteil der VÄ und VPT schwerpunktmäßig Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen: Von 2018 bis 2020 hat bei rund 9 von 10 HÄ maximal eine von 10 behandelten Personen Substanzkonsumstörungen. Im Beobachtungszeitraum lässt sich eine leichte Verschiebung weg von HÄ, die weniger als 5 % Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in ihrem Patient:innenkollektiv behandeln, hin zu HÄ, die über 5 % Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in ihrem Patient:innenkollektiv behandeln, feststellen. Unter den internistisch bzw. neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ ergibt sich eine ähnliche Größenordnung, ohne dass es zu systematischen Verschiebungen zwischen den genannten Kategorien kommt. Stabil etwa 4 von 100 PT behandeln im eigenen Patient:innenkollektiv mehr als 10 % Personen mit Substanzkonsumstörungen. Ein Anteil von über 20 % an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im jeweiligen Patient:innenkollektiv findet sich in allen Fachgruppen nur in Einzelfällen.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 3: Anteil an Personen mit Substanzkonsumstörungen im Patient:innenkollektiv unterschiedlicher Fachgruppen

3.3 Arbeitspaket 2

AP 2 verfolgte den Zweck, die durch bayerische VÄ und VPT behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen hinsichtlich demographischer und komorbiditätsbezogener Aspekte zu charakterisieren.

3.3.1 Zusammensetzung des Patient:innenkollektivs

3.3.1.1 Art der Substanzkonsumstörungen

pro Jahr etwa. 0,5 Mio. Personen mit Substanzkonsumstörungen durch VÄ und VPT behandelt – 4 von 5 haben Tabakkonsumstörungen

Die VÄ und VPT in Bayern haben von 2018 bis 2020 jeweils rund 0,5 Mio. Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandelt (siehe Tabelle 10). Hierbei lässt sich insgesamt wie auch auf Substanzebene (Ausnahmen: Alkohol- und Opioidkonsumstörungen sowie Polytoxikomanie) ein leichter Zuwachs von Jahr zu Jahr beobachten.

Tabelle 10: Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen gemäß M2Q-Kriterium

		2018	2019	2020
F10	Alkohol	115.770	117.137	116.866
F11	Opioide	11.031	11.309	11.272
F12	Cannabinoide	7.015	8.096	8.835
F13	Sedativa/Hypnotika	18.275	18.867	19.100
F14	Kokain	438	520	574
F15	Stimulanzien	3.177	3.314	3.560
F16	*Halluzinogene*	*290*	*303*	*299*
F17	Tabak	354.582	375.602	380.698
F18	*Flüchtige Lösungsmittel*	*171*	*219*	*206*
F19	Polytoxikomanie	22.234	22.457	22.279
F1x	**Gesamt**	**473.649**	**495.892**	**500.802**

Die mit Abstand größte Gruppe (ca. 80 % des Patient:innenkollektivs mit Substanzkonsumstörungen) bilden Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen (ca. 25 %). Unter den illegalen Drogen repräsentieren Patientinnen und Patienten mit Opioid- (ca. 3 %) bzw. Cannabinoidkonsumstörungen (ca. 2 %) die beiden größten Gruppen. Erwähnenswert ist auch der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie (ca. 5 %), wobei unklar bleibt, welche einzelnen Störungsbilder der Diagnose zu Grunde liegen.

3.3.1.2 Regionale Verteilung

Von den beobachteten Patientinnen und Patienten lebt von 2018 bis 2020 jeweils knapp die Hälfte in städtisch geprägten Landkreisen (siehe Tabelle 11). Dies spiegelt die Verteilung der bayerischen Wohnbevölkerung) wider (2019: 46 % in städtischen Kreisen. Besonders hoch ist der Anteil an Patientinnen und Patienten mit städtischem Wohnumfeld im zahlenmäßig kleinen Kollektiv der Patientinnen und Patienten mit Kokainkonsumstörungen. Hier stammen in jedem Beobachtungsjahr etwa 2 von 3 behandelten Personen aus einem städtischen Landkreis. Vergleichsweise niedrig ist der entsprechende Anteil bei Stimulanzienkonsumstörungen, wo jeweils nur etwa eine von 3 behandelten Personen aus städtisch geprägten Landkreisen stammt.

Tabelle 11: Anteil an Personen aus städtischen Landkreisen am Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen

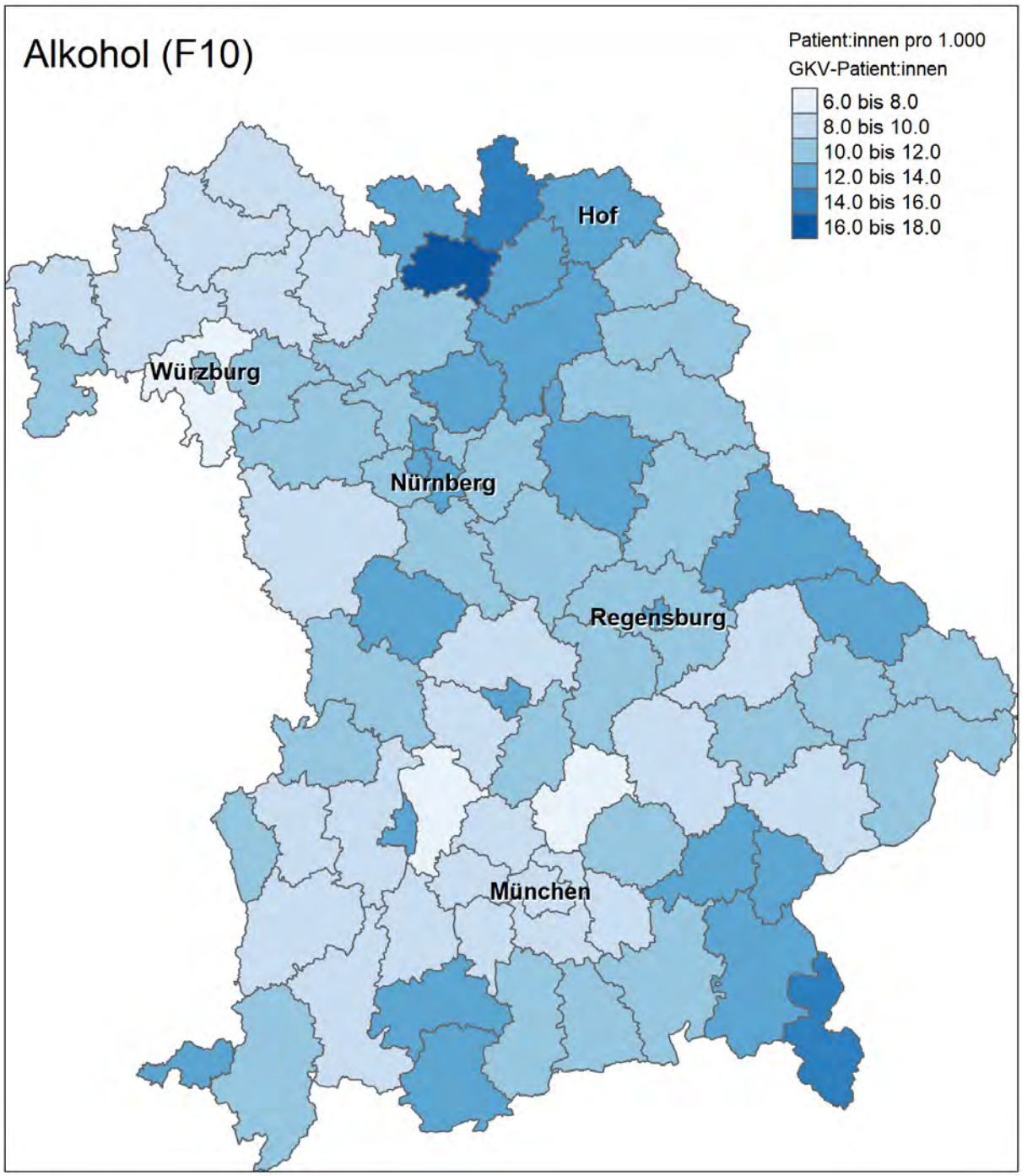
	2018	2019	2020
F10 Alkohol (n)	45,2 % (52.309)	45,1 % (52.820)	44,9 % (52.519)
F11 Opioide (n)	52,7 % (5.810)	52,1 % (5.887)	52,1 % (5.871)
F12 Cannabinoide (n)	52,5 % (3.680)	52,8 % (4.273)	52,3 % (4.625(
F13 Sedativa/Hypnotika (n)	49,0 % (8.949)	48,9 % (9.225)	48,8 % (9.325)
F14 Kokain (n)	*64,8 % (284)*	*67,1 % (349)*	*65,9 % (378)*
F15 Stimulanzien (n)	34,8 % (1.105)	35,6 % (1.179)	34,4 % (1.224)
F17 Tabak (n)	45,3 % (160.549)	45,3 % (170.013)	45,2 % (171.892)
F19 Polytoxikomanie (n)	47,0 % (10.439)	46,8 % (10.514)	46,3 % (10.322)
F1x Gesamt (n)	**46,4 % (243.378)**	**46,6 % (254.569)**	**46,7 % (256.451)**

F1x-Gesamt beinhaltet auch die nicht separat aufgeführten Diagnosen F16 (Halluzinogenkonsumstörungen) und F18 (Störungen durch den Konsum flüchtiger Lösungsmittel)

Eine etwas feiner graduierte Darstellung nach Landkreisebene findet sich für Alkohol-, Opioid-, Cannabinoid- und Stimulanzienkonsumstörungen in den nachfolgenden Abbildungen.

entlang der bayerisch-tschechischen Grenze werden vergleichsweise häufig Opioidkonsumstörungen behandelt

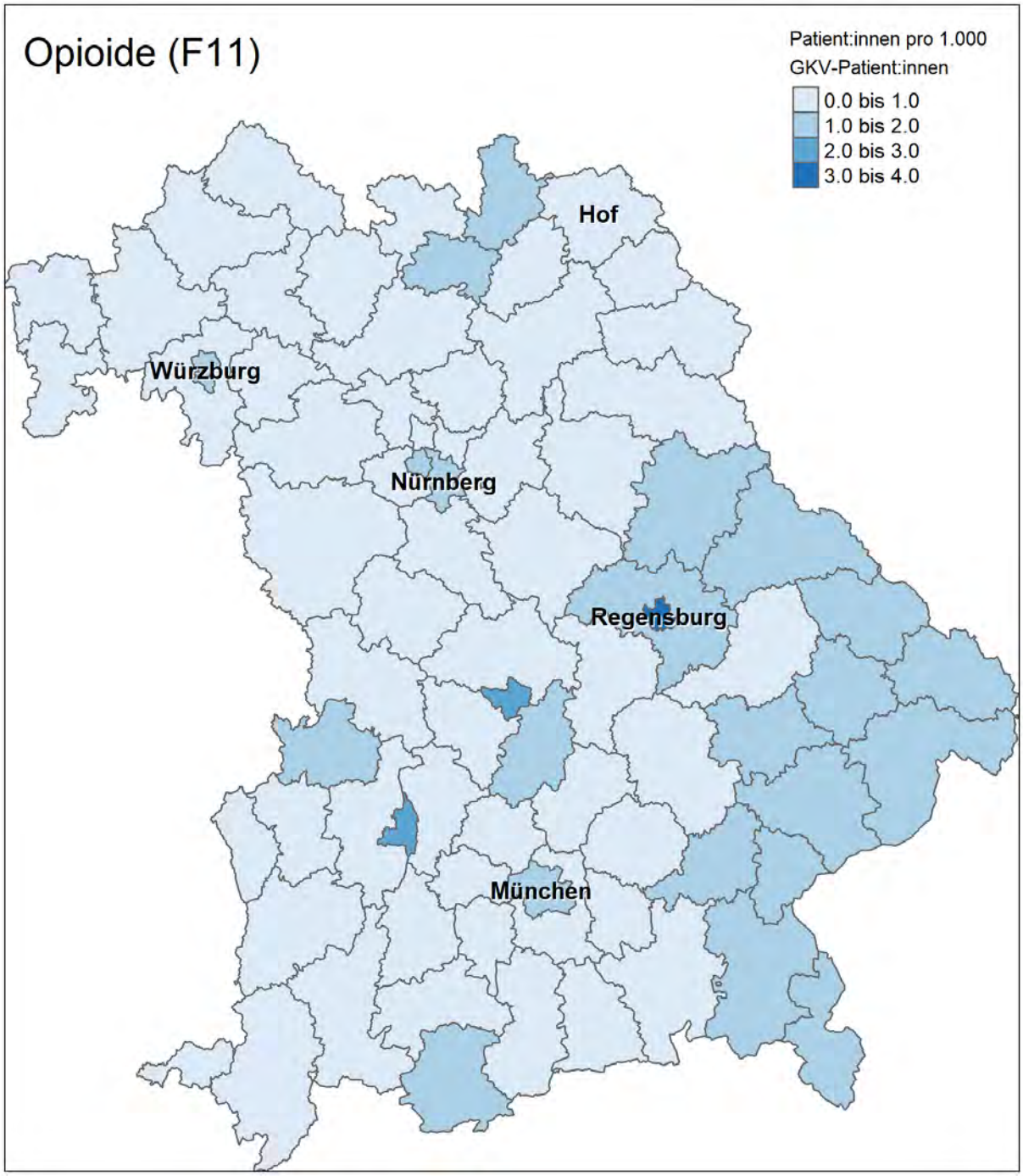
Für Alkoholkonsumstörungen besteht ein gewisser Ost-West-Gradient, wobei die Behandlung von Alkoholkonsumstörungen im bayerischen Osten häufiger erfolgt (siehe Abbildung 4). Die höchsten Behandlungsprävalenzen finden sich im ländlich geprägten Landkreis Lichtenfels, die niedrigsten in den städtisch geprägten Landkreisen Freising und Würzburg, sowie im ländlich geprägten Landkreis Aichach-Friedberg.



Datengrundlage Kartenerstellung: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, Nr. 724/ 16, http://vermessung.bayern.de/file/pdf/7203/Nutzungsbedignungen_Viewing.pdf

Abbildung 4: Personen mit Alkoholkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen

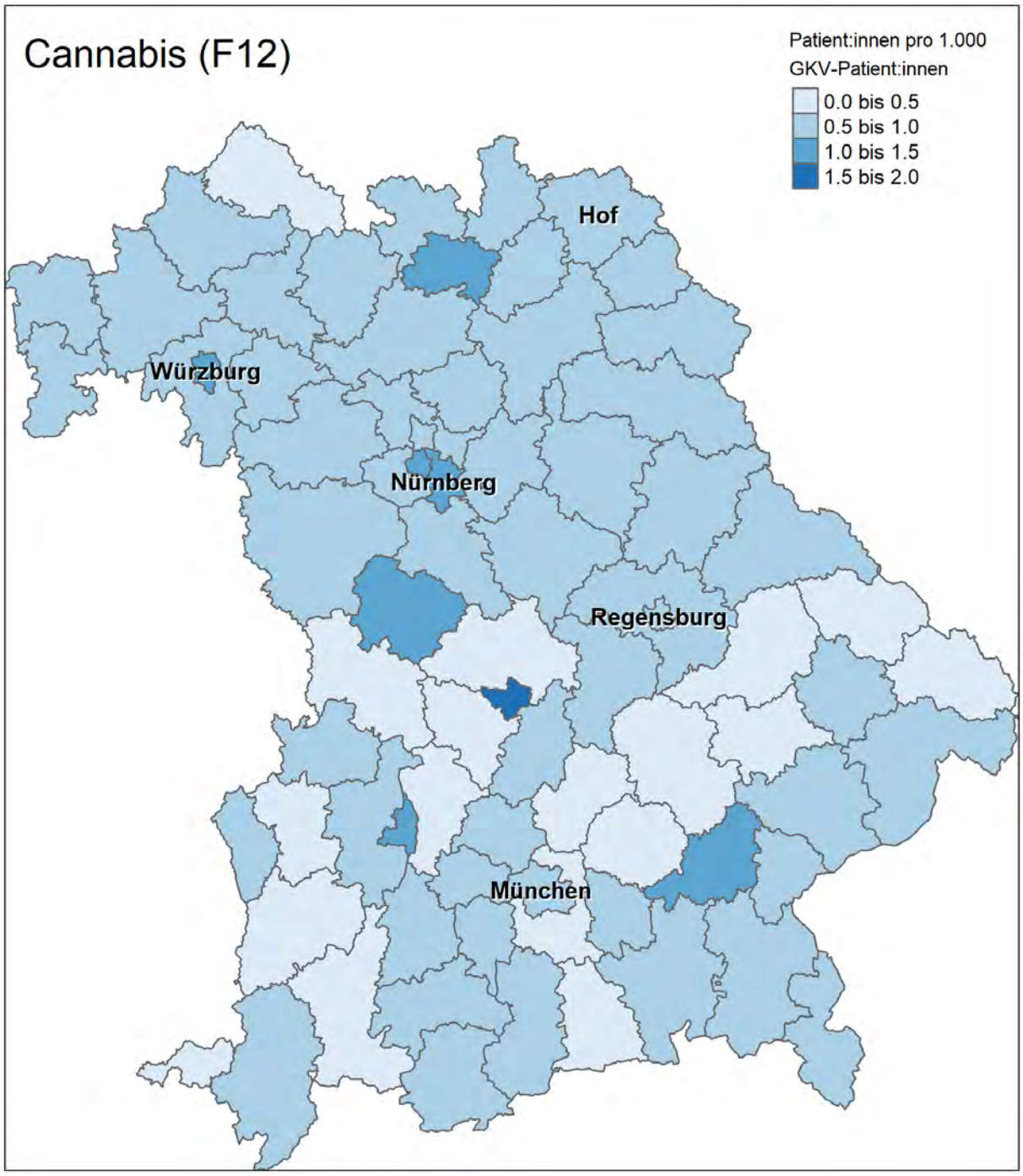
Besonders deutlich lässt sich ein gehäuftes Auftreten im Osten Bayerns bei Opioidkonsumstörungen feststellen, wobei hier insbesondere Landkreise an der bayerisch-tschechischen Grenze verhältnismäßig stark betroffen sind (siehe Abbildung 5). Die höchsten Behandlungsprävalenzen finden sich indes nicht im ländlich geprägten Ostbayern, sondern in den Stadtkreisen Regensburg, Augsburg und Ingolstadt.



Datengrundlage Kartenerstellung: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, Nr. 724/ 16, http://vermessung.bayern.de/file/pdf/7203/Nutzungsbedignungen_Viewing.pdf

Abbildung 5: Personen mit Opioidkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen

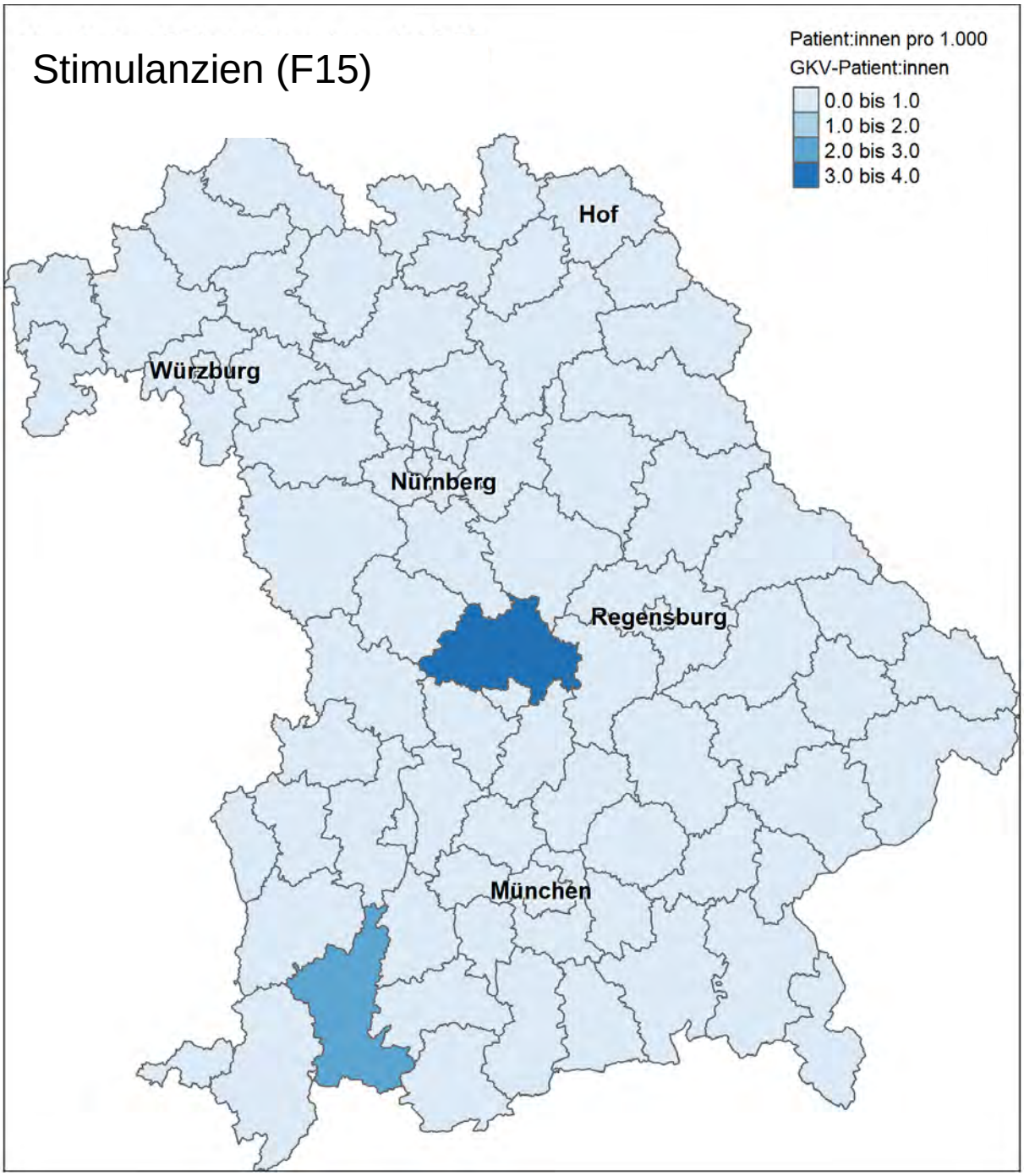
Die Behandlungsprävalenz von Cannabinoidkonsumstörungen folgt keinem geographischen Muster (siehe Abbildung 6). Am höchsten ist sie im Stadtkreis Ingolstadt, gefolgt von den Stadtkreisen Augsburg, Würzburg, Nürnberg und Fürth. Auch in den ländlichen geprägten Landkreisen Mühldorf/Inn und Weißenburg-Gunzenhausen ist die Behandlungsprävalenz vergleichsweise hoch.



Datengrundlage Kartenerstellung: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, Nr. 724/ 16, http://vermessung.bayern.de/file/pdf/7203/Nutzungsbedignungen_Viewing.pdf

Abbildung 6: Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen

Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen werden in ganz Bayern ähnlich selten behandelt (siehe Abbildung 7). Es gibt lediglich 2 Hotspots in den ländlich geprägten Landkreisen Ostallgäu und Eichstätt.



Datengrundlage Kartenerstellung: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, Nr. 724/ 16, http://vermessung.bayern.de/file/pdf/7203/Nutzungsbedignungen_Viewing.pdf

Abbildung 7: Personen mit Stimulanzienkonsumstörungen pro 1.000 GKV-Patient:innen

Angesichts der öffentlichen Diskussion bezüglich einer zunehmenden Stimulanzienproblematik in der bayerisch-tschechischen Grenzregion ist in diesem Zusammenhang aber auch die deutliche Häufung von Polytoxikomanie (siehe Appendix-Tabelle 2) in grenznahen Kreisen zu bedenken. Es ist zu vermuten, dass der multiple Substanzgebrauch hier häufig Stimulanzien beinhaltet.

3.3.2 Demographische Aspekte

3.3.2.1 Geschlechterverhältnis

Quer über alle Störungsbilder werden mehr Männer behandelt als Frauen, wobei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen die einzige Ausnahme in die Gegenrichtung darstellen (siehe Abbildung 8). Dabei unterscheidet sich der Frauenanteil je Substanzkonsumstörung deutlich. Während nur knapp ein Viertel der Behandelten mit Cannabinoidkonsumstörungen weiblich ist (stabil 22 % bis 23 %), trifft dies für Tabakkonsumstörungen auf fast die Hälfte zu (stabil 46 %). Unter den aufgrund von Opioid- bzw. Stimulanzienkonsumstörungen behandelten Patientinnen und Patienten ist etwa jede dritte Person eine Frau (stabil 34 % bzw. 34 % bis 35 %). Für Polytoxikomanie trifft dies auf knapp 3 von 8 Behandelten zu (stabil 37 %).

mehr Männer als Frauen unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

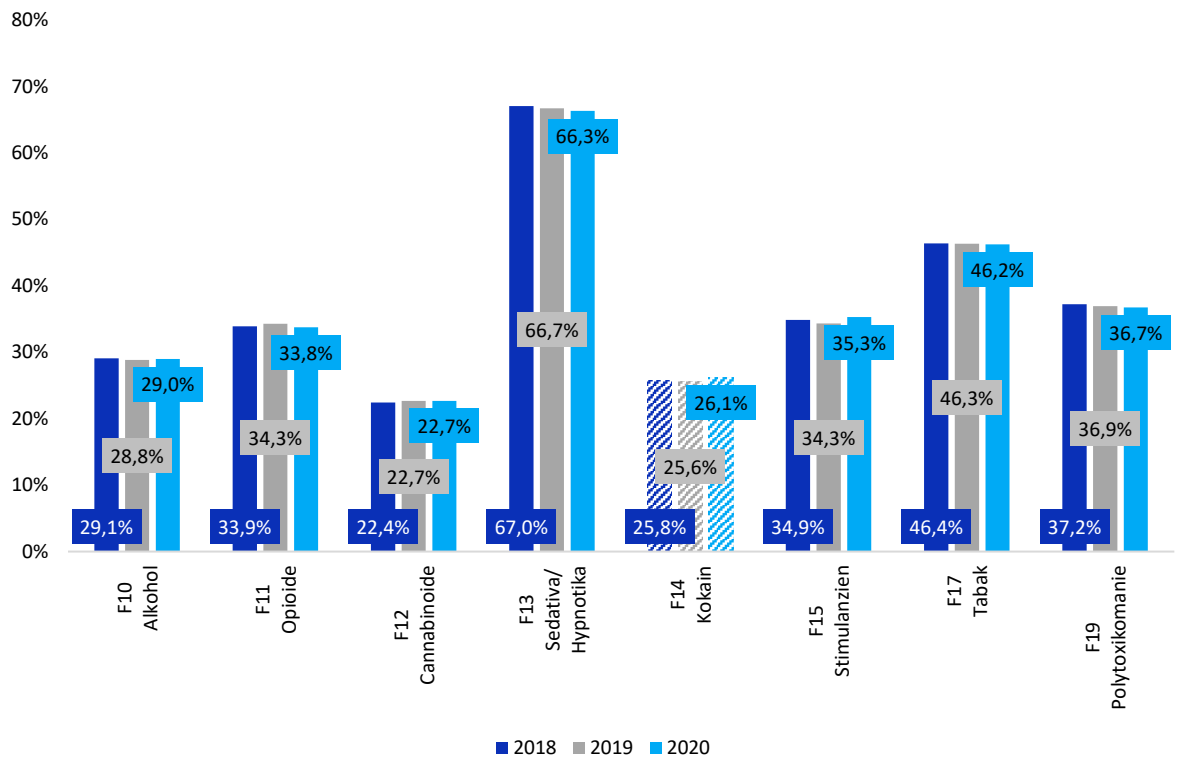


Abbildung 8: Anteil an Frauen im Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen

Im Beobachtungszeitraum bleibt das Männer-Frauen-Verhältnis unverändert.

3.3.2.2 Altersstruktur

a) Gesamtes Patient:innenkollektiv

Die im GKV-System behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen sind im Durchschnitt 55 Jahre alt (siehe Tabelle 12), wobei das mittlere Alter stark zwischen den einzelnen Substanzkonsumstörungen schwankt. Die älteste Gruppe bilden mit durchschnittlich 65 Jahren Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen (Mittelwert: 58 Jahre). Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen sind als einzige Gruppe im Mittel unter 40 Jahre alt (Mittelwert 34 bis 35 Jahre).

Der Altersdurchschnitt bleibt im Beobachtungszeitraum für alle Substanzkonsumstörungen weitgehend stabil.

Tabelle 12: Durchschnittsalter des Patient:innenkollektivs mit Substanzkonsumstörungen

	2018	2019	2020
F10 Alkohol	58,1 (13,4)	58,3 (13,5)	58,7 (13,5)
F11 Opioide	45,9 (13,6)	46,5 (13,7)	47,2 (14,0)
F12 Cannabinoide	34,1 (11,7)	34,2 (11,8)	34,7 (11,9)
F13 Sedativa/Hypnotika	64,6 (16,8)	64,8 (16,8)	65,1 (16,9)
F14 Kokain	*40,1 (14,0)*	*39,1 (13,4)*	*38,9 (12,0)*
F15 Stimulanzien	40,6 (14,6)	40,9 (14,5)	41,3 (14,5)
F17 Tabak	53,8 (14,7)	54,1 (14,7)	54,7 (14,6)
F19 Polytoxikomanie	46,1 (17,0)	46,3 (17,1)	46,9 (17,1)
F1x Gesamt	***54,5 (15,2)***	***54,8 (15,3)***	***55,4 (15,2)***

Alle Zahlen reflektieren Mittelwerte und (Standardabweichungen).
F1x-Gesamt beinhaltet auch die nicht separat aufgeführten Diagnosen F16 (Halluzinogenkonsumstörungen) und F18 (Störungen durch den Konsum flüchtiger Lösungsmittel).

Patientinnen und Patienten mit Störungen durch legale Substanzen im Mittel älter als Patientinnen und Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen

Innerhalb der einzelnen Störungsbilder unterscheidet sich im exemplarisch dargestellten Beobachtungsjahr 2018 die Altersstruktur deutlich (siehe Abbildung 9): Während etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit Sedativa/Hypnotikakonsumstörungen bereits 65 Jahre und älter ist (53 %), trifft dies nur auf eine von 100 behandelten Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen (1 %) zu. Hier sind fast 6 von 10 Behandelten (58 %) jünger als 35 Jahre. Verhältnismäßig hohe Anteile an junger Klientel (< 35 Jahre) finden sich zudem bei Stimulanzienkonsumstörungen (41 %). Demgegenüber sind gut 3 von 4 behandelten Personen mit Alkoholkonsumstörungen (77 %) bereits 50 Jahre und älter, knapp eine von 3 ist bereits 65 Jahre und älter (31 %).

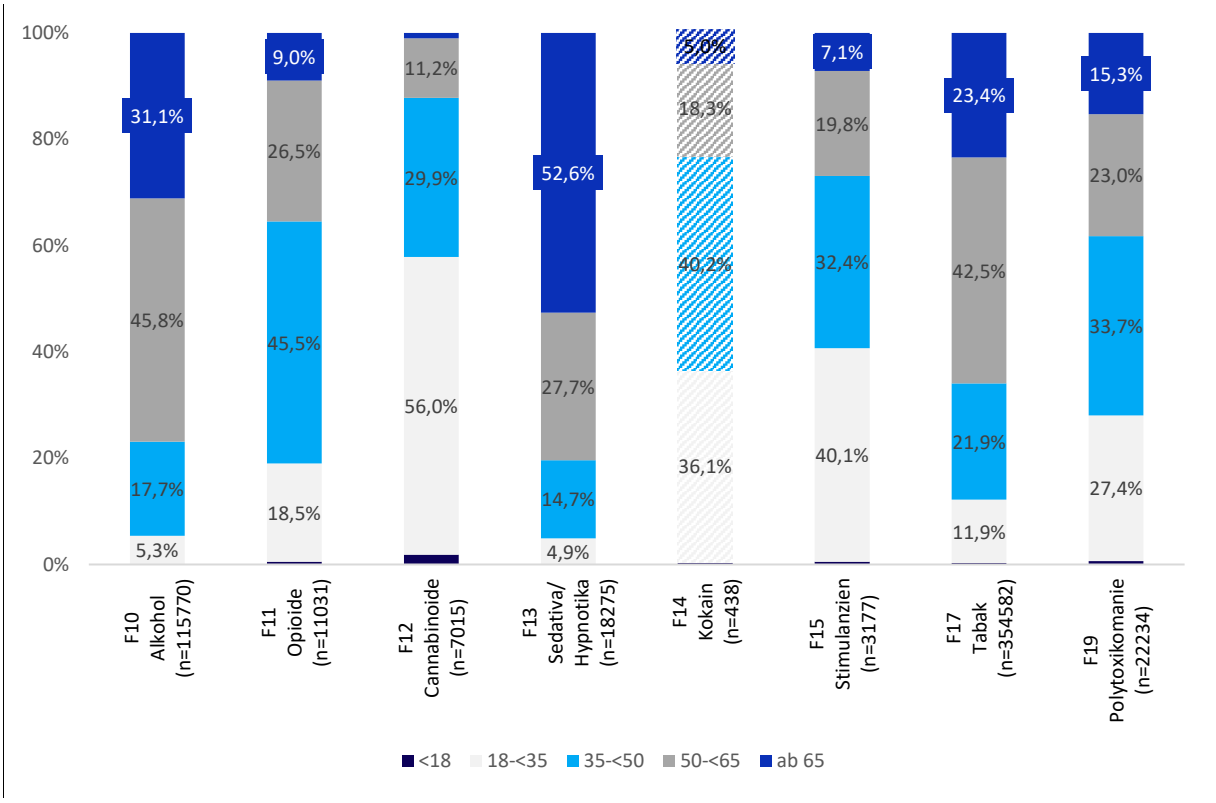


Abbildung 9: Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018

bei vielen Substanzkonsumstörungen steigemder der Anteil an ältere Patientinnen und Patienten

Von 2018 bis 2020 verschiebt sich die Altersstruktur von Patientinnen und Patienten mit Alkohol- bzw. Tabakkonsumstörungen von jüngeren hin zu älteren Gruppen (siehe Appendix-Tabelle 8). Auch in der Klientel mit Opioidkonsumstörungen erfolgt eine Verlagerung aus der Altersgruppe der unter 35-Jährigen in die beiden ältesten Gruppen. Bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzien- bzw. Cannabinoidkonsumstörungen kommt es zu einer entsprechenden Verlagerung in die Altersgruppe der 35- bis < 50-Jährigen.

b) Frauen und Männern mit Substanzkonsumstörungen

Das Durchschnittsalter unterscheidet sich zwischen behandelten Männern und Frauen bei fast allen Substanzkonsumstörungen signifikant (siehe Abbildung 10). Lediglich Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen sind im Mittel gleich alt. Sonst sind Patientinnen im Durchschnitt älter als Patienten (alle p-Werte < 5 %). Als einzige Ausnahme in die Gegenrichtung sind Männer mit Tabakkonsumstörungen im Mittel älter als ihre weiblichen Pendants (p-Wert < 5 %). Weder bei Patientinnen noch bei Patienten kommt es zwischen 2018 und 2020 innerhalb einer Substanzkonsumstörung zu einer systematischen Veränderung des Durchschnittsalters.

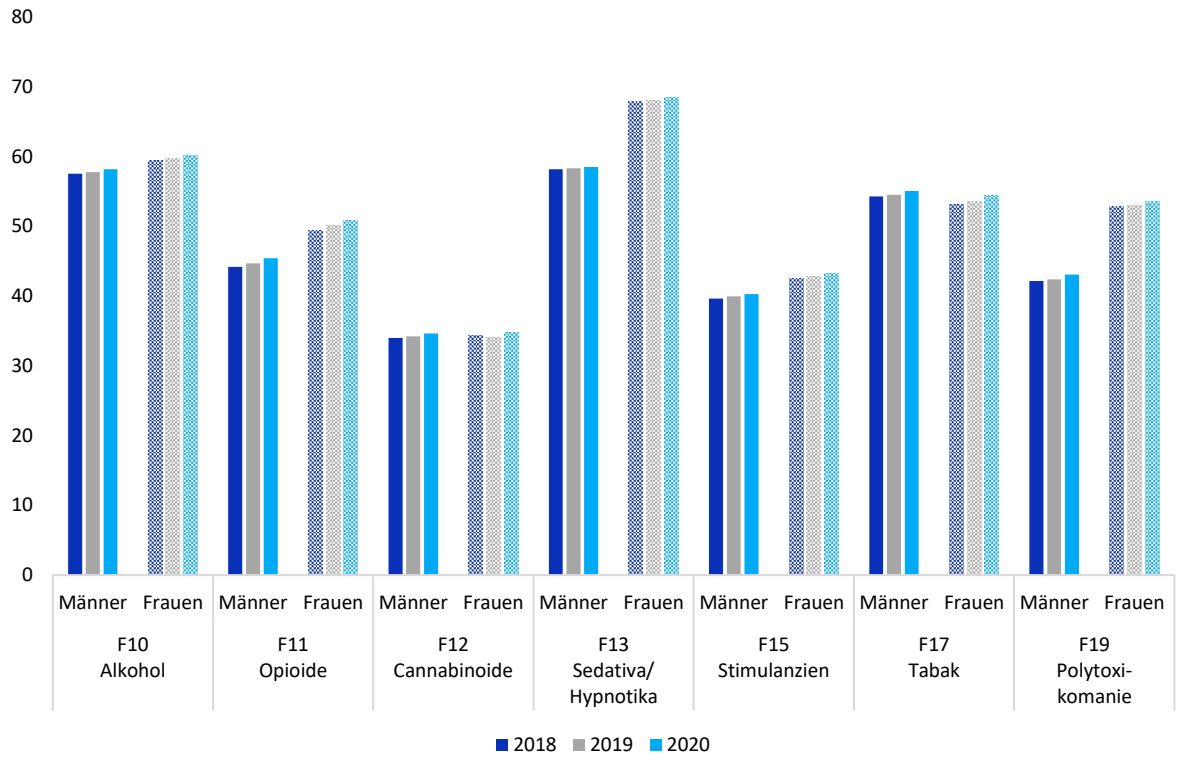


Abbildung 10: Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Zudem finden sich 2018 bei fast allen Substanzkonsumstörungen anteilsmäßig mehr Patientinnen als Patienten in der Altersgruppe 65+ (Ausnahmen: vergleichbarer Anteil für Cannabinoid- und Tabakkonsumstörungen; siehe Appendix-Abbildung 3). Zugleich sind unter männlichen Behandelten die Altersgruppen der 18- bis < 35-Jährigen sowie der 35- bis < 50-Jährigen jeweils stärker vertreten als unter weiblichen. Die einzige Ausnahme bilden Tabakkonsumstörungen, bei denen es in der Altersgruppe 18 bis < 35 Jahre anteilsmäßig mehr Patientinnen als Patienten bzw. in der Altersgruppe 35 bis < 50 Jahre ähnlich viele Patientinnen wie Patienten gibt.

Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen meist älter als Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Im Zeitverlauf zeigen sich bei Männern und Frauen weitgehend vergleichbare Trends (siehe Appendix-Tabelle 9): Bei Tabak- oder Alkoholkonsumstörungen gewinnt die Altersgruppe 65+ anteilsmäßig an Bedeutung. Im Bereich der Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen gibt es kein einheitliches Muster: Während Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen bei rückläufiger Bedeutung der Altersgruppe 18- bis < 35 Jahre anteilsmäßige Zuwächse in den beiden ältesten Altersgruppen verzeichnen, kommt es bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen zu einer Verlagerung aus der Altersgruppe der 18- bis < 35-Jährigen in die nächsthöhere (Frauen) bzw. die beiden nächsthöheren (Männer) Altersgruppen. In der

Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen verliert die Altersgruppe der 18- bis <35-Jährigen anteilsmäßig an Bedeutung, während die Altersgruppe der 35- bis < 50-Jährigen anteilsmäßig wächst. Hier zeigt sich zudem bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ein gegenläufiges Bild: Bei den Frauen steigt der Anteil der Behandelten aus dieser Altersgruppe an, bei den Männern sinkt er.

c) Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in Stadt und Land

Patientinnen und Patienten mit Alkohol-, Opioid- oder Tabakkonsumstörungen, die in städtischen Kreisen leben, haben ein ähnliches Durchschnittsalter wie ihre in ländlichen Kreisen lebenden Pendants (siehe Abbildung 11). Im Mittel älter als in der Stadt sind auf dem Land Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen (65 vs. 64 Jahre; p-Wert < 0.05) oder Stimulanzienkonsumstörungen (41 vs. 40 Jahre; p-Wert < 0.05). In der Stadt weist demgegenüber die Klientel mit Cannabinoidkonsumstörungen (35 vs. 34 Jahre; p-Wert < 0.05) bzw. Polytoxikomanie (47 vs. 46 Jahre; p-Wert < 0.05) ein höheres Durchschnittsalter auf als auf dem Land. Dies gilt für alle Beobachtungsjahre und es ergeben sich innerhalb der betrachteten Gruppen keine wesentlichen Veränderungen im Durchschnittsalter.

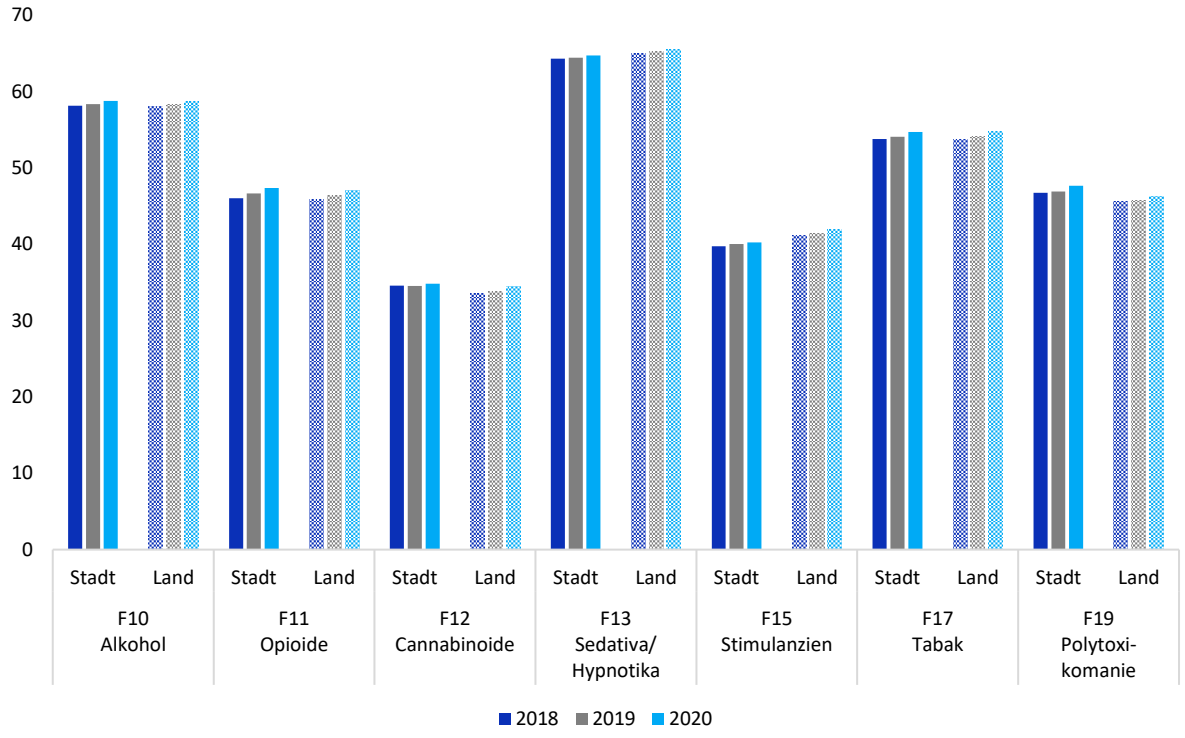


Abbildung 11: Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land

In der Altersstruktur gibt es gewisse Stadt-Land-Unterschiede, wobei sich hier keine eindeutigen Muster ableiten lassen (siehe Appendix-Abbildung 4). So spielt die Altersgruppe ab 65 Jahren bei Alkohol- und Tabakkonsumstörungen z. B. in der Stadt eine größere Rolle, bei Opioidkonsumstörungen hingegen auf dem Land. Die Altersgruppe der 18- bis < 35-Jährigen ist bei Opioid- und Cannabinoidkonsumstörungen sowie bei Polytoxikomanie auf dem Land ebenfalls stärker vertreten als in der Stadt, bei Tabakkonsumstörungen ist es umgekehrt.

keine klar gerichteten Stadt-Land-Unterschiede in Bezug auf das Alter der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

In der Stadt wie auch auf dem Land kommt es von 2018 bis 2020 unter Patientinnen und Patienten mit Alkohol- oder Tabakkonsumstörungen zu einem anteilsmäßigen Zuwachs in der Altersgruppe ab 65 Jahren, der mit einem Rückgang an Behandelten in der Altersgruppe 35- bis < 50 Jahre (bzw. bei Tabakkonsumstörungen zusätzlich in der Altersgruppe 18 bis < 35 Jahre) einhergeht (siehe Appendix-Tabelle 10). Im Bereich der Stimulanzienkonsumstörungen ist jeweils eine Verschiebung aus der Altersgruppe 18- bis < 35 Jahre in die nächsthöhere Altersgruppe zu beobachten. Zudem ist die Zunahme an älteren Patientinnen und Patienten (ab 50 Jahren) mit Opioidkonsumstörungen in der Stadt stärker ausgeprägt als auf dem Land, wobei der Rückgang an Patientinnen und Patienten aus der Altersgruppe 18- bis < 35 Jahre ein ähnliches Ausmaß hat. Ein systematischer Unterschied besteht dahingehend, dass sich auf dem Land unter Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen eine Verlagerung in die Altersgruppen ab 35 Jahren beobachten lässt, wohingegen die Altersstruktur in der Stadt stabil bleibt.

3.3.3 Komorbiditätsspektrum

3.3.3.1 Komorbider Substanzkonsum

Komorbider Substanzkonsum ist 2018 unter Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen weniger weit verbreitet als unter Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (siehe Tabelle 13). Hierbei ist der missbräuchliche bzw. abhängige Beikonsum der legalen Substanzen Alkohol [Range: 10 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 40 % (Kokainkonsumstörungen)], Tabak [Range: 19 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen bis 43 % (bei Stimulanzienkonsumstörungen)] und Sedativa/Hypnotika [Range: 1 % (bei Tabakkonsumstörung) bis 17 % (bei Opioid- bzw. Kokainkonsumstörungen)] am häufigsten dokumentiert. Die vergleichsweise hohe substanzbezogene Komorbiditätslast unter Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie lässt sich nicht zuverlässig bewerten. Es ist wahrscheinlich, dass hier bis zu einem gewissen Grad keine begleitenden Störungen, sondern die die Polytoxikomanie begründenden Substanzen dokumentiert wurden.

Tabelle 13: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen im Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018

Index-störung	Komorbider Substanzkonsum									
	F10 n=165.835	**F11** n=23.942	**F12** n=16.339	**F13** n=30.935	**F14** n=1.562	**F15** n=8.471	**F16** n=835	**F17** n=407.527	**F18** n=336	**F19** n=46.077
F10 n=115.770		2,2 %	2,2 %	3,0 %	0,2 %	0,8 %	0,1 %	31,7 %	0,0 %	5,7 %
F11 n=11.031	23,0 %		7,7 %	16,9 %	1,5 %	4,4 %	0,3 %	26,1 %	0,1 %	47,2 %
F12 n=7.015	32,9 %	10,1 %		7,1 %	2,4 %	12,6 %	1,5 %	31,3 %	0,1 %	28,7 %
F13 n=18.275	17,9 %	8,9 %	2,7 %		0,4 %	1,5 %	0,2 %	19,1 %	0,1 %	16,0 %
F14 *n=438*	*40,0 %*	*29,0 %*	*35,2 %*	*17,1 %*		*19,9 %*	*3,7 %*	*32,0 %*	*0,5 %*	*45,7 %*
F15 n=3.177	26,6 %	12,5 %	27,1 %	8,2 %	2,9 %		1,8 %	43,3 %	0,2 %	31,9 %
F17 n=354.582	9,8 %	0,7 %	0,6 %	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %		0,0 %	1,6 %
F19 n=22.234	27,3 %	22,3 %	9,4 %	13,9 %	1,1 %	5,2 %	0,6 %	27,2 %	0,1 %	

F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F16 = Halluzinogene, F17 = Tabak, F18 = Flüchtige Lösungsmittel, F19 = Polytoxikomanie
Bei der Interpretation der Tabelle ist zu bedenken, dass die für F19 (Polytoxikomanie) dokumentierten Substanzbezogenen Komorbiditäten auch die Diagnosen repräsentieren könnten, die letzten Endes die Diagnose Polytoxikomanie begründet haben.

Bei Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen, betrifft komorbider Substanzkonsum nahezu ausschließlich andere legale Substanzen. Eine Ausnahme bildet der eher häufige missbräuchliche bzw. abhängige Beikonsum von Opioiden bei Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen (9 %).

Tabak und Alkohol als Hauptquellen substanzbezogener Komorbidität; unter illegalen Substanzen ist es Cannabinoide

Bei Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen werden insbesondere unter Personen mit Stimulanzienkonsumstörungen auch begleitende Störungen durch den Konsum weiterer illegaler Substanzen dokumentiert: Etwa ein Viertel hat komorbide Cannabinoid- (27 %) und etwa ein Achtel komorbide Opioidkonsumstörungen (13 %). Bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen spielen komorbide Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen, abgesehen von begleitenden Cannabinoidkonsumstörungen (8 %) keine nennenswerte Rolle. Jedoch sind begleitende Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen häufig (17 %). Auch bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen findet sich eher selten ein missbräuchlicher bzw. abhängiger Beikonsum weiterer illegaler Substanzen. Ausnahmen bilden Opioide und Stimulanzien, die bei einem Zehntel (10 %) bzw. einem Achtel (13 %) der Behandelten zu einer komorbiden Substanzkonsumstörung führen.

Diese Befunde gelten auch für die übrigen Beobachtungsjahre (siehe Appendix-Tabelle 11). Im Zeitraum von 2018 bis 2020 hat sich die Komorbiditätslast durch den Beikonsum weiterer psychotroper Substanzen in den verschiedenen Störungsgruppen kaum verändert. Erwähnenswert sind allenfalls der leichte Anstieg des missbräuchlichen bzw. abhängigen Beikonsums von Alkohol und Cannabinoiden unter Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen sowie der Bedeutungsgewinn begleitender Stimulanzienkonsumstörungen unter Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen. Zudem werden bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen immer häufiger begleitende Cannabinoidkonsumstörungen und bei Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen immer seltener begleitende Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen diagnostiziert. Zudem ist ein Rückgang der Begleitdiagnose Polytoxikomanie bei Patientinnen und Patienten mit Opioid- oder Cannabinoidkonsumstörungen zu verzeichnen.

Tabelle 14: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018

Index-störung	Komorbide Substanzkonsumstörung													
	F10 Alkohol		F11 Opioide		F12 Canna-binoide		F13 Sedativa/ Hypnotika		F15 Stimulan-zien		F17 Tabak		F19 Polytoxi-komanie	
	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau
F10			2,2	2,1	2,6	1,4	2,2	5,0	0,9	0,7	32,9	28,9	5,7	5,6
F11	25,2	18,6			9,2	4,6	16,0	18,7	4,9	3,4	25,7	26,9	50,5	40,7
F12	34,4	27,0	10,3	9,4			6,8	8,0	12,6	12,5	30,8	32,8	29,6	25,1
F13	27,9	13,0	16,3	5,2	6,1	1,0			3,0	0,8	24,3	16,5	24,5	11,9
F15	30,9	18,4	14,4	8,9	32,3	17,2	8,7	7,4			38,7	52,0	36,5	23,1
F17	13,5	5,5	0,9	0,6	0,9	0,3	0,8	1,1	0,4	0,4			2,0	1,2
F19	30,9	21,3	25,0	17,7	12,3	4,7	11,7	17,6	6,1	3,7	28,1	25,6		

F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Alle Angaben in Prozent;
Hellgrau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau, fett-kursiv gedruckte Werte signifikant zum 5 % Niveau.

substanzbezogene Komorbidität bei Männern mit Substanzkonsumstörungen häufiger diagnostiziert als bei Frauen mit Substanzkonsumstörungen

Komorbider Substanzkonsum wird bei Männern regelhaft häufiger diagnostiziert als bei Frauen (siehe Tabelle 14). Eine Ausnahme besteht lediglich bezüglich begleitender Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, die jeweils häufiger bei Frauen zu finden sind.

Zusätzlich bestehen systematische Unterschiede im substanzbezogenen Komorbiditätsprofil der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land (siehe

Tabelle 15): So sind komorbide Opioidkonsumstörungen im Fall der Signifikanz bei Patientinnen und Patienten aus der Stadt häufiger als bei Patientinnen und Patienten vom Land. Bezüglich komorbider Stimulanzienkonsumstörungen ist es umgekehrt. Für begleitende Cannabinoidkonsumstörungen ergibt sich ebenso wie für komorbide Tabak- und Alkoholkonsumstörungen kein einheitliches Bild.

Tabelle 15: Diagnostizierte komorbide Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018

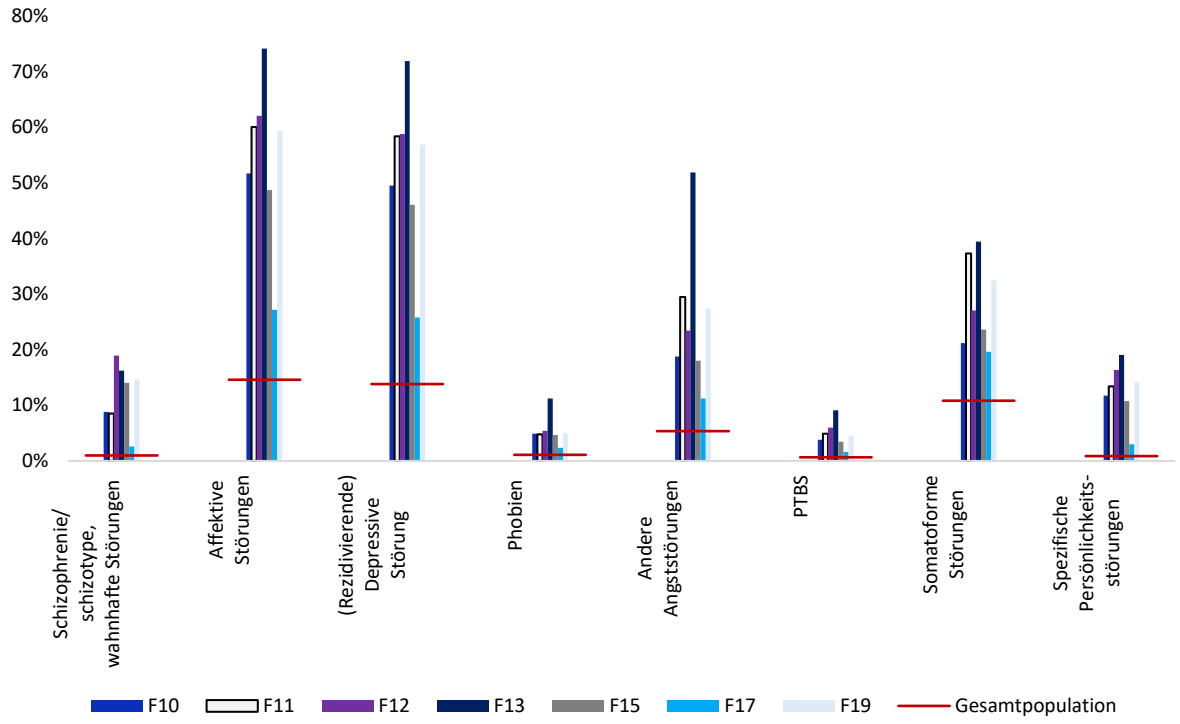
Index-störung	Komorbide Substanzkonsumstörung													
	F10 Alkohol		F11 Opioide		F12 Canna-binoide		F13 Sedativa/ Hypnotika		F15 Stimulan-zien		F17 Tabak		F19 Polytoxi-komanie	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
F10			2,6	1,8	2,5	2,0	3,5	2,7	0,7	0,9	***31,7***	***31,7***	6,1	5,3
F11	24,0	21,3			***7,4***	***7,9***	17,7	16,1	3,8	5,0	***27,1***	***25,0***	46,7	47,7
F12	31,2	34,8	9,6	10,7			7,5	6,7	9,2	16,5	31,3	31,4	25,8	31,8
F13	18,7	17,2	9,8	7,9	***2,9***	***2,4***			1,5	1,6	20,0	18,2	16,9	15,2
F15	30,0	24,8	16,4	10,4	***29,8***	***25,6***	11,3	6,6			38,9	45,7	36,1	29,6
F17	9,8	9,8	0,9	0,6	0,7	0,5	1,1	0,8	0,3	0,5			1,7	1,5
F19	27,8	26,9	24,2	20,6	9,5	9,4	15,0	12,9	4,3	6,0	***27,8***	***26,6***		

F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Alle Angaben in Prozent.
Hellgrau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau, fett-kursiv gedruckte Werte signifikant zum 5 % Niveau.

3.3.3.2 Psychische Komorbidität

Da sich die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen teilweise deutlich von der Altersstruktur des gesamten GKV-versicherten Patient:innenkollektivs in Bayern unterscheidet, wird für den Bericht des psychischen Komorbiditätsprofils auf altersstandardisierte Prävalenzschätzer zurückgegriffen. Eine Gegenüberstellung der rohen Prävalenzen mit den auf das gesamte GKV-versicherte Patient:innenkollektiv standardisierten Werte findet sich in Appendix-Tabelle 12. Zudem ist zu bedenken, dass Personen mit Suchtdiagnose per Definition (M2Q) in mindestens zwei Quartalen eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben müssen. Da für die Dokumentation der Komorbiditäten eine einmalige Diagnose (M1Q) ausreichend war, dürften Teile der Vergleichspopulation nur einmal im Jahresverlauf ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch genommen haben. Die Population mit Substanzkonsumstörungen reflektiert somit eine grundsätzlich morbidere Gruppe (mind. 2 Kontakte mit dem Versorgungssystem) als die Vergleichspopulation (ggf. nur 1 Kontakt mit dem Versorgungssystem), weswegen Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit verschiedener Begleiterkrankungen tendenziell überschätzt werden.

Unter allen behandelten bayerischen Patientinnen und Patienten werden 2018 bei 1 % schizotype Störungen, bei 15 % affektive Störungen (ICD10-Code F30-F39), bei 14 % depressive Störungen als Spezialfall affektiver Störungen (ICD10-Code F32), bei 1 % Phobien, bei 5 % andere Angststörungen, bei 1 % posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), bei 11 % somatoforme Störungen und bei 1 % spezifische Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Damit ist der altersadjustierte Anteil an Patientinnen und Patienten mit diesen Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen jeweils deutlich höher als im gesamten Patient:innenkollektiv (siehe Abbildung 12). Dieser Befund gilt auch für die übrigen Beobachtungsjahre (siehe Appendix-Tabelle 13).



F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.

Abbildung 12: Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörungen und im gesamten Patient:innenkollektiv im Jahr 2018

Für die unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen reicht die Spannweite der altersstandardisierten Prävalenz der einzelnen psychischen Begleiterkrankungen 2018 von 3 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 19 % (bei Cannabinoidkonsumstörungen) bezüglich schizotyper Störungen, von 27 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 74 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich affektiver Störungen, von 26 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 72 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich depressiver Störungen als Speziallfall der affektiven

Störungen, von 2 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 11 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich Phobien, von 11 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 52 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich anderer Angststörungen, von 2 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 9 % (bei Sedativ-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich PTBS, von 20 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 39 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich somatoformer Störungen sowie von 3 % (bei Tabakkonsumstörungen) bis 19 % (bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen) bezüglich spezifischer Persönlichkeitsstörungen.

Insgesamt bilden Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen somit 2018 die Gruppe mit der anteilsmäßig geringsten psychischen Komorbiditätslast, an zweiter Stelle stehen Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen. Besonders weitverbreitet sind psychische Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen aber auch unter Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen.

PTBS zunehmend als Begleitdiagnose bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Dieser Befund gilt auch für die übrigen Beobachtungsjahre (siehe Appendix-Tabelle 13). Insgesamt lässt sich für alle Substanzkonsumstörungen von 2018 bis 2020 ein Bedeutungsgewinn komorbider PTBS beobachten, im gesamten Patient:innenkollektiv nimmt indes nur die Prävalenz anderer Angststörungen zu. Letzteres gilt auch bei Patientinnen und Patienten mit Alkohol-, Stimulanzien- oder Tabakkonsumstörungen, wobei hier der Anstieg stärker ausgeprägt ist als im gesamten Patient:innenkollektiv. Zudem sinkt die Prävalenz komorbider spezifischer Persönlichkeitsstörungen bei Opioid-, Cannabinoid- und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen sowie bei Polytoxikomanie. Gleiches gilt für die Begleitdiagnose Schizophrenie/schizotype, wahnhafte Störungen bei Opioid-, Cannabinoid-, Sedativa-/Hypnotika- und Stimulanzienkonsumstörungen. Weitere Trends sind auf spezifische Störungen begrenzt: So findet sich bei Patientinnen und Patienten Cannabinoidkonsumstörungen immer seltener die Begleitdiagnose somatoforme Störungen und bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen immer seltener die Begleitdiagnose Phobien.

psychische Komorbiditäten bei Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen häufiger diagnostiziert als bei Patienten mit Sustanzkonsumstörungen

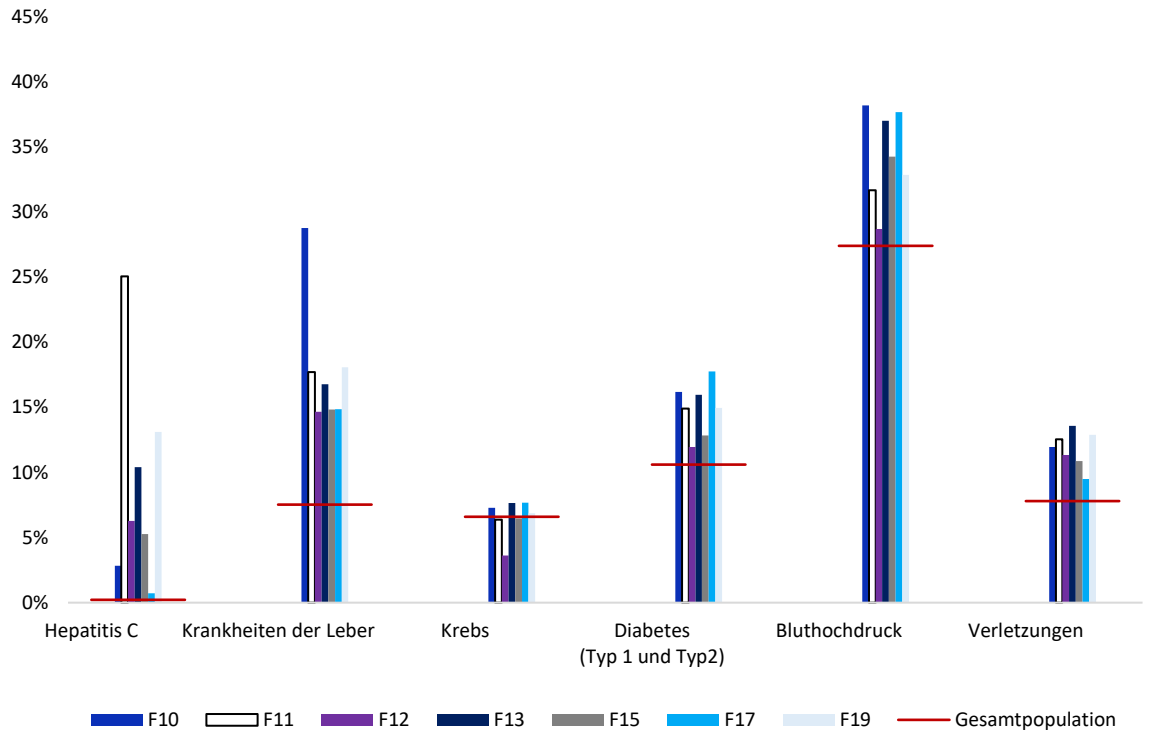
Einzelne psychische Komorbiditäten werden im Fall der Signifikanz bei Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen häufiger diagnostiziert als bei Patienten (siehe Appendix-Tabelle 14). Lediglich die Begleitdiagnose Schizophrenie/schizotype, wahnhafte Störungen ist bei Männern grundsätzlich weiter verbreitet (Ausnahme in die Gegenrichtung bei Alkoholkonsumstörungen). Zudem betreffen als störungsspezifische Ausnahme bei Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen Phobien und spezifische Persönlichkeitsstörungen häufiger Männer. Die klinische Relevanz der beobachteten Unterschiede bleibt offen.

Während Schizophrenie/schizotype, wahnhafte Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Fall der Signifikanz häufiger auf dem Land diagnostiziert werden als in der Stadt, ist es bei den anderen psychischen Komorbiditäten umgekehrt (siehe Appendix-Tabelle 15). Als Ausnahme in die Gegenrichtung werden somatoforme Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen häufiger auf dem Land diagnostiziert. Bei der Interpretation dieser Unterschiede ist die teilweise unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur der auf dem Land und in der Stadt behandelten Patientinnen und Patienten zu bedenken. Die klinische Relevanz der beobachteten Unterschiede bleibt offen.

3.3.3.3 Ausgewählte somatische Komorbiditäten

Da sich die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen teilweise deutlich von der Altersstruktur des gesamten GKV-versicherten Patient:innenkollektivs in Bayern unterscheidet, wird für den Bericht des somatischen Komorbiditätsprofils auf altersstandardisierte Prävalenzschätzungen zurückgegriffen. Eine Gegenüberstellung der rohen Prävalenzen mit den auf das gesamte GKV-versicherte Patient:innenkollektiv standardisierten Werte findet sich als Appendix-Tabelle 16. Zudem ist zu bedenken, dass Personen mit Suchtdiagnose per Definition (M2Q) in mindestens zwei Quartalen eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben müssen. Da für die Dokumentation der Komorbiditäten eine einmalige Diagnose (M1Q) ausreichend war, dürften Teile der Vergleichspopulation nur einmal im Jahresverlauf ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch genommen haben. Die Population mit Substanzkonsumstörungen reflektiert somit eine grundsätzlich morbidere Gruppe (mind. 2 Kontakte mit dem Versorgungssystem) als die Vergleichspopulation (ggf. nur 1 Kontakt mit dem Versorgungssystem), weswegen Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit verschiedener Begleiterkrankungen tendenziell überschätzt werden.

Im bayernweit behandelten Patient:innenkollektiv beläuft sich die Prävalenz von Hepatitis B bzw. Hepatitis C (HBV & HCV) sowie von HIV/Aids auf < 1 %, die von Krebs auf 7 %, die von Verletzungen bzw. von Krankheiten der Leber auf 8 %, die von Diabetes auf 11 % (davon 10 % Diabetes mellitus Typ II) und die von arterieller Hypertonie auf 27 %. Damit werden die meisten dieser Diagnosen in der Klientel mit Substanzkonsumstörungen 2018 deutlich häufiger gestellt als im Patient:innenkollektiv insgesamt (siehe Abbildung 13). Eine Ausnahme bildet die Indikation Krebs, die bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörung seltener dokumentiert ist als in der Gesamtheit der bayerischen Patientinnen und Patienten, bei Patientinnen und Patienten mit anderen Substanzkonsumstörungen in ähnlicher Häufigkeit.



F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.

Abbildung 13: Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz somatischer Begleiterkrankungen unter Personen mit Substanzkonsumstörungen und im gesamten Patient:innenkollektiv 2018

Somatische Komorbiditäten bei Personen mit Substanzkonsumstörungen häufiger diagnostiziert als im gesamten Patient:innenkollektiv

Zudem zeigen sich störungsspezifische Muster: Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörung (25 %) bzw. ein Achtel der Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie (13 %) hat HCV und etwa 3 von 10 Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen (29 %) haben diagnostizierte Lebererkrankungen.

Eine differenziertere Betrachtung ausgewählter, in die einzelnen Komorbiditätsgruppen eingehender Einzeldiagnosen offenbart eine signifikante Häufung der Diagnosen Leber- bzw. Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie alkoholischer bzw. toxischer Lebererkrankungen unter Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen bzw. von Lungenkrebs unter Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen. Zudem werden neben HCV, auch HIV/Aids und HBV bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen bzw. Polytoxikomanie häufiger diagnostiziert als bei Patientinnen und Patienten mit anderen Substanzkonsumstörungen. Diese Befunde gelten auch für die übrigen Beobachtungsjahre (siehe Appendix-Tabelle 17).

Im Zeitverlauf von 2018 bis 2020 zeigt sich auf Ebene des gesamten GKV-versicherten Patient:innenkollektivs ein Rückgang an Verletzungen, der sich auch in meist stärkerem Ausmaß bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen findet. Sonst ergeben sich, abgesehen von einer rückläufigen HCV-Prävalenz bei den meisten Substanzkonsumstörungen, nur vereinzelt Trends: Bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen wird immer seltener Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert, bei Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie sind es Krankheiten der Leber.

Hinsichtlich der Diagnose ausgewählter somatischer Komorbiditäten zeigen sich keine klaren geschlechterspezifischen Muster (siehe Appendix-Tabelle 18). Die einzigen Ausnahmen bilden Krankheiten der Leber und HCV, die im Fall der Signifikanz bei Männern häufiger diagnostiziert werden als bei Frauen. Ansonsten ist das Bild – auch innerhalb einzelner Substanzkonsumstörungen – gemischt, sodass teilweise Patientinnen und teilweise Patienten häufiger betroffen sind.

Zudem ergeben sich nur wenige systematische Stadt-Land-Unterschiede (siehe Appendix-Tabelle 19). Hypertonie wird störungsübergreifend auf dem Land häufiger als Komorbidität dokumentiert, für HCV gilt dies in der Stadt. Ansonsten finden sich nur noch vereinzelte Unterschiede. So wird Diabetes mellitus Typ 2 bei Patientinnen und Patienten mit Alkohol- oder Opioidkonsumstörungen auf dem Land häufiger als Komorbidität erfasst als in der Stadt. Gleiches gilt für Krankheiten der Leber bei Patientinnen und Patienten mit Alkohol- oder Tabakkonsumstörungen sowie für Krebs bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen. Zudem werden Verletzungen bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen oder Tabakkonsumstörungen auf dem Land häufiger diagnostiziert. Bei der Interpretation dieser Unterschiede ist die teilweise unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur der auf dem Land und in der Stadt behandelten Patientinnen und Patienten zu bedenken. Die klinische Relevanz der beobachteten Unterschiede bleibt offen.

kaum geschlechter- bzw. Stadt-Land-spezifische Muster hinsichtlich der Prävalenz somatischer Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

3.3.4 Sensitivitätsanalyse in der M1Q-Population

Im Rahmen der Sensitivitätsanalyse wurden in den einzelnen Jahren 695.793 (2018), 722.315 (2019) bzw. 714.649 (2020) Patientinnen und Patienten analysiert, die mindestens in einem Quartal des Jahres eine gesicherte Suchtdiagnose erhalten haben. Damit ist die Stichprobe knapp 1,5-mal so groß wie in der für die Hauptanalysen ausgewertete M2Q-Population. Hierbei variiert der „personelle Zuwachs" zwischen den Substanzkonsumstörungen: Das Verhältnis beträgt bei Sedativa-/Hypnotikakonsumstörung rund 1:1,25, bei Alkohol- und Opiodkonsumstörungen rund 1:1,3, bei Tabakkonsumstörungen und Polytoxikomanie rund 1:1,5, bei Stimulanzienkonsumstörungen rund 1:1,6 und bei Cannabinoidkonsumstörungen rund 1:1,7. Die Verteilung der Diagnosen unterscheidet sich kaum: Im M1Q-Sample finden sich tendenziell etwas mehr Patientinnen und Patienten mit Tabak- und etwas weniger Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen. Aufgrund der kleinen Anteilswerte lassen sich die Unterschiede bei den übrigen Störungen nicht belastbar interpretieren.

Patientinnen und Patienten
mit Substanzkonsumstörungen
im M1Q-Sample
im Mittel jünger
und seltener Frauen

Die Patientinnen und Patienten aus dem M1Q-Sample sind im Durchschnitt über 2 Jahre jünger ihre Pendants aus dem M2Q-Sample. Auf Ebene der einzelnen Substanzkonsumstörungen beträgt der mittlere Altersunterschied bei Kokain-, Stimulanzien- und Tabakkonsumstörungen sowie bei Polytoxikomanie jeweils über 2 Jahre, bei Alkoholkonsumstörungen knapp 2 Jahre. Für Cannabinoidkonsumstörungen sind es etwa 1,5 Jahre und für Hypnotika-/Sedativakonsumstörungen etwa 1,2 Jahre. Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen sind in beiden Gruppen im Mittel nahezu gleich alt. Zudem finden sich im M1Q-Sample auf Ebene der meisten Substanzkonsumstörungen anteilsmäßig etwas weniger Frauen. Der entsprechende Unterschied ist bei Cannabinoid- (-4 %) und Stimulanzienkonsumstörungen (-5 %) am stärksten ausgeprägt ist. Hinsichtlich der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf Stadt und Land, finden sich im M1Q-Sample etwas mehr Patientinnen und Patienten aus städtischen Landkreisen, wobei sich der Unterschied außer bei Stimulanzienkonsumstörungen (9 %) auf einem Niveau von etwa 2 % bewegt.

Hinsichtlich komorbider Substanzkonsumstörungen und psychischer Komorbidität unterscheidet sich das M1Q-Sample nicht vom M2Q-Sample. Dies gilt auch für die meisten somatischen Komorbiditäten, allerdings wird – mitbedingt durch das jüngere Alter des M1Q-Samples – bei weniger Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen begleitender Bluthochdruck diagnostiziert.

Detaillierte Zahlen zur Sensitivitätsanalyse werden von den Autorinnen und Autoren auf Nachfrage bereitgestellt.

3.4 Arbeitspaket 3

Um zu untersuchen, wie Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen versorgt werden, wurde in AP 3 abweichend von der bisherigen kalenderjahres-bezogenen Betrachtung eine personenindividuelle Betrachtung über einen Zeitraum von 8 Quartalen, also 2 Jahren, vorgenommen. Personen, die für unterschiedliche Substanzkonsumstörungen das M2Q-Kriterium erfüllen, gehen bei allen störungsbezogenen Auswertungen – ggf. mit unterschiedlichen Indexquartalen – jeweils in die Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten ein.

3.4.1 Charakterisierung des beobachteten Kollektivs

3.4.1.1 Relevanz der unterschiedlichen Beobachtungszeiträume

Im Beobachtungszeitraum erfüllten fast 700.000 Personen die Auswahlkriterien (n = 683.706; Gesamtkollektiv). Appendix-Abbildung 5 gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Quartalen hinzugefügt wurden. Hierbei wird deutlich, dass über die Hälfte der Patientinnen und Patienten (56 %), ab dem frühestmöglichen Indexquartal (Q1/2018) in die Beobachtung eingeht. In welchen Quartalen des Beobachtungszeitraums die erste von 2 zum M2Q-Kriterium beitragenden Suchtdiagnosen auf Ebene der einzelnen Substanzkonsumstörungen erfolgt ist, ist Appendix-Abbildung 6 zu entnehmen.

3.4.1.2 Störungsmuster

Mehr als drei Viertel des Gesamtkollektivs haben Tabak- (78 %) und knapp ein Viertel hat Alkoholkonsumstörungen (23 %; siehe Tabelle 16). Die dritthäufigste Diagnose ist mit deutlichem Abstand Polytoxikomanie, die bei etwa einer von 20 behandelten Personen diagnostiziert wird (5 %). Hierbei lässt sich nicht feststellen, welche Substanzen die Grundlagen für die Diagnose bilden. Unter Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen sind Opioidkonsumstörungen am weitesten verbreitet, wenn auch auf niedrigem Niveau (2 %). Cannabinoidkonsumstörungen werden geringfügig seltener dokumentiert (2 %).

Tabelle 16: Anzahl und Anteil an ICD-Diagnosen innerhalb der Studiengruppe (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Substanzkonsumstörung	Patientinnen und Patienten	Prozent
F10 Alkohol	154.150	22,5 %
F11 Opioide	14.979	2,2 %
F12 Cannabinoide	13.137	1,9 %
F13 Sedativa/Hypnotika	24.603	3,6 %
F14 Kokain	*881*	*0,1 %*
F15 Stimulanzien	5.158	0,8 %
F16 Halluzinogene	*494*	*0,1 %*
F17 Tabak	530.549	77,6 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*280*	*0,0 %*
F19 Polytoxikomanie	32.361	**4,7 %**
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnose	683.706	

eine von 11 behandelten Personen mit Suchtdiagnose hat mehrere Substanzkonsumstörungen

Bei 9 von 10 Personen aus dem Gesamtkollektiv wird im Beobachtungszeitraum nur eine Substanzkonsumstörung diagnostiziert (89%; siehe Tabelle 17). Ein Elftel (9 %) hat 2 und ein geringer Anteil mindestens 3 diagnostizierte Substanzkonsumstörungen (2 %). Zu mehr als 5 Diagnosen kommt es nur vereinzelt.

Tabelle 17: Anzahl an ICD-Diagnosen innerhalb der Studiengruppe

Unterschiedliche Substanzkonsumstörungen	Personen	Prozent
1	607.871	88,9 %
2	63.670	9,3 %
3	8.632	1,3 %
4	2.489	0,4 %
5	786	0,1 %
≥ 6	258	0,0 %
Gesamt	683.706	100 %

Abbildung 14 veranschaulicht die Relevanz multipler Suchtdiagnosen auf Ebene der einzelnen Substanzkonsumstörungen. Dabei wird deutlich, dass sich das Störungsmuster unter Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen überwiegend auf diese eine Substanz konzentriert. Der Anteil an Personen mit nur einer Substanzkonsumstörung ist bei

Tabakkonsumstörungen besonders ausgeprägt: Hier sind bei 10 von 11 Behandelten keine weiteren Substanzkonsumstörungen diagnostiziert (89 %). Bei Alkohol- und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen gilt dies für etwa 6 von 10 Behandelten (63 % bzw. 59 %).

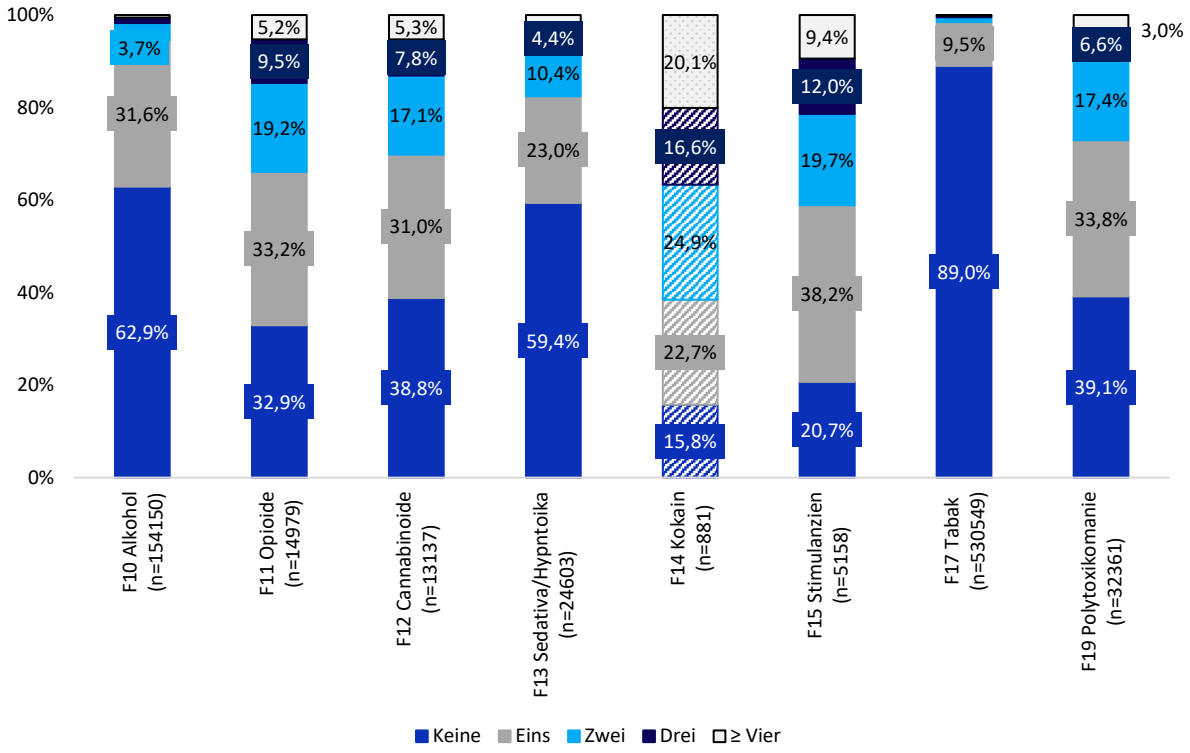


Abbildung 14: Diagnose komorbider Substanzkonsumstörungen innerhalb der Studiengruppe

Bei Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen haben demgegenüber nur ein (Stimulanzien: 21 %) bis 2 (Cannabinoide bzw. Polytoxikomanie: je 39 %) von 5 behandelten Personen keine Diagnosen zu weiteren Substanzkonsumstörungen. Bei jeweils etwa einem Drittel des entsprechenden Patient:innenkollektivs wird nur eine weitere komorbide Substanzkonsumstörung (Range: 31 % Cannabinoide bis 38 % Stimulanzien) diagnostiziert. Bei etwa einem Sechstel bis einem Fünftel sind es 2 komorbide Substanzkonsumstörungen (Range: 17 % Cannabinoide bis 20 % Stimulanzien). Zum Auftreten von mindestens 3 komorbiden Substanzkonsumstörungen kommt es insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzien- (21 %) oder Opioidkonsumstörungen (15 %). Eine Aufschlüsselung, welche Substanzkonsumstörungen häufig kombiniert auftreten, findet sich in Appendix-Abbildung 7.

Innerhalb des Gesamtkollektivs lassen sich 95 % aller Patientinnen und Patienten 7 verschiedenen Diagnosekombinationen zuordnen (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Rangreihung der 25 häufigsten Störungsmuster

Anzahl	Anteil	Diagnosen	
472.136	69,1 %	F17	Tabak
96.941	14,2 %	F10	Alkohol
41.603	6,1 %	F10 + F17	Alkohol + Tabak
14.609	2,1 %	F13	Sedativa/Hypnotika
12.669	1,9 %	F19	Polytoxikomanie
5.098	0,7 %	F12	Cannabinoide
4.934	0,7 %	F11	Opioide
3.050	0,4 %	F10 + F11 + F19	Alkohol + Tabak + Polytoxikomanie
3.017	0,4 %	F17 + F19	Tabak + Polytoxikomanie
2.598	0,4 %	F11 + F19	Opioide + Polytoxikomanie
2.146	0,3 %	F13 + F17	Sedativa/Hypnotika + Tabak
1.812	0,3 %	F10 + F13	Alkohol + Sedativa/Hypnotika
1.633	0,2 %	F10 + F17 + F19	Alkohol + Tabak + Polytoxikomanie
1.408	0,2 %	F12 + F17	Cannabinoide + Tabak
1.318	0,2 %	F10 + F12	Alkohol + Cannabinoide
1.168	0,2 %	F13 + F19	Sedativa/Hypnotika + Polytoxikomanie
1.100	0,2 %	F15 + F17	Stimulanzien + Tabak
1.086	0,2 %	F11 + F17	Opioide + Tabak
1.068	0,2 %	F15	Stimulanzien
861	0,1 %	F10 + F13 + F17	Alkohol + Sedativa/Hypnotika + Tabak
779	0,1 %	F12 + F19	Cannabinoide + Polytoxikomanie
732	0,1 %	F11 + F17 + F19	Opioide + Cannabinoide + Tabak
693	0,1 %	F10 + F12 + F17	Alkohol + Cannabinoide + Tabak
669	0,1 %	F10 + F11	Alkohol + Opioide
639	0,1 %	F10 + F11 + F19	Alkohol + Opioide + Polytoxikomanie
9.939	1,5 %	Andere Muster	

10 von 11 Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung haben Tabak-bzw. Alkohol-konsumstörungen

Hierbei stehen Einzeldiagnosen bzw. Diagnosekombinationen hinsichtlich legaler Substanzen an den ersten Stellen des Prävalenzrankings: Bei mehr als zwei Drittel der Patientinnen und Patienten werden ausschließlich Tabakkonsumstörungen diagnostiziert (69 %). Es folgen mit deutlichem Abstand Exklusivdiagnosen von Alkoholkonsumstörungen, die etwa ein Siebtel der Patientinnen und Patienten betreffen (14 %). Für etwa eine von 16 behandelten Personenwird eine Kombination aus Tabak- und Alkoholkonsumstörungen dokumentiert (6 %). An vierter Stelle folgen Hypno-

tika-/Sedativakonsumstörungen, die etwa eine von 50 behandelten Personen betreffen (2 %). Damit weisen über 9 von 10 Patientinnen und Patienten ausschließlich Störungen auf, die mit dem Konsum legaler Substanzen im Zusammenhang stehen.

Die Auftretenshäufigkeit von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen bewegt sich demgegenüber im Promille-Bereich: So haben jeweils etwa 7 von 1.000 Behandelten Cannabinoid- bzw. Opioidkonsumstörungen, etwa 4 von 1.000 Behandelten Polytoxikomanie mit Opioidbeteiligung und jeweils etwa 2 von 1.000 Behandelten kombinierte Cannabinoid- und Tabak- bzw. Alkoholkonsumstörungen oder kombinierte Stimulanzien- und Tabakkonsumstörungen.

3.4.1.3 Charakterisierung der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT

Hinsichtlich der demographischen Charakteristika spiegelt das Gesamtkollektiv im Wesentlichen die in Kapitel 3.3.2 berichteten Werte aus den Querschnittsanalysen wider. Im Vergleich dazu ist die Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT quer über alle Substanzkonsumstörungen (teilweise deutlich) jünger und es finden sich in den einzelnen Störungsgruppen tendenziell mehr Frauen.

Darüber hinaus lässt sich die im Gesamtkollektiv beobachtbare Dominanz von Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen (78 %) bei nachrangiger Bedeutung von Alkohol- (23 %) und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen (4 %) in der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT nicht finden. Vielmehr überwiegen hier Patientinnen und Patientenmit Alkohol- (64 %) mit Abstand gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen (32 %). Auch Cannabinoidkonsumstörungen (16 %) sowie Polytoxikomanie (15 %) sind vergleichsweise häufig (siehe Appendix-Tabelle 20).

psychotherapeutisch behandelte Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung jünger und häufiger Frauen

3.4.2 Ärztliche Versorgung

3.4.2.1 Besuchsaufkommen und einschlägige Behandlung auf Fachgruppenebene

Tabelle 19 zeigt für das Gesamtkollektiv sowie für die Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT auf, durch welche Fachgruppen Suchtdiagnosen gestellt werden. Hierbei wird noch nicht nach der Art der Substanzkonsumstörung differenziert.

Im Gesamtkollektiv werden 4 von 5 behandelten Personen aufgrund ihrer Substanzkonsumstörung durch HÄ behandelt. Eine suchtbezogene fachärztlich-internistische Behandlung nimmt etwa eine von 5 behandelten Personen in Anspruch (20 %). Etwa eine von 11 behandelten Personen sucht neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ aufgrund der eigenen Substanzkonsumstörung auf (9 %). Eine suchtbezogene psychotherapeutische Versorgung erfolgt bei etwa 2 von 150 behandelten Personen (1 %), wobei diese Gruppe im Mittel deutlich jünger ist als Patientinnen und Patienten, die durch die 3 vorgenannten ärztlichen Gruppen suchtbezogen behandelt werden.

Tabelle 19: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen die ärztlich bzw. psychotherapeutisch behandelt werden

	Gesamtkollektiv mit Suchtdiagnose				*Subgruppe (Personen mit mind. 1 psychotherapeutischen Sucht-Diagnose)*			
	Alter		**Suchtdiagnose bei**		*Alter*		*Suchtdiagnose bei*	
	MW	**(SD)**	**N**	**Anteil**	*MW*	*(SD)*	*N*	*Anteil*
HÄ	53,1	15,4	574.776	84,1 %	*45,2*	*13,4*	*5.226*	*64,6 %*
Pädiatrisch tätige FÄ	16,5	13,1	597	0,1 %	*16,8*	*1,6*	*15*	*0,2 %*
Internistisch tätige FÄ	56,6	13,2	139.313	20,4 %	*50,5*	*11,9*	*903*	*11,2 %*
FÄ der Organfächer	48,8	15,6	103.291	15,1 %	*48,5*	*12,5*	*1.011*	*12,5 %*
Neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ	52,7	16,3	61.110	8,9 %	*44,7*	*13,9*	*3.237*	*40,0 %*
PT	44,6	13,9	8.088	1,2 %	*44,6*	*13,9*	*8.088*	*100,0 %*
FÄ technische Fächer, Labor, Pathologie	53,0	14,5	21.147	3,1 %	*45,7*	*12,3*	*413*	*5,1 %*
Sonstige	48,6	15,1	10.008	1,5 %	*42,7*	*12,7*	*333*	*4,1 %*
Gesamt	**52,7**	**15,7**	**683.706**		***44,3***	***13,9***	***8.088***	

HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut
ausschließliche Betrachtung der VÄ/VPT, die auch die Suchtdiagnose stellen; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

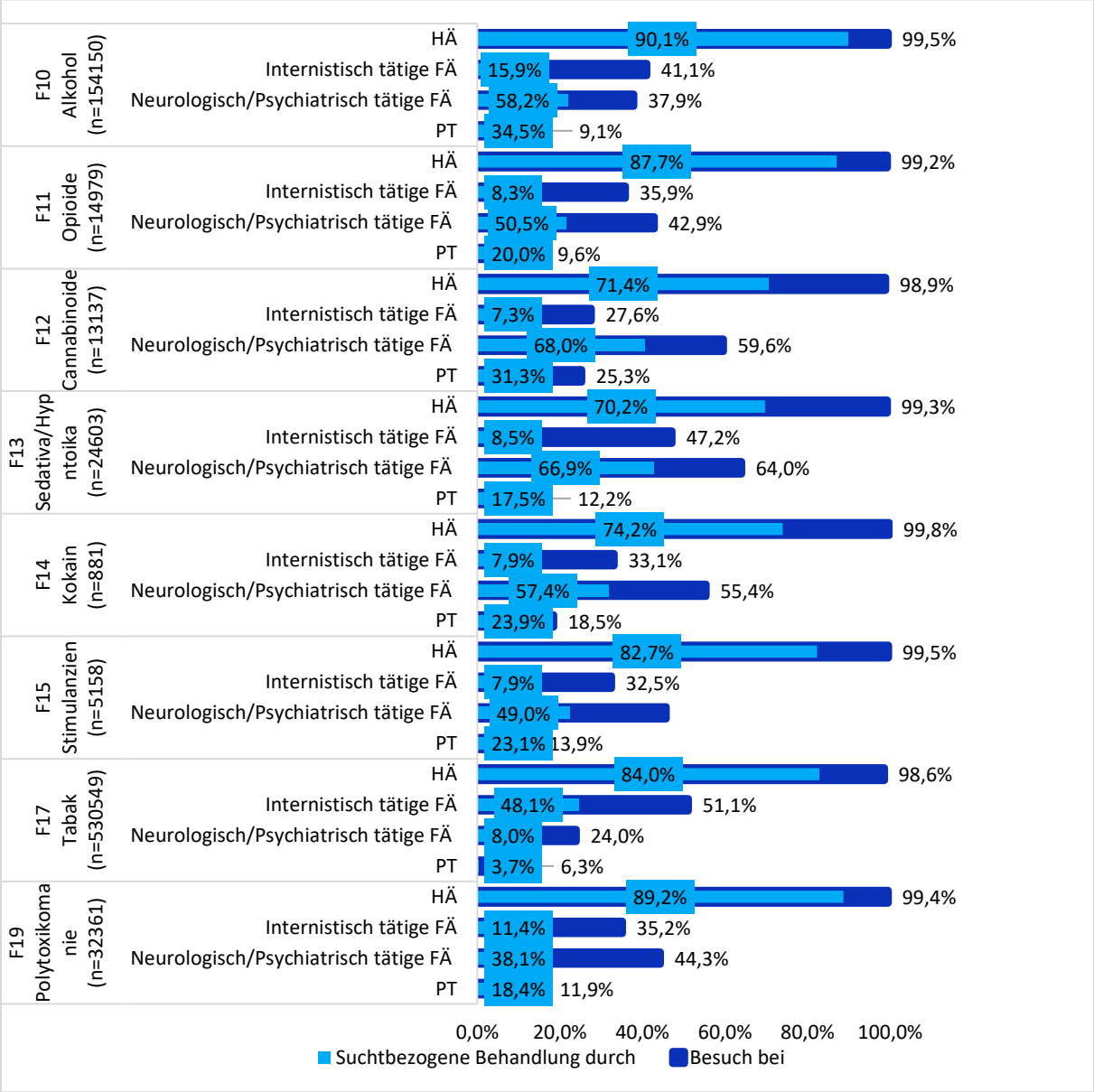
Innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT erhalten knapp 2 von 3 behandelten Personen zusätzlich zur psychotherapeutischen Versorgung eine suchtbezogene Behandlung durch HÄ (65 %) und etwa 2 von 5 behandelten Personen werden durch neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ aufgrund ihrer Substanzkonsumstörung behandelt (40 %). Damit ist eine suchtbezogene Behandlung durch nervenärztlich/psychiatrisch tätige FÄ in der Subgruppe

deutlich häufiger als im Gesamtkollektiv. Suchtbezogen fachärztlich-internistisch behandelt wird ein Neuntel der Patientinnen und Patienten aus der Subgruppe (11 %). Im Vergleich dazu erfolgt eine fachärztlich-internistische Behandlung der Suchterkrankung im Gesamtkollektiv fast doppelt so häufig. Bedingt durch die Auswahlkriterien sind die Patientinnen und Patienten der Subgruppe deutlich jünger als die des Gesamtkollektivs, weswegen internistische Komplikationen und Folgeerkrankungen von Substanzkonsumstörungen möglicherweise (noch) eine geringere Rolle spielen. Zugleich begeben sich in der Subgruppe anteilsmäßig mehr Frauen in eine suchtbezogene haus- und fachärztliche Behandlung als im Gesamtkollektiv (siehe Appendix-Abbildung 8).

Abbildung 15 gliedert das vorab gebündelt dargestellte Diagnosegeschehen nach den unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen auf. Unabhängig von der Art der Konsumstörung suchen nahezu alle Patientinnen und Patienten im Beobachtungszeitraum HÄ auf, wobei die Inanspruchnahme einer suchtbezogenen Behandlung stark zwischen den einzelnen Substanzkonsumstörungen schwankt. Während 9 von 10 Personen mit Alkoholkonsumstörungen, die HÄ aufsuchen, auch aufgrund dieser Konsumstörung behandelt werden (90 %), gilt dies nur für etwa 7 von 10 Personen mit Sedativa-/Hypnotika- bzw. Cannabinoidkonsumstörungen (70 % bzw. 71 %).

internistisch tätige FÄ bzw. PT meist aus anderen Gründen als der Substanzkonsumstörung aufgesucht

Besuche bei internistisch tätigen FÄ sind erwartungsgemäß deutlich seltener: Gut ein Viertel (28 % Cannabinoidkonsumstörungen) bis gut ein Drittel (36 % Opioidkonsumstörungen) der Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen begibt sich mindestens einmal im Beobachtungszeitraum in internistische Behandlung. Bei Patientinnen und Patienten mit Alkohol- bzw. Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen ist dieser Anteil mit zwei Fünfteln (41 %) bzw. knapp der Hälfte (47 %) etwas höher. Quer über die meisten Substanzkonsumstörungen sucht eine von 12 fachärztlich-internistisch behandelten Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen diese Fachgruppe aufgrund der eigenen Substanzkonsumstörung auf (Range: 7 % Cannabinoid- bis 8 % Opioidkonsumstörungen). Unter Patientinnen mit Polytoxikomanie (11 % suchtbezogen fachärztlich-internistisch behandelt) oder Alkoholkonsumstörungen (16 % suchtbezogen fachärztlich-internistisch behandelt) erhält ein etwas größerer Anteil eine suchtbezogene Behandlung. Vor diesem Hintergrund fällt der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen auf, die suchtbezogen behandelt werden, sofern sie internistisch tätige FÄ aufsuchen (48 % suchtbezogen fachärztlich-internistisch behandelt). Dies könnte schwerpunktmäßig auf eine pulmologische Therapie von Tabakkonsumstörungen bei Personen mit COPD (COPD als häufige Folgeerkrankung von Tabakkonsum) zurückzuführen sein.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 15: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Besuch bei und suchtbezogener Behandlung durch bestimmte Fachgruppen innerhalb der Studiengruppe

Quer über die meisten Substanzkonsumstörungen besuchen etwa 2 von 5 Patientinnen und Patienten neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ (Range: 38 % Alkohol bis 46 % Stimulanzien). Deutlich höher ist dieser Anteil bei Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, wo etwa zwei Drittel der Betroffenen mindestens einmal eine nervenärztliche/psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen (64 %). Auch bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen ist die Besuchsquote mit 3 von 5 Betroffenen vergleichsweise hoch

(60 %). Demgegenüber besucht nur ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen mindestens einmal im Beobachtungszeitraum neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ (24 %). Diese Fachgruppe wird oft aus anderen Gründen als zur Behandlung der Substanzkonsumstörung aufgesucht: Etwa die Hälfte (Stimulanzienkonsumstörungen: 49 %) bis zwei Drittel (Sedativa-/Hypnotika- bzw. Cannabinoidkonsumstörungen: 67 % bzw. 68 %) der Besucherinnen und Besucher von neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ erhalten dort eine suchtbezogene Behandlung. Gleiches gilt für 3 von 8 Personen mit Polytoxikomanie (38 %), die neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ besuchen, und für eine von 12 Personen mit Tabakkonsumstörungen (8 %), die neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ besucht.

Die psychotherapeutische Versorgung spielt im Vergleich zur fachärztlichen Versorgung zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle. Etwa eine von 15 (Tabakkonsumstörungen: 6 %) bis eine von 7 (Stimulanzienkonsumstörungen: 14 %) behandelten Personen mit Substanzkonsumstörungen nimmt psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Eine auffällige Abweichung nach oben findet sich unter Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen, wo ein Viertel im Beobachtungszeitraum mindestens einmal PT besucht (25 %). Zugleich suchen die Patientinnen und Patienten von PT diese eher selten aufgrund ihrer Substanzkonsumstörung auf: etwa ein Sechstel (Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen: 18 %) bis gut ein Drittel (Alkoholkonsumstörungen: 35 %) der Besucherinnen und Besucher wird durch PT suchtbezogenen behandelt. Bei Tabakkonsumstörungen wird eine von 25 Personen mit PT-Besuch in Bezug auf diese Substanzkonsumstörung behandelt wird (4 %). Diese im Vergleich zu den HÄ und FÄ seltenere Dokumentation von Substanzkonsumstörungen als Behandlungsdiagnosen steht im Einklang mit der empirisch beobachteten psychotherapeutischen Praxis, eher andere psychische Störungen als Substanzkonsumstörungen zu kodieren, um eine Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

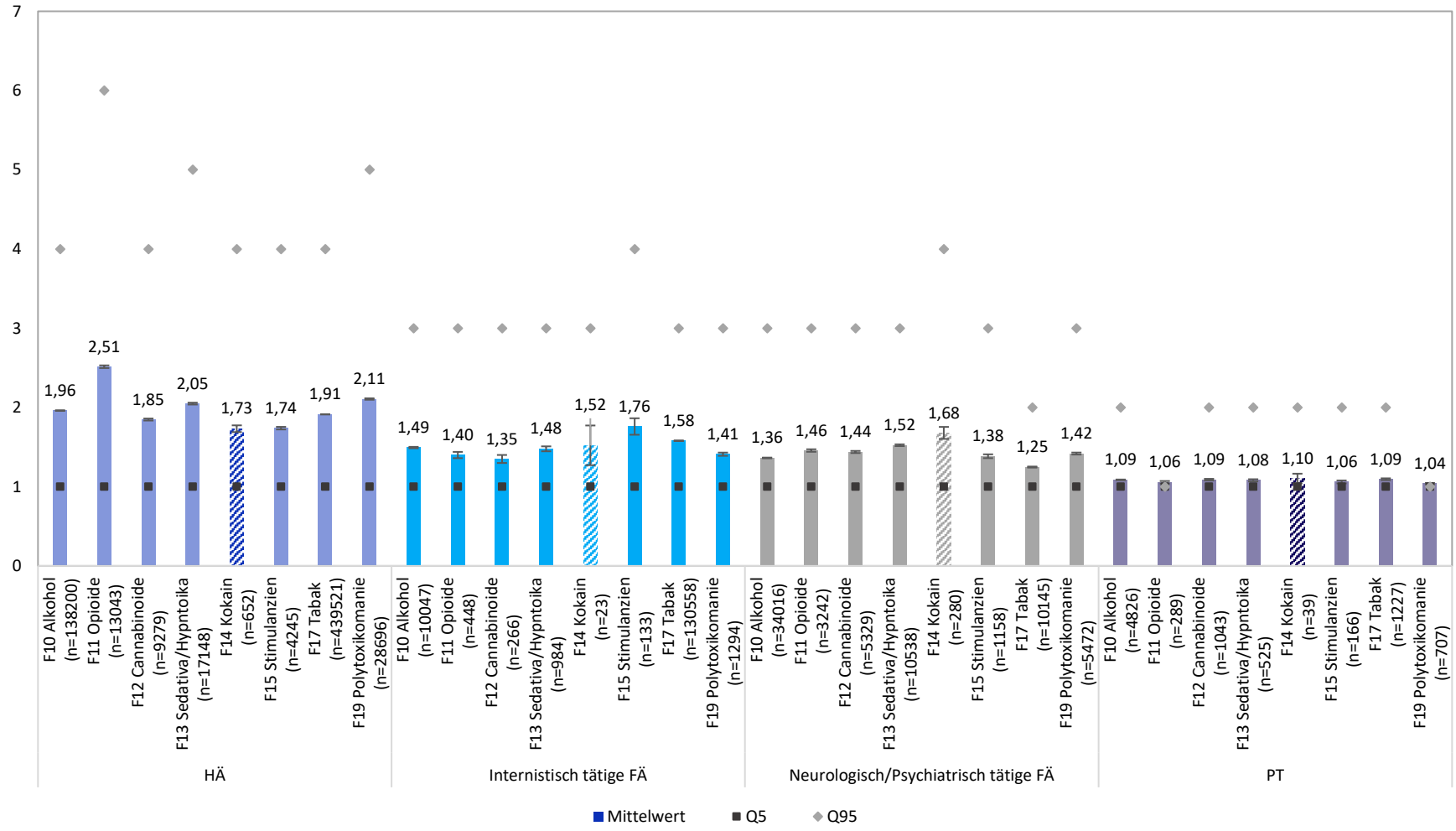
3.4.2.2 Anzahl der die Substanzkonsumstörung behandelnden Personen nach Fachgruppe

Abbildung 16: Anzahl der in die suchtbezogene Behandlung eingebundenen Personen nach Fachgruppe innerhalb der Studiengruppe

zeigt unter Berücksichtigung der untersten 5 % (Q5) und obersten 5 % (Q95) auf, durch wie viele Ärztinnen und Ärzte einer Fachgruppe bzw. durch wie viele PT die Substanzkonsumstörung im Mittel (zzgl. Standardfehler) behandelt wird. Hierbei zeigt sich zunächst, dass die Anzahl der behandelnden Ärztinnen und Ärzte deutlich stärker schwankt als die Anzahl der behandelnden PT. Hier wird störungsübergreifend fast ausnahmslos nur ein bzw. eine PT aufgesucht. Innerhalb der Ärzt:innenschaft ist die Schwankung auf hausärztlicher Ebene wiederum stärker ausgeprägt als auf fachärztlicher Ebene.

Grundsätzlich sind unabhängig von der Art der Störung und der Fachgruppe im Durchschnitt weniger als 2 Ärztinnen und Ärzte in die suchtbezogene Behandlung eingebunden. Ausnahmen bilden die hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Opioid- oder Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen sowie von Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie, die jeweils regelhaft durch mehr als 2 HÄ erfolgt. Hier ist für die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen sowie für die Gruppe mit Polytoxikomanie, die vermutlich einen hohen Anteil an Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen enthält, anzunehmen, dass HÄ mit Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung" die suchtbezogene Versorgung übernehmen und dass im Zuge von Vertretungsregelungen während der Urlaubszeit die Substitutionsversorgung über weitere HÄ mit entsprechender Qualifikation aufrechterhalten wird. In der Gruppe mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen kann gemutmaßt werden, dass die Patientinnen und Patienten bewusst mehrere HÄ aufsuchen, um sich „unauffällig" entsprechende Medikamente verschreiben zu lassen. Allerdings ist hier auch das hohe Durchschnittsalter des Patient:innenkollektivs mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen in Betracht zu ziehen, dass eine durchgängige Versorgung chronisch-degenerativer Erkrankungen über Vertretungsregelungen erforderlich machen könnte.

meist mehrere HÄ
aktiv in die Suchtbehandlung von
Patientinnen und Patienten mit
Opioidkonsumstörungen oder
Polytoxikomanie
eingebunden



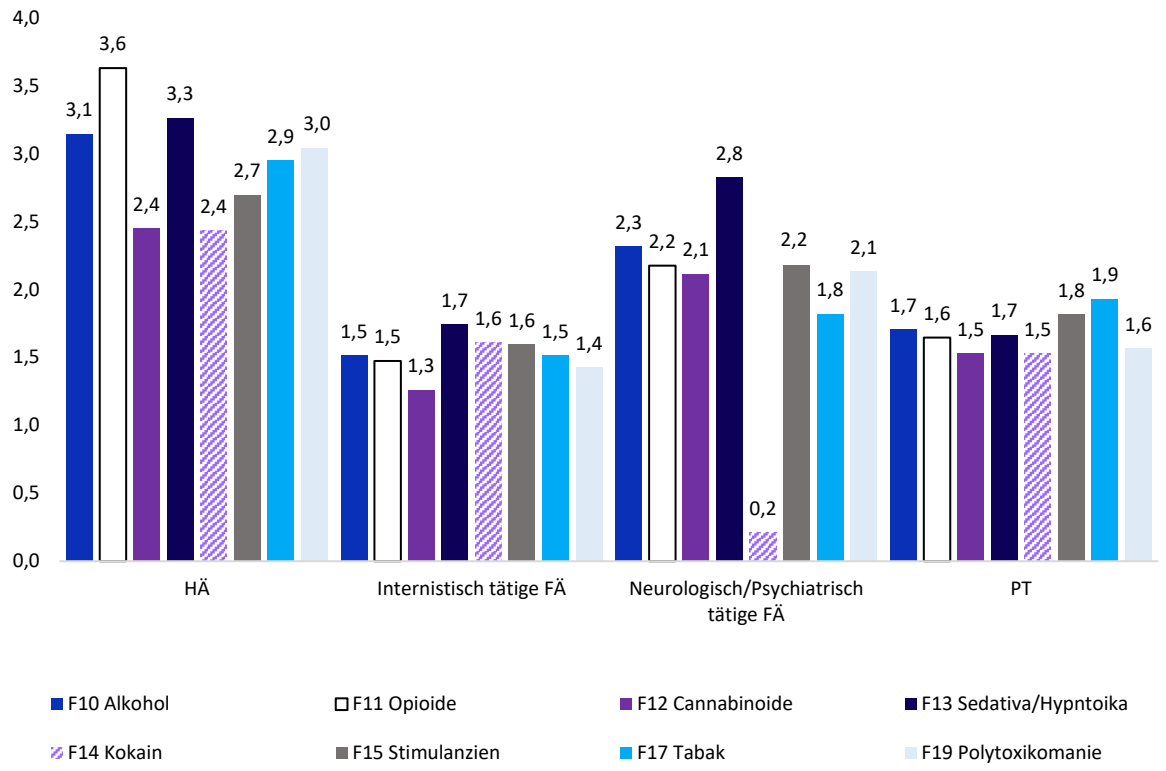
FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 16: Anzahl der in die suchtbezogene Behandlung eingebundenen Personen nach Fachgruppe innerhalb der Studiengruppe

Dieses Muster wiederholt sich in der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT, wobei hier im Vergleich zum Gesamtkollektiv bei ähnlicher Anzahl an behandelnden PT die Anzahl der in die Behandlung eingebundenen neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ störungsübergreifend deutlich und die Zahl der in die Behandlung eingebundenen HÄ störungsübergreifend leicht höher ist.

3.4.2.3 Kontaktaufkommen

Abbildung 17 zeigt für die einzelnen Substanzkonsumstörungen auf, zu wie vielen einschlägigen Behandlungsfällen (d.h. Behandlungsfällen mit mind. 1 Suchtdiagnose) es pro Jahr kommt, sofern die Patientinnen und Patienten grundsätzlich Ärztinnen und Ärzte aus der jeweiligen Fachgruppe aufgrund ihrer Substanzkonsumstörung besucht haben. Da pro Praxis und Quartal nur jeweils ein einziger Behandlungsfall angelegt wird, liefert diese Information Indizien zur Regelmäßigkeit der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung der Substanzkonsumstörungen. Allerdings bleibt offen, wie viele Ärztinnen und Ärzte de facto in die Behandlung eingebunden sind, wenn mehrere LANRs über ein und dieselbe Praxis-ID abrechnen.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 17: Mittlere Anzahl störungsbezogener Behandlungsfälle pro Jahr nach Fachgruppen in der Studiengruppe

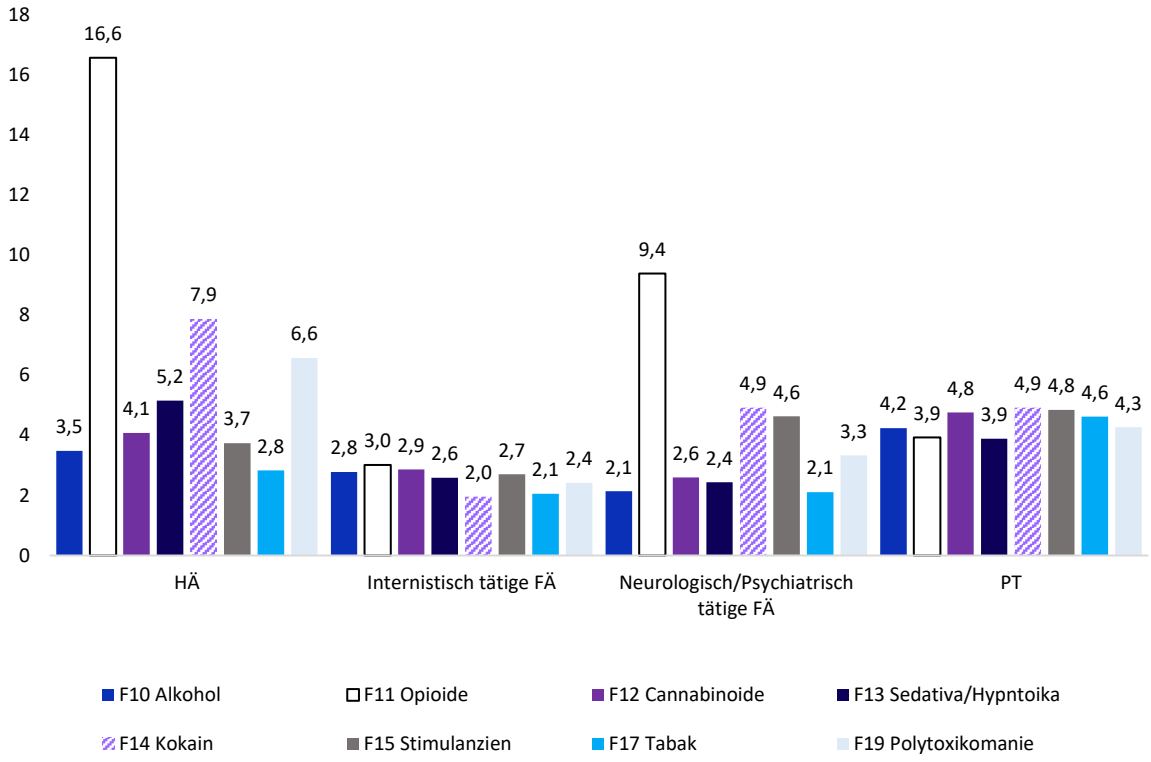
Generell kommt es bei HÄ zu mehr suchtbezogenen Behandlungsfällen pro Jahr als bei FÄ und PT, was nahelegt, dass diese Fachgruppe über das gesamte Jahr hinweg immer wieder aufgesucht wird und somit eine kontinuierliche suchtbezogene Versorgung leistet.

suchtbezogene Behandlung durch HÄ kontinierlicher bzw. länger als suchtbezogene Behandlung durch FÄ bzw. PT

Für internistisch tätige FÄ ergeben sich bei allen Substanzkonsumstörungen im Mittel deutlich unter 2 Behandlungsfälle pro Jahr, was für eine episodische Versorgung der Substanzkonsumstörungen, z. B. in Form von jährlichen Kontrolluntersuchungen, oder eine anlassbezogene Therapie akuter Ereignisse bzw. eine spezielle diagnostische Abklärung und Indikationsstellung des Problems sowie ggf. eine fachärztliche Überweisung in die stationäre Weiterbehandlung spricht. Im Vergleich dazu liegen bei neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ im Mittel mehr Behandlungsfälle vor, auch wenn die Zahlen wiederum deutlich niedriger sind als im hausärztlichen Bereich. Der Mittelwert bewegt sich störungsübergreifend nahe bei 2 (Ausnahme: Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen: 2,8), was eine „intervallweise“ suchtbezogene Versorgung nahelegt. Einen denkbaren Erklärungsansatz bildet hier die regelmäßige Verschreibung von Psychopharmaka zur Behandlung psychischer Komorbiditäten. Im psychotherapeutischen Bereich ergeben sich im Mittel 1,5 (Cannabinoidkonsumstörungen) bis 1,9 (Tabakkonsumstörungen) Behandlungsfälle, was sich mit der typischen Dauer psychotherapeutischer Kurztherapien (Sitzungen verteilt über ca. 6 Monate) deckt.

Dieses Muster spiegelt sich weitgehend in der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT, wobei es hier im Mittel weniger Behandlungsfälle im haus- und fachärztlichen Bereich gibt (siehe Appendix-Abbildung 10). Dieser „Effekt“ ist bei internistisch tätigen FÄ besonders ausgeprägt, wobei sich hier bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen die einzige deutliche Abweichung in die Gegenrichtung ergibt (Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT: 4,5 Behandlungsfälle, Gesamtkollektiv: 1,6 Behandlungsfälle).

In Ergänzung zu Abbildung 17 spiegelt Abbildung 18 wider, zu wie vielen Kontakten es durchschnittlich während eines Behandlungsfalles kommt. Dies kann als Indikator für die Besuchshäufigkeit und damit die Intensität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund ihrer Substanzkonsumstörung grundsätzlich in Behandlung begeben haben, aufgefasst werden. Da Diagnosen jeweils fallspezifisch und nicht kontaktspezifisch vergeben werden, reflektieren diese Zahlen allerdings nicht die unmittelbar suchtbezogene Leistungsinanspruchnahme. Die einschlägigen Kontaktzahlen aufgrund der Suchterkrankung liegen annahmegemäß unterhalb der hier berichteten Kontaktzahlen innerhalb eines Falles mit Suchtdiagnose, wobei sich das – vermutlich störungsspezifisch unterschiedliche – Ausmaß der Überschätzung nicht quantifizieren lässt.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 18: Durchschnittliche Kontaktfrequenz je Behandlungsfall nach Fachgruppen in der Studiengruppe

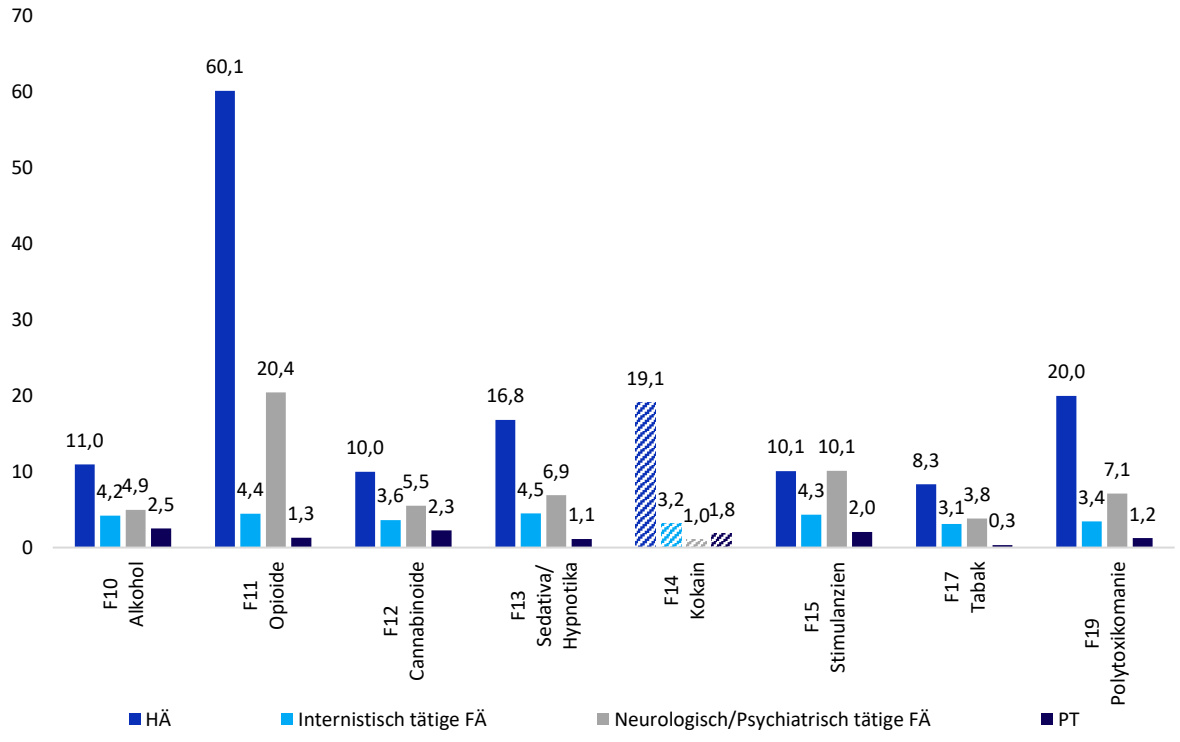
Sieht man von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen ab, ist die Anzahl der Kontakte im psychotherapeutischen Bereich regelhaft (etwas) höher ist als die Anzahl der Kontakte im ärztlichen Bereich, was als Indiz für in regelmäßigen Abständen stattfindenden Therapiesitzungen gewertet wird. Auf ärztlicher Ebene gibt es – von wenigen Ausnahmen abgesehen – im Mittel mehr Kontakte mit HÄ als mit internistisch oder neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ. Dies spricht dafür, dass durch die HÄ eine gewisse Bandbreite an ggf. chronifizierten gesundheitlichen Problemen und Anliegen im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung abgedeckt wird, während die fachärztliche Versorgung sich annahmegemäß an spezifische (und ggf. eher akute) Gesundheitsprobleme richtet.

hausärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung innerhalb eines Behandlungsfalles engmaschiger als die fachärztliche

Bezogen auf die einzelnen Störungsgruppen, haben Patientinnen und Patienten mit – den im legalen Bereich verorteten – Tabak- oder Alkoholkonsumstörungen, im Mittel weniger Kontakte zu HÄ und neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ als Patientinnen und Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen.

Bei Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen gilt dies nur für die letztgenannte Fachgruppe, aber nicht für HÄ, was ggf. mit dem höheren Durchschnittsalter dieser Patient:innengruppe und damit einhergehenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zusammenhängen könnte. Zudem fällt die hohe Kontaktfrequenz von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen mit HÄ ebenso wie mit neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ auf: Mit HÄ erfolgt im Mittel mehr als ein Kontakt pro Woche, was großteils über die Vergabe von Substitutionsmitteln erklärt werden könnte; bei neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ kommt es im Schnitt häufiger als alle 2 Wochen zu einem Kontakt.

Innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT ergeben sich weitgehend vergleichbare fachgruppenspezifische Kontaktfrequenzen für die unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen (siehe Appendix-Abbildung 11). Die einzig nenneswerte Ausnahme bildet die um mehr als die Hälfte niedrigere Kontaktfrequenz von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen mit neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ. Kombiniert man die Erkenntnisse zu Behandlungsfällen und Kontakten pro Fall lässt sich, wie in Abbildung 19 veranschaulicht, die mittlere „Besuchszahl“ pro Jahr abschätzen.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Abbildung 19: Geschätzte Anzahl an „Besuchen“ pro Jahr je Fachgruppe in der Studiengruppe

mit Abstand die meisten HÄ-Besuche pro Jahr bei Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen

Während die Besuchszahl bei internistisch tätigen FÄ zwischen den Störungsgruppen nur unwesentlich schwankt (Range: 3 Besuche (Tabakkonsumstörungen) bis 5 Besuche (Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen)), besteht bei neurologisch/psychiatrisch tätigen FÄ eine ausgeprägte Varianz (Range: 4 Besuche (Tabakkonsumstörungen) bis 20 Besuche (Opioidkonsumstörungen)). Noch ausgeprägter ist die Schwankung im hausärztlichen Bereich, wo Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen mindestens drei- bis siebenmal so viele Besuche vorzuweisen haben wie Patientinnen und Patienten mit anderen Substanzkonsumstörungen (60 Besuche vs. 8 Besuche (Tabakkonsumstörungen) bis 20 Besuche (Polytoxikomanie)). Vergleicht man die verschiedenen Sunstanzkonsumstörungen, fällt neben der hohen Besuchsfrequenz von Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen auch die vergleichsweise niedrige Besuchsfrequenz von Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen – insbesondere im psychotherapeutischen Bereich – auf. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Besuche nicht notwendigerweise aufgrund der Suchterkrankung erfolgt sind.

Vergleicht man die fachgruppenspezifischen mittleren Besuchszahlen innerhalb der Behandlungsfälle mit Suchtdiagnose im beobachteten Gesamtkollektiv und in der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT (siehe Appendix-Abbildung 12), ist das Besuchsaufkommen in der erstgenannten Gruppe jeweils (deutlich) höher als in der zweitgenannten. Allerdings ist hier auch das höhere Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs zu bedenken.

3.4.2.4 In Anspruch genommene Leistungen

Grundsätzlich verursachen Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen höhere Leistungsausgaben als das gesamte Kollektiv aller GKV-versicherten Patientinnen und Patienten (siehe Abbildung 20 für legale und Abbildung 21 für illegale Substanzen).

Dieser Unterschied ist für Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen besonders ausgeprägt. Vergleichsweise niedrig ist der Zusatzaufwand für Patientinnen und Patienten mit Alkohol- bzw. Tabakkonsumstörungen, die beide dem Bereich der legalen Substanzen zuzuordnen sind, aber auch unter Patientinnen und Patienten mit stimulanzienbezogenen Störungen findet sich ein ähnlich niedriger Zusatzaufwand. Bei Patientinnen und Patienten mit Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen, der dritten im legalen Bereich verorteten Substanzkonsumstörung, ist der Zusatzaufwand ähnlich hoch wie bei Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie und somit einer der höchsten, was vermutlich auch dem hohen Durchschnittsalter dieser Gruppe geschuldet ist.

Betreuungsaufwand für Personen mit Substanzkonsumstörungen höher als für die Gesamtheit aller Patientinen und Patienten

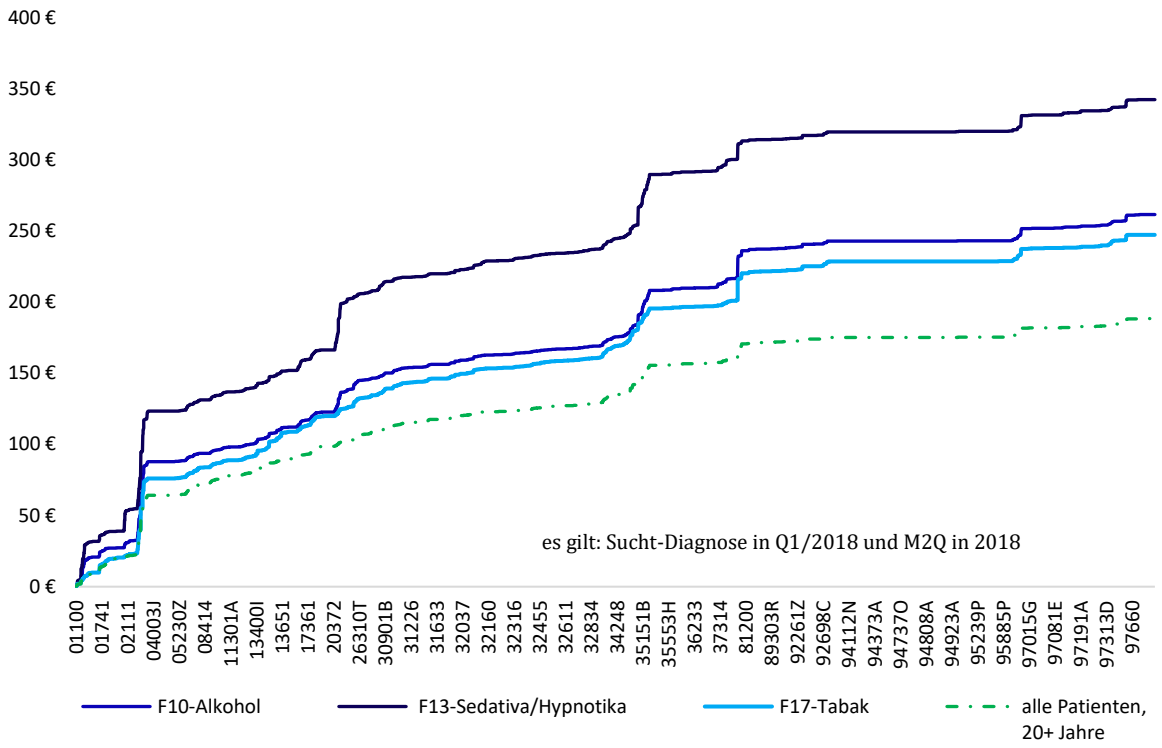


Abbildung 20: Kumuliertes Honorar je behandelter Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen vs. alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren

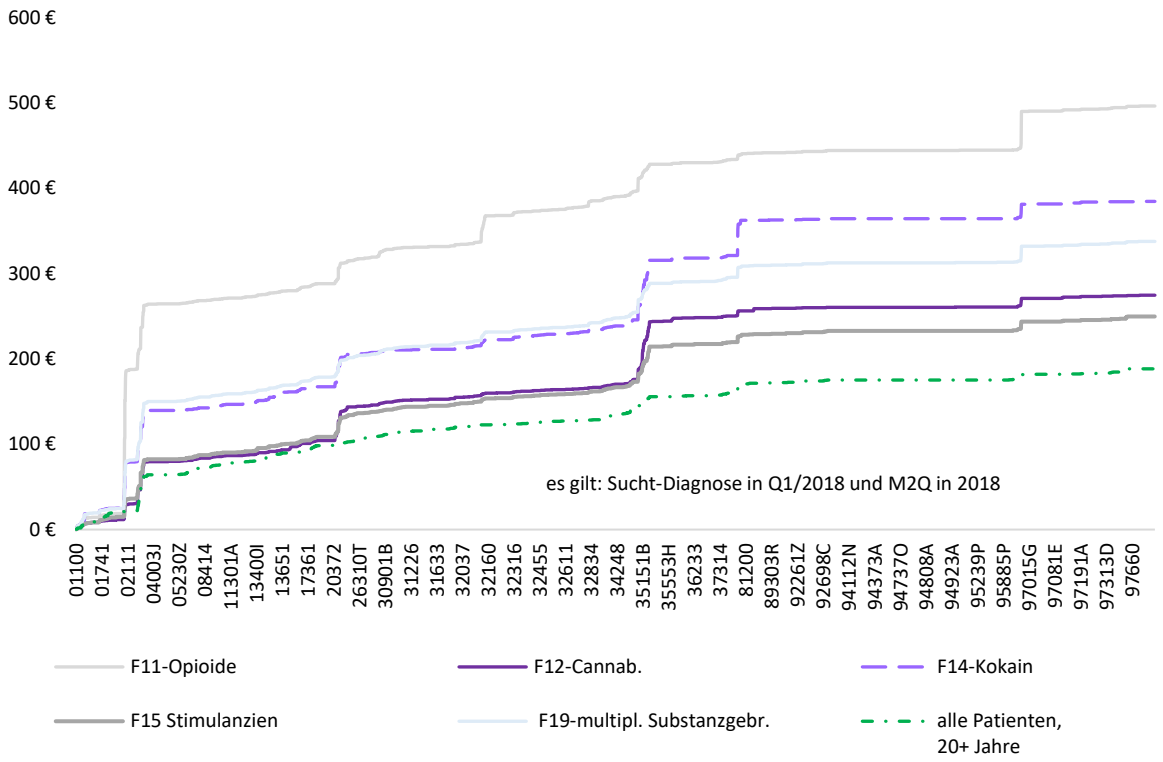


Abbildung 21: Kumuliertes Honorar je behandelter Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen vs. alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren

Nachfolgend wurden die kumulierten Ausgabenprofile von Patientinnen und Patienten mit ausgewählten Substanzkonsumstörungen mit den Ausgabenprofilen geeigneter Alterskohorten im Gesamtkollektiv aller GKV-versicherten Patientinnen und Patienten ins Verhältnis gesetzt (Differenzialbild), um Aufschluss zu gewinnen, in welchen Bereichen besonders hohe Zusatzausgaben entstehen.

Für Patientinnen und Patienten mit Alkohol- (siehe Abbildung 22) bzw. Opioidkonsumstörungen (siehe Abbildung 23) zeigt sich im Vergleich zum Gesamtpatient:innenkollektiv ab 20 Jahren kumuliert ein erhöhter Aufwand für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen. Gleiches gilt für Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen (siehe Abbildung 24), wobei hier aufgrund der Altersstruktur lediglich GKV-versicherte Patientinnen und Patienten der Altersgruppe zwischen 20 und 40 Jahren als Vergleichsgruppe dienen.

psychotherapeutische Behandlung mitausschlaggebend für Mehraufwand bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

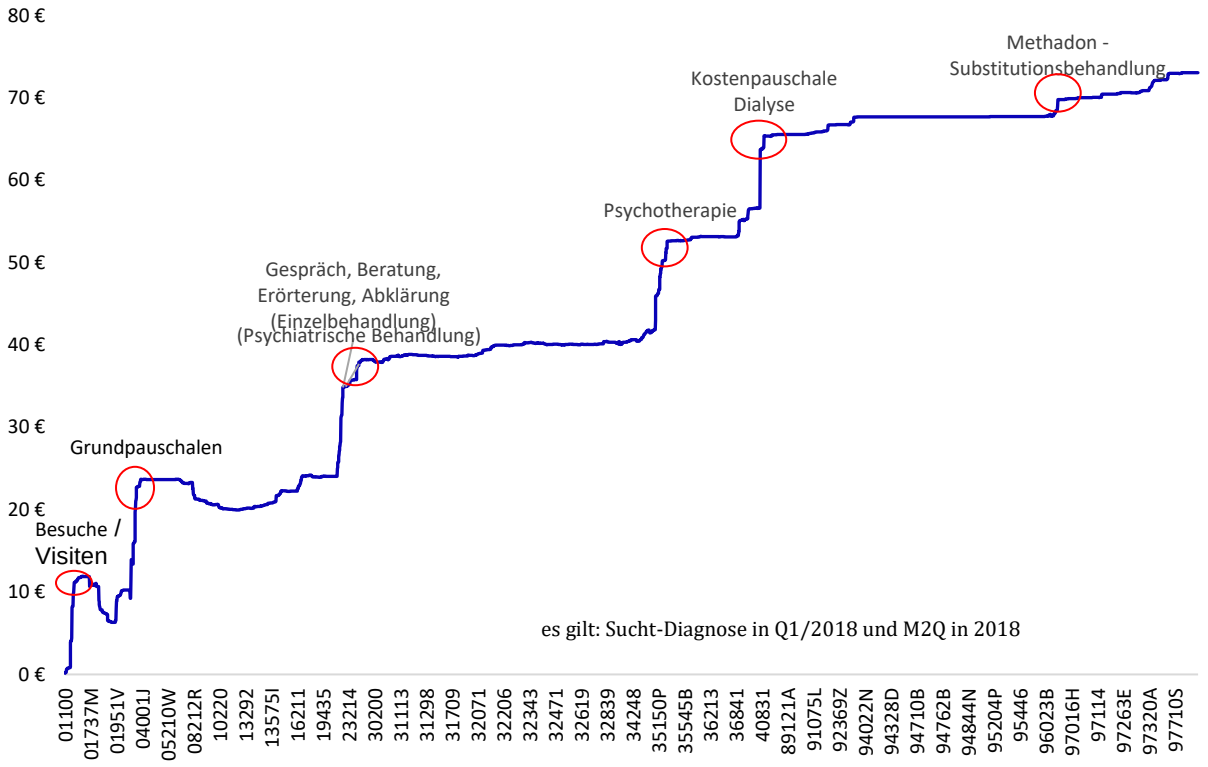


Abbildung 22: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Alkoholkonsumstörung versus alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren (kumulierte Betrachtung)

Neben diesen allgemeinen Mustern zeigen sich auch einige indikationsspezifische Besonderheiten. So kommt es unter Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen – neben einem Mehraufwand für Besuche und Grundpauschalen – auch zu vermehrten Leistungen im Bereich der Dialyse (siehe Abbildung 22). Unter Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen sind Methadon-Substitution im Speziellen und die substitutionsgestützte Behandlung im Allgemeinen zentrale Treiber der Inanspruchnahme Leistungen (siehe Abbildung 23). Zudem werden häufiger Labortests auf verschiedene Drogen durchgeführt. Auffällig ist sowohl bei Patientinnen und Patienten mit Alkohol- als auch bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen (siehe Abbildung 24) der Mehraufwand für die Methadon-Substitution komorbider Opioidkonsumstörungen.

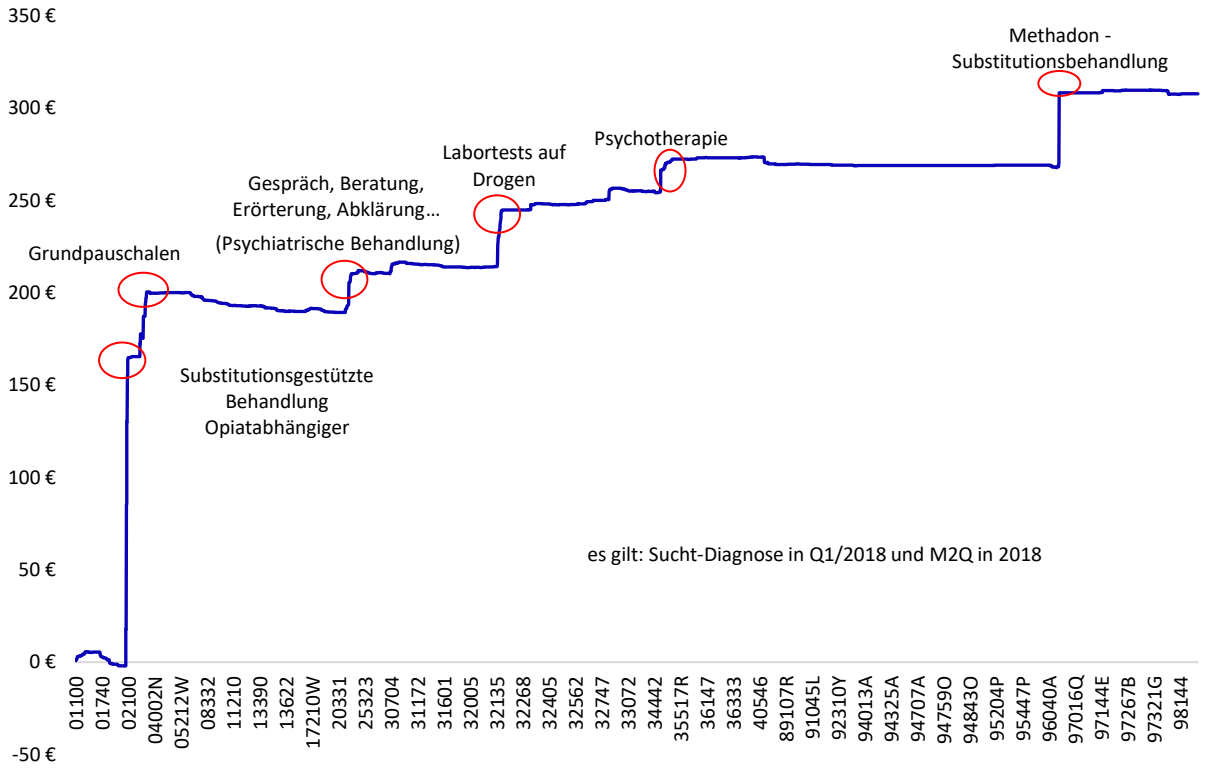


Abbildung 23: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Opioidkonsumstörungen versus alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren (kumulierte Betrachtung)

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass dieses Projekt aufgrund seines generalistischen Ansatzes dem komplexen Thema „Kassenärztliche Methadon-Substitution“ nicht vollauf gerecht werden kann. Insbesondere bilden die projektbezogenen Daten den immensen strukturellen Aufwand (Unterstützung der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“, Aufwandsentschädigungen für praxisorganisatorische Maßnahmen, Förderung von Praxisnetzen) für die Aufrechterhaltung der Substitutionsversorgung bzw. ihren Ausbau in unterversorgten Regionen nicht ab. Die Evaluation des derzeitigen quantitativen Umfangs der substitutionsmedizinischen Versorgung sowie die Implikationen diverser struktureller Fördermaßnahmen auf künftige Versorgungsinhalte und -prozesse rechtfertigen perspektivisch ein eigenes Forschungsprojekt.

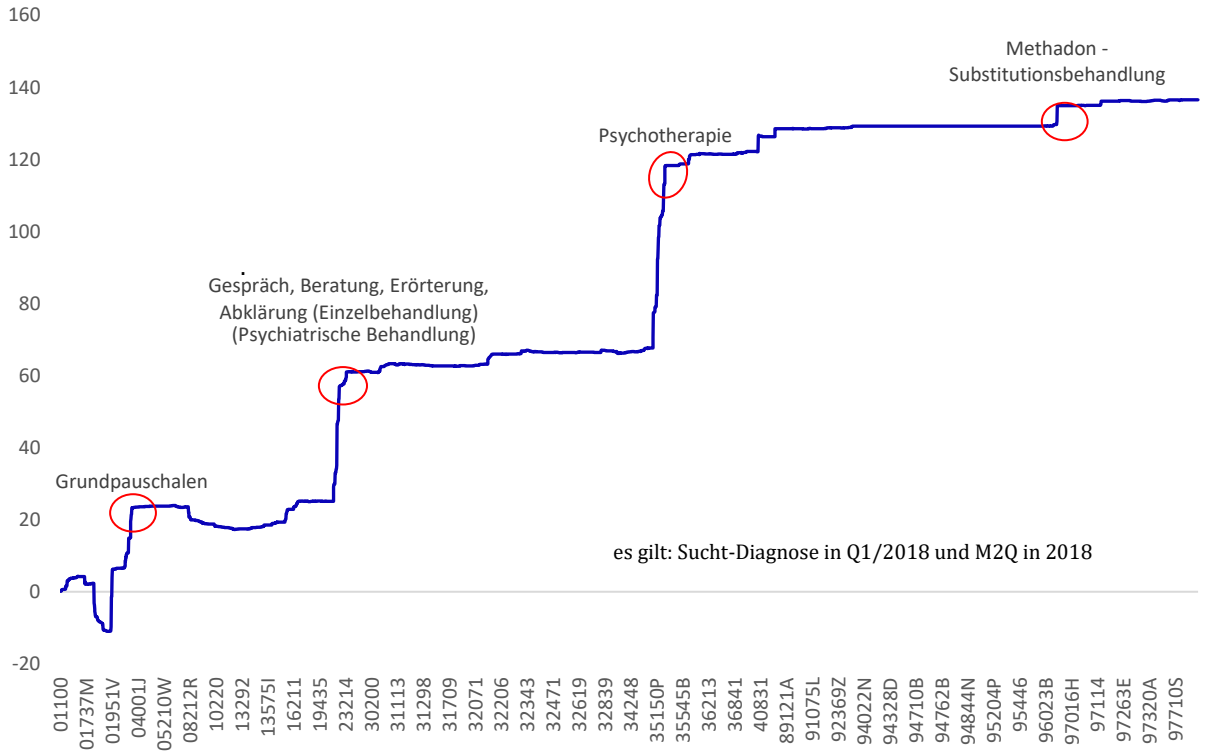


Abbildung 24: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen: Personen mit Cannabinoidkonsumstörungen versus alle Patientinnen und Patienten von 20 bis 40 Jahren (kumulierte Betrachtung)

Bei Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen (siehe Appendix-Abbildung 13), der größten Gruppe der Personen mit Substanzkonsumstörungen, lassen sich in der kumulierten Ausgabenbetrachtung nur wenige nennenswerte Abweichungen (Grundpauschalen, Kostenpauschale Dialyse) vom Gesamtkollektiv aller GKV-versicherten Patientinnen und Patienten feststellen.

3.5 Arbeitspaket 4

Der Berichtsteil zu AP 4 stellt die Kernergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse und damit die Sichtweise(n) der befragten Ärztinnen und Ärzte bzw. PT dar (s. Methodik, Kapitel 2.4). Es findet keine Wertung der Aussagen durch die Autorinnen und Autoren statt.

3.5.1 Zustandekommen der Interview-Stichprobe

Die Hälfte der Interviewten wurde über allgemeine Teilnahmeaufrufe (z. B. über das KVB Forum oder die Psychotherapeutenkammer Bayern) bzw. über Suchthilfeeinrichtungen rekrutiert. Diese Personen lassen sich durch hohes persönliches Engagement und hohe intrinsische Motivation die Forschung zum Thema ärztliche/psychotherapeutische Versorgung bei Substanzkonsumstörungen voranzubringen, charakterisieren: Sie behandeln i.d.R. verhältnismäßig viele Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen und kooperieren meist intensiv mit anderen Leistungserbringern im Kontext der Suchthilfe. Bei den 5 über persönliche Kontakte rekrutierten Interviewten fehlt – mit Ausnahme einer Expertin – ein entsprechender Behandlungsfokus.

a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Gruppe der PT setzt sich aus 3 psychologischen PT und einer ärztlichen PT[5] zusammen, die zuvor alle selbst in Einrichtungen der Suchthilfe gearbeitet haben bzw. in einem Fall im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) teilzeitbeschäftigt waren. Alle Interviewten verfügen über eine mehrjährige ambulante Berufserfahrung. Während 2 PT seit ca. 5 Jahren niedergelassen sind, arbeiten die anderen beiden seit über 15 bzw. 25 Jahren in der eigenen Praxis. Bis auf eine Ausnahme (ländlich strukturierter Landkreis in der Oberpfalz) sind die PT in bayerischen Metropolregionen (Augsburg, München) tätig (siehe Tabelle 1 auf Seite 24).

b) Ärztinnen und Ärzte

Vier der 6 interviewten Personen arbeiten als HÄ (Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten). Zudem wurden ein Psychiater und eine Ärztin in Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin, die derzeit in einer internistischen Praxis mit einem gastroenterologischen und diabetologischen Schwerpunkt tätig ist, interviewt. Die Interviewten praktizieren in Nürnberg (n = 4), Regensburg (n = 1) und dem Landkreis Starnberg (n = 1). Alle verfügen über eine mehrjährige Berufserfahrung, wobei 3 von ihnen zwischen 2 und 8 Jahren und 3 seit über 25 Jahren im ambulanten ärztlichen Bereich tätig sind. Besondere Anknüpfungspunkte zum Bereich Substanzkonsumstörungen bestehen bei 2 der Befragten: Eine Ärztin hat eine Zusatzausbildung im Bereich Suchtmedizin und ein Arzt verfügt über Kooperationen mit Einrichtungen der Suchthilfe.

[5] Ärztliche Psychotherapeutin, Psychiaterin, gab an, keine Medikamente zu verschreiben.

3.5.2 Behandelte Personen mit Substanzkonsumstörungen

3.5.2.1 Substanzkonsumstörungen und Komorbiditäten

Das Patient:innenkollektiv unterscheidet sich in den verschiedenen Praxen, allerdings finden sich regelhaft Patientinnen und Patienten aus allen sozialen Schichten. Die Patientinnen und Patienten seien teilweise gut beruflich und sozial integriert, jedoch fänden sich gerade unter langjährig Konsumierenden auch viele Arbeitslose bzw. sog. „sozial schwache“ Personen.

Drei PT behandeln nach eigener Auskunft Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen, in einem Fall machen diese den Großteil des Patient:innenkollektivs aus. Zwei PT verwiesen auf die Bedeutung von Cannabiskonsum im Behandlungsalltag, wobei hier mitunter zwar Cannabis konsumiert, aber keine Cannabisproblematik vorläge. Zudem werden einzelne Patientinnen und Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Amphetaminen, Stimulanzien, Tranquilizern, Beruhigungsmitteln oder Substitutionsmitteln behandelt. Als häufige Komorbiditäten wurden einerseits weitere psychische Erkrankungen wie affektive Störungen, Angststörungen, PTBS, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen/Wahnvorstellungen berichtet. Neben psychischen Komorbiditäten spielen im psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen körperliche Beschwerden (Rückenprobleme, orthopädische Probleme, chronische Schmerzstörungen, Krebs) eine wichtige Rolle.

Alle HÄ gaben an, Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen zu behandeln und bis auf eine Ausnahme berichteten alle von eigenen Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum. Vereinzelt finden sich auch Personen mit Opioid-, Tabak- und Cannabinoidkonsumstörungen im Patient:innenkollektiv. Zugleich wurde auf die Existenz von Praxen hingewiesen, die auf Drogenkonsumierende spezialisiert seien und möglicherweise einen Großteil der Personen mit Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen absorbieren würden.

Den HÄ zu Folge kommt es bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen häufig zu somatischen Begleiterkrankungen, die mitunter sehr störungsspezifisch seien (z. B. Lebererkrankungen bei Alkoholproblemen, Fatigue bei Cannabisproblemen). Darüber hinaus seien psychische Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen verbreitet.

Im Patient:innenkollektiv des Psychiaters finden sich Patientinnen und Patienten, die Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen problematisch konsumieren. Seine Behandlung setze oft schon an, bevor sich ein Konsumverhalten zur Störung entwickelt habe. Hierbei hätten Patientinnen und Patienten mit problematischem Substanzkonsum unterhalb der Schwelle zur Störungsdiagnose deutlich weniger Begleiterkrankungen als Patientinnen und Patienten mit manifesten Substanzkonsumstörungen, die zum Teil schwere substanzkonsumbedingte Folgeerkrankungen aufwiesen.

Die internistisch tätige Ärztin in laufender Facharztausbildung behandelt nach eigener Angabe insbesondere Patientinnen und Patienten mit Tabak- mit Abstand gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen. Zudem gäbe es einige wenige Patientinnen und Patienten, die Cannabis konsumierten ohne Cannabinoidkonsumstörungen zu haben. All diese Personen hätten komorbide Erkrankungen, die im Falle psychischer Begleiterkrankungen häufig bereits durch neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ behandelt würden.

Zwei PT, der Psychiater sowie ein HÄ, wiesen zudem darauf hin, dass der Substanzkonsum oft nicht die Hauptdiagnose oder der initiale Anlass für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen bzw. ärztlichen Leistungen sei, sondern vielmehr eine Komorbidität einer (anderen) psychischen Erkrankung darstelle.

3.5.2.2 Veränderungen des Patient:innenkollektivs in den letzten Jahren

Auf die Frage, ob sich ihr Patient:innenkollektiv in den letzten Jahren verändert habe, teilten die PT unterschiedliche Erfahrungen mit. Eine PT berichtete, dass sie einerseits mehr Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandele und dass andererseits die Komorbiditätslast der Behandelten zugenommen habe. So komme es bei jungen Männern, die Cannabis konsumierten, vermehrt zu psychotischen Symptomen, was vermutlich daran liege, dass die Cannabisprodukte „stärker“ geworden seien. Eine weitere PT gab an, ihre Klientel habe sich bislang zwar nicht verändert, aber es gebe relevante gesamtgesellschaftliche Trends: So würde zum einen vor allem im Osten der Republik vermehrt Crystal Meth konsumiert. Zum anderen sei gerade unter jüngeren Patientinnen und Patienten der Wissenstand zum Thema Substanzkonsum gestiegen. Darüber hinaus sei die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkoholkonsum rückläufig. Ein weiterer Interviewpartner konnte ebenfalls innerhalb des eigenen Patient:innenkollektivs keine Veränderungen feststellen, berichtete aber, aus der Suchthilfe von mehr Klientel mit Cannabis- und weniger Klientel mit Amphetaminproblemen gehört zu haben.

Auch die HÄ teilten hinsichtlich ihrer Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen gemischte Erfahrungen mit. Eine HÄ berichtete von zunehmend mehr Frauen mit Alkoholproblematik in ihrer Klientel. Eine weitere vermutete, dass immer mehr jüngere Patientinnen und Patienten Probleme aufgrund des Konsums illegaler Substanzen hätten. Wieder eine andere HÄ gab an, dass immer weniger ihrer Patientinnen und Patienten Probleme mit Alkohol oder Tabak hätten und zugleich Cannabiskonsum – insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten zwischen 16 und 35 Jahren – an Bedeutung gewinne. In Bezug auf Patientinnen und Patienten, die Probleme mit illegalen Substanzen (außer Cannabis) hätten, könne sie keine Veränderung feststellen. Kein HÄ erwähnte explizit eine veränderte Komorbiditätslast bei den eigenen Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen.

Dem Psychiater zu Folge hat sich in den letzten Jahren weder die Zusammensetzung seiner Klientel noch deren Komorbiditätslast verändert. Er vermutete allerdings einen Anstieg von Cannabinoidkonsumstörungen, da Cannabis mittlerweile verordnungsfähig sei. Die internistisch tätige Ärztin gab an, dass ein kombiniertes Auftreten von psychischen Erkrankungen und Substanzkonsumstörungen zugenommen habe.

3.5.2.3 Therapiemotivation

Die Patientinnen und Patienten unterscheiden sich laut den Interviewten hinsichtlich Abstinenzmotivation und Termintreue. Die Abstinenzmotivation ist laut den interviewten PT teilweise sehr hoch, teilweise gar nicht vorhanden. Hierbei war ein PT der Ansicht, dass die Abstinenzmotivation in erster Linie von der Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten abhänge und nicht von der Art der Substanzkonsumstörung. Demgegenüber sah eine andere PT gewisse störungsspezifische Charakteristika. Sie berichtete in Bezug auf ihre Klientel mit Alkoholproblemen, dass hier zu Beginn der Therapie zwar meist eine Abstinenzmotivation vorhanden sei, es aber mitunter an der Abstinenzfähigkeit fehle. Patientinnen und Patienten mit einer Substanzkonsumstörung aufgrund von illegalen Drogen hätten dagegen häufig einen gewissen Druck von außen und seien stärker fremdmotiviert. Hier diene die psychotherapeutische Anbindung oft nur dem Zweck, in ein Methadonsubstitutionsprogramm aufgenommen zu werden, und die Abstinenz an sich sei kein zentrales Thema. Bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Schmerz- bzw. Beruhigungsmittelkonsum fehle laut 2 PT die Krankheitseinsicht und infolgedessen die grundsätzliche Abstinenzmotivation. Hier müsse zunächst ein grundlegendes Problembewusstsein geschaffen werden, ehe an der Abstinenz gearbeitet werden könne.

Hinsichtlich der Frage, inwieweit Patientinnen und Patienten ihre Termine einhalten, hatten die interviewten PT unterschiedliche Sichtweisen. Die zuverlässige Termineinhaltung sei, so ein PT, an die soziale Integration der Patientinnen und Patienten gekoppelt. Je stärker die Wirkung und je höher das Suchtpotenzial der konsumierten Substanz seien, desto weiter fortgeschritten sei die soziale Desintegration der Patientinnen und Patienten und desto unzuverlässiger würden Termine eingehalten. Eine weitere PT bezeichnete die zuverlässige Termineinhaltung durch Patientinnen und Patienten mit Problemen im Bereich der illegalen Substanzen als Ausnahme. Wieder eine andere PT betonte, dass die Termintreue von den individuellen Patientinnen und Patienten abhängig sei, sie Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen aber regelhaft als weniger zuverlässig erlebe als Patientinnen und Patienten, die Probleme mit Beruhigungsmitteln hätten. Demgegenüber stellte unser letzter Interviewpartner keine Muster bezüglich zuverlässiger Termineinhaltung im eigenen Patient:innenkollektiv fest.

Die befragten HÄ fällten ein geteiltes Urteil zur Abstinenzmotivation ihrer Patientinnen und Patienten. Während eine HÄ ihre Klientel als insgesamt sehr motiviert beschrieb, hielt eine andere die

Abstinenzmotivation als für stark von der Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten abhängig. Ein weiterer HÄ beurteilte die Abstinenzmotivation von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen als höher als die von Patientinnen und Patienten mit Problemen im Bereich der illegalen Substanzen. Unsere vierte Interviewpartnerin, berichtete, dass Frauen mit Alkoholkonsumproblemen eine höhere Abstinenzmotivation hätten als ihre männlichen Pendants, dass aber bei allen anderen Substanzkonsumstörungen sowohl Abstinenzmotivation als auch grundsätzliches Problembewusstsein fehlten.

Einem HÄ zu Folge würden Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen ihre Termine zuverlässiger einhalten als Patientinnen und Patienten, die Probleme mit illegalen Drogen haben. Demgegenüber beschrieb eine andere, Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen als grundsätzlich entzugswillig, aber wenig termintreu. Diese Sichtweise teilte eine weitere Ärztin – insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren Alkoholproblemen. Übereinstimmend zur ersten Position, beurteilten 2 HÄ Patientinnen und Patienten, die Probleme mit illegalen Substanzen haben, als grundsätzlich sehr unzuverlässig. Eine Hausärztin merkte in Bezug auf Patientinnen und Patienten mit Cannabisproblematik an, dass diese meist unzuverlässig seien, sich das aber schwer pauschalisieren ließe.

Der Psychiater konnte bei der Abstinenzmotivation keine Unterschiede in verschiedenen Klientelgruppen feststellen. Er beobachtete aber, dass Alkohol gesellschaftlich stärker akzeptiert werde, was zu einer geringeren Motivation und einem geringeren Problembewusstsein führe. Seiner Ansicht nach hänge die Zuverlässigkeit der Patientinnen und Patienten weniger von der Art der Substanzkonsumstörung ab als von der sozialen Integration der Betroffenen. Letztere sei ein Maß dafür, ob man soziale Verbindlichkeiten einhalten könne.

Die internistisch tätige Ärztin berichtete, ihre Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen hätten eine höhere Abstinenzmotivation als ihre Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen. Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen seien die Folgen ihres Konsums oft nicht bewusst, oder es hätten sich bereits therapiebedürftige Folgeerkrankungen entwickelt, so dass die extrinsische Motivation und die Chancen einer erfolgreichen Abstinenz vergleichsweise hoch seien. Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen wüssten dagegen in der Regel um die negativen Konsequenzen ihres Verhaltens und würden sich wider besseres Wissen für das Weiterrauchen entscheiden. Bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen sei überdies das Verständnis für die Folgen des Alkoholkonsums ausschlaggebend dafür, ob vereinbarte Termine eingehalten würden. Dies sei bei Raucherinnen und Rauchern unerheblich.

3.5.3 Behandlungsprozedere

3.5.3.1 Wege der Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen in die ambulante psychotherapeutische/ärztliche Versorgung

Überweisungen an die befragten PT sind beeinflusst durch ihre vorherigen Tätigkeiten im Kontext der Suchthilfe. So berichteten 2 PT, dass Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen vorrangig durch ehemalige Arbeitgeber bzw. Kooperationspartner vermittelt würden. Ein weiterer PT gab an, durch eigene langjährige Berufspraxis in der Suchthilfe als Person mit gewisser Expertise hinsichtlich Substanzkonsumstörungen zu gelten. Daher werde er häufig bei Anliegen zum Thema Substanzkonsum konsultiert. Unser letzter Interviewpartner gab an, insbesondere von Patientinnen und Patienten aufgesucht zu werden, die er aus einer früheren Tätigkeit in der Suchthilfe persönlich kenne.

Demgegenüber teilten alle HÄ mit, dass Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen regelhaft nicht an sie verwiesen würden. Entsprechende Patientinnen und Patienten suchten sie auf eigene Initiative hin auf oder die Substanzkonsumstörung werde im Rahmen einer Untersuchung mit einem anderen Vorstellungsgrund mitdiagnostiziert. Der niedergelassene Psychiater gab an, dass seine Patientinnen und Patienten über Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Beratungsstellen, mit denen zum Teil Kooperationen bestünden, und gelegentlich über HÄ an ihn vermittelt würden. Die internistisch tätige Ärztin berichtete, entsprechende Überweisungen ausschließlich von HÄ zu erhalten.

Ein PT und eine Ärztin erwähnten darüber hinaus, dass ein Teil ihrer Patientinnen und Patienten durch ihre Webseite auf sie aufmerksam werde.

3.5.3.2 Ablauf der psychotherapeutischen Behandlung

Bezüglich des typischen Behandlungsablaufs betonten die interviewten PT unterschiedliche Aspekte. So thematisierte eine PT den Einfluss der Psychotherapie-Richtlinie[6] auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen. Die Vorgabe, dass Patientinnen und Patienten innerhalb von 10 Therapiestunden abstinent werden müssen, erschwere den Behandlungsablauf grundlegend. Der PT zufolge sei es zwar sinnvoll, dass Patientinnen und Patienten nüchtern zur Therapie kämen, allerdings sei es schwer, diesen Punkt innerhalb des dafür festgelegten Zeitraumes zu erreichen. Dies erfordere es, Einrichtungen der Suchthilfe in den Therapieprozess einzubinden und die ambulante Psychotherapie bei Bedarf, z. B. für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt der Patientinnen und Patienten, zu unterbrechen.

Ein weiterer PT fokussierte auf den formellen Ablauf der Therapie und teilte dahingehend mit,

[6] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf

dass sich die Behandlung von Substanzkonsumstörungen nicht grundlegend von der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unterscheide. Nach der Diagnostikphase würden Therapieziele definiert und anschließend für deren Erreichung geeignete Therapiemethoden festgelegt.

Demgegenüber stellte ein anderer PT die Therapiebeziehung bzw. die sich im Verlauf ändernden Therapieinhalte in den Vordergrund: So gehe es zu Beginn meist nicht direkt um die Substanzkonsumstörung, sondern um die Bearbeitung psychischer Probleme wie PTBS, Depressionen oder Angststörungen oder um Themen wie die Ablösung von den Eltern oder Unklarheiten in der Lebensgestaltung. Durch die erlangte Vertrautheit im Verlauf der Therapie könnten Patientinnen und Patienten dann selbstkritisch und offen über ihren Substanzkonsum sprechen.

Unsere vierte Interviewpartnerin betonte die Bedeutung flankierender Versorgungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen. So könne es z. B. erforderlich sein, dass gewalttätige Männer neben der Psychotherapie zusätzlich spezielle Gruppenangebote wahrnähmen.

Bis auf eine Ausnahme stimmten die PT dahingehend überein, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen für eine Langzeittherapie zu ihnen komme. Eine PT war darüber hinaus der Ansicht, dass für junge Patientinnen und Patienten mit „Partydogenkonsum“ und einem hohen Problembewusstsein mitunter auch eine Kurzzeittherapie ausreichend sein könne. Unterbrechungen der Psychotherapie, z. B. für einen stationären Aufenthalt, kämen vor, wenn Patientinnen und Patienten nach 10 Therapiesitzungen nicht abstinent seien oder im Verlauf der Therapie einen Rückfall erlitten.

3.5.3.3 Ablauf der ärztlichen Behandlung

Die HÄ sehen sich in Bezug auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen eher in einer vermittelnden als in einer aktiv behandelnden Rolle, was ggf. auch mit den eingeschränkten Abrechnungsmöglichkeiten für eine suchtbezogene Behandlung zusammenhängt. Sie gaben an, Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen vor allem an Kliniken, die ambulante Psychotherapie sowie – laut 2 HÄ – Suchtberatungsstellen zu verweisen. Lediglich eine HÄ bietet unmittelbar in ihrer eigenen Praxis Alkoholentzugsbehandlungen an. Dafür treffe sie sich an 5 aufeinander folgenden Tagen täglich mit ihren Patientinnen und Patienten. Die gesamte Behandlungsdauer sei auf ungefähr 2 Jahre angelegt. Weitere Versorgungsangebote, wie Psychotherapie, würden auf Wunsch der Patientinnen und Patienten in die Therapie eingebunden. Die anderen HÄ gaben keine klar definierte Behandlungsdauer an. Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen seien Dauerklientel bzw. unabhängig von Behandlungserfolgen hausärztlich angebunden.

Die HÄ waren geteilter Meinung, inwieweit es ihre Aufgabe sei, Patientinnen und Patienten proaktiv auf ihren Substanzkonsum anzusprechen bzw. zu einer Behandlung zu motivieren. So war ein Hausarzt der Ansicht, dass eine ärztliche Einwirkung von außen wenig zielführend sei, wenn die Patientinnen und Patienten nicht hinreichend motiviert seien. Eine Therapie sei insbesondere dann aussichtsreich, wenn Patientinnen und Patienten aktiv nach einer Behandlungsmöglichkeit fragten. Im Kontrast dazu betonte eine andere HÄ, dass es zentral sei, Patientinnen und Patienten bei Auffälligkeiten ärztlicherseits auf einen möglichen Substanzkonsum anzusprechen, da die Betroffenen häufig nicht von sich aus über dieses Thema sprechen wollten. Auf eine gezielte Ansprache des Themas durch Ärztinnen und Ärzte seien viele aber gewillt, etwas gegen ihren Substanzkonsum zu unternehmen.

Der befragte Psychiater teilte mit, dass die Behandlung von den individuellen Patientinnen und Patienten bzw. von den vermittelnden Einrichtungen abhänge. Patientinnen und Patienten, die über die Wohnungshilfe kämen, würden oft durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter begleitet und unterstützt. Patientinnen und Patienten, die über die Suchthilfe kämen, seien meist gut integriert und motiviert, eine Behandlung zu beginnen. Dies sei bei einem Teil der Patientinnen und Patienten, die ohne Vermittlung psychiatrische Hilfe aufsuchten, aufgrund eines geringen Problembewusstseins hinsichtlich des eigenen Substanzkonsums nicht immer der Fall. Die Behandlungsdauer variiere deutlich, sei jedoch für viele Betroffene ein „Langzeitprojekt“, auch könne es nach jahrelanger Abstinenz wieder zu Rückfällen kommen.

Die internistisch tätige Ärztin gab an, dass bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten die organischen bzw. physischen Komorbiditäten der Substanzkonsumstörungen im Vordergrund stünden. Dabei gehe es u. a. um die Behandlung von Erkrankungen der Leber. Die Behandlung der Substanzkonsumstörung bzw. deren Koordination sei Aufgabe der hausärztlichen Versorgung, was ggf. auch mit den eingeschränkten Abrechnungsmöglichkeiten für eine suchtbezogene Behandlung zusammenhängt. Allerdings motiviere sie z. B. Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholkonsumstörung den Konsum einzustellen und informiere darüber hinaus entsprechend der gegebenen Symptomatik über geeignete Behandlungsmöglichkeiten. Die Dauer der Behandlung hänge von der physischen Komorbidität ab. So könne eine internistische Betreuung je nach Gesundheitszustand lebenslang erforderlich sein.

3.5.3.4 Festlegung des Behandlungsendes

Die PT äußern sich unterschiedlich darüber, ab wann eine Therapie erfolgreich beendet sei. Ein PT merkte an, dass zwar grundsätzlich die subjektive Patient:innensicht hinsichtlich des erfolgreichen Therapieendes entscheidend sei, dass jedoch auch das Erreichen einer zufriedenstellenden Abstinenz ein wichtiges Erfolgskriterium bilde. So sei z. B. gelegentliche Abstinenz für Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen kein akzeptables Therapieziel. Ein anderer PT sah den verantwortlichen Umgang mit dem Substanzkonsum demgegenüber als eines von mehreren Therapiezielen (z. B. Bearbeitung beruflicher oder familiärer Ziele) an. Hierbei sei in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten neben der Abstinenz auch die Reduktion der Konsummenge ein akzeptables Therapieziel. Die weiteren PT stuften eine Therapie dann als erfolgreich beendet ein, wenn die Patientinnen und Patienten eine bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität ohne problematischen bzw. ganz ohne Substanzkonsum erlangt hätten.

Auch in der Gruppe der HÄ existieren unterschiedliche Sichtweisen darüber, wann eine Behandlung erfolgreich beendet ist. 2 Befragte bezogen sich ausschließlich auf die Behandlung von Alkoholkonsumstörungen: Hier wurde kontrolliertes Trinken als unrealistischer Ansatz eingestuft und nur vollständige Abstinenz als Therapieerfolg anerkannt. Eine weitere HÄ sah längerfristige Abstinenz vom Substanzkonsum ebenfalls als zentralen Indikator für eine erfolgreiche Behandlung an. Demgegenüber vertrat unsere vierte Interviewpartnerin die Ansicht, dass vollständige Abstinenz bei vielen Patientinnen und Patienten zunächst kein realistisches Ziel sei. Daher müssten zusätzlich zu einem übergeordneten Behandlungsziel mehrere Teilziele, wie. z. B. die Aufnahme einer Psychotherapie, der Antritt eines qualifizierten Entzugs, die Entwicklung eines Problembewusstseins sowie ein funktionsfähiger Alltag mit reduziertem Substanzkonsum, definiert werden. Aus Sicht des Psychiaters ist die Behandlung dann beendet, wenn Patientinnen und Patienten zu einer für sie zufriedenstellenden Lebensweise finden – idealerweise ohne Substanzkonsum. Die internistisch tätige Ärztin gab an, dass in ihr Aufgabengebiet nur die erfolgreiche Behandlung der physischen Komorbiditäten und nicht die Therapie des Substanzkonsums an sich falle. Das Behandlungsende hänge somit davon ab, in welcher Zeitspanne die physischen Begleiterscheinungen (akute Beschwerden vs. chronifizierte Folgeerkrankungen) behandelt werden könnten.

3.5.3.5 Weitervermittlung nach Behandlungsende

Die befragten PT vermitteln ihre Patientinnen und Patienten bei Bedarf nach Behandlungsende in Selbsthilfegruppen. Dabei sahen 2 von ihnen eine entsprechende Langfristanbindung als sinnvoll an. Jeweils ein bzw. eine PT vermittelt Patientinnen und Patienten eigenen Angaben zu Folge auch an Einrichtungen der Suchthilfe, in betreutes Einzelwohnen oder an den SpDi weiter.

Im Gegensatz dazu berichteten die HÄ nicht ausdrücklich von Weitervermittlungen nach Behandlungsende. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die eigentliche Suchttherapie in der Regel nicht in der hausärztlichen Praxis stattfindet und „hausärztliche Behandlung" in erster Linie darin besteht, Patientinnen und Patienten in entsprechende Versorgungsangebote zu vermitteln. In Bezug auf Alkoholkonsumstörungen ging zudem ein HÄ davon aus, dass es aufgrund von chronischen Verläufen und potenziellen Rückfällen grundsätzlich kein (erfolgreiches) Behandlungsende gebe.

Ähnliches gilt für die internistisch tätige Ärztin. Da sie in erster Linie nicht die Substanzkonsumstörungen, sondern deren Komorbiditäten behandle, liege die Koordination der Patientinnen und Patienten bezüglich der suchtbezogenen Behandlung bei anderen Akteuren – in erster Linie bei HÄ. Der Psychiater gab an, seine Patientinnen und Patienten in die ambulante Psychotherapie zu vermitteln, wenn durch langjährigen Substanzkonsum Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung bestünden.

3.5.3.6 Störungsspezifische Unterschiede im Behandlungsprozedere

Die PT berichteten, dass die Art der Substanzkonsumstörung das Behandlungsprozedere grundsätzlich nicht beeinflusse. Vielmehr gehe es primär um die individuelle Geschichte der Patientinnen und Patienten und darum, zu thematisieren, welche Funktion der Substanzkonsum für die Behandelten habe. Eine Psychotherapeutin berichtete allerdings, dass es im Rahmen der Psychotherapie vergleichsweise schwierig sei, zu Patientinnen und Patienten, die Probleme mit illegalen Substanzen haben, Kontakt aufzubauen. Sie erlebe diese Klientel mitbedingt durch deren Alltagsherausforderungen als „härter" als andere Patientinnen und Patienten und habe festgestellt, dass sie weniger wahrheitsgemäße Angaben machen. Abweichungen in der Behandlung seien den befragten PT zudem erforderlich, wenn Patientinnen und Patienten Rückfälle erlitten.

Auch die HÄ berichteten im Hinblick auf die Behandlung nur vereinzelt Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzkonsumstörungen. So gab ein Befragter an, dass sich Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumproblemen leichter vermitteln ließen als solche, die Probleme mit illegalen Substanzen haben, da die Behandlung von Alkoholkonsumstörungen im Einzugsgebiet der eigenen Praxis besser organisiert sei. Eine andere HÄ erwähnte, dass ihre Einflussmöglichkeiten auf die Behandlung von den konsumierten Substanzen abhingen: Bei Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen bestünden – bis auf das Verweisen auf Angebote der Suchthilfe – wenig Handlungsmöglichkeiten. Patientinnen und Patienten mit Tabak-, Alkohol- oder auch Cannabinoidkonsumstörungen könnten leichter positiv verstärkend beim Erreichen der Abstinenzziele unterstützt werden. Auch bei der Behandlung von problematischem Medikamentenkonsum gebe es innerhalb einer hausärztlichen Praxis mehr Handlungsspielräume, z. B. eine entsprechende Anpassung der Verschreibungspraxis.

Der Psychiater äußerte, dass das Vorhandensein einer körperlichen Abhängigkeit die Behandlung anspruchsvoller gestalte, es allerdings grundsätzlich kaum substanzabhängige Unterschiede in der Behandlung gebe. Die internistisch tätige Ärztin berichtete einen Zusammenhang zwischen den internistischen Spezialisierungen und den Behandlungsschwerpunkten. So gehe sie davon aus, dass Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen vor allem durch pneumologisch und Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen vorrangig durch gastroenterologisch/diabetologisch spezialisierte Internistinnen und Internisten behandelt würden.

3.5.4 Kooperation mit weiteren Leistungserbringern

3.5.4.1 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im Allgemeinen berichteten die interviewten PT – ggf. aufgrund ihrer vorherigen Tätigkeiten im Kontext der Suchthilfe – tendenziell von mehr Kooperationen als die befragten HÄ. So kooperiert ein PT mit Kliniken und Suchtberatungsstellen sowie einzelfallbezogen mit einer Substitutionsärztin. Der Kontakt zu anderen Einrichtungen sei dabei nicht institutionalisiert, sondern erfolge bedarfsorientiert.

Ein weiterer PT gab an, kaum mit Suchtberatungsstellen, sondern eher mit psychosomatischen Kliniken und Entwöhnungskliniken zu kooperieren. Ein fachlicher Telefonaustausch bestehe insbesondere mit Kliniken, deren Personal oder Leitung er aus einer früheren Tätigkeit kenne. Kooperationen mit HÄ und FÄ erfolgten im Rahmen der Erstellung von Rehabilitationsanträgen indirekt über seine Patientinnen und Patienten, die z. B. psychotherapeutische Stellungnahmen an Klinken oder Krankenkassen weiterleiteten.

Demgegenüber arbeitet eine andere PT nach eigener Auskunft mit Beratungsstellen, Suchtambulanzen, Einrichtungen zur Entwöhnungstherapie und verschiedenen Institutionen im Bereich des betreuten Einzelwohnens zusammen – insbesondere im Rahmen von Übergabegesprächen. In diesem Zusammenhang werde geklärt, an welche Versorgungsangebote Patientinnen und Patienten nach Beendigung der Psychotherapie angebunden werden könnten. Auch wenn die Psychotherapie für eine Entwöhnungsbehandlung unterbrochen werde, gebe es meist schriftliche Absprachen mit entsprechenden Einrichtungen. Ansonsten bestehe im Allgemeinen die implizite Vereinbarung, dass sich die beteiligten Akteure über Auffälligkeiten in der Arbeit mit ihrer gemeinsamen Klientel gegenseitig informieren. Vermittlungen durch HÄ seien tendenziell selten.

Unsere vierte Interviewpartnerin gab an, insbesondere mit niedergelassenen HÄ oder psychiatrisch tätigen FÄ zusammenzuarbeiten, da ihre Patientinnen und Patienten aufgrund schwerer depressiver Symptomatiken eine begleitende medikamentöse Behandlung benötigten. Durch ihre zweite Tätigkeit in einem SpDi habe sie auch einen guten Kontakt zu Suchtberatungsstellen: So

vermittele sie einzelne Patientinnen und Patienten in Kurse zu weniger risikoreichem Alkoholkonsum in einer Suchtberatungsstelle. Darüber hinaus bestünden Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern im Rahmen von Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen eigener Patientinnen und Patienten.

3.5.4.2 Ärztinnen und Ärzte

Bei den befragten HÄ bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich Ausmaßes und Art der Kooperation mit weiteren Leitungserbringern. So berichtete eine befragte HÄ, dass sie ihren Patientinnen und Patienten zwar mögliche Anlaufstellen kommuniziere, allerdings kein direkter Kontakt zu den entsprechenden Institutionen bestünde und somit dort auch keine Termine für die eigenen Patientinnen und Patienten vereinbart würden. Ein weiterer HÄ arbeitet ausschließlich mit Kliniken zusammen, um Patientinnen und Patienten in die stationäre Therapie zu überweisen. Eine Vermittlung an Suchtberatungsstellen sei nach seiner Auskunft nicht zielführend, da Suchtberatungsstellen den Patientinnen und Patienten keine Informationen geben könnten, die über das, was er seinen Patientinnen und Patienten mitgeteilt habe, hinausgehen.

Die anderen HÄ berichteten von mehr Kooperationen mit anderen Einrichtungen. So äußerte die HÄ, die selbst Alkoholentgiftung anbietet, je nach Patient:innenwunsch weitere Hilfsangebote wie psychologische Fachkräfte, Kliniken oder Selbsthilfegruppen in die Therapie einzubinden. Dabei würden durch ihre Praxis Termine vereinbart oder Adressen weitergegeben. Eine weitere HÄ gab an, Patientinnen und Patienten mit akuten Intoxikationen ins Krankenhaus zu überweisen und sich grundsätzlich um eine psychotherapeutische Anbindung zu bemühen. Wenn zeitnah keine Terminvereinbarung möglich sei, erfolge auch ein Verweis auf die Hotline der Koordinationsstelle Psychotherapie. Je nach Bedarf werde bei entsprechenden Komorbiditäten zudem eine psychiatrische Anbindung vorgeschlagen. Darüber hinaus weise sie eigene Patientinnen und Patienten auf Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen oder den Krisendienst hin.

Der befragte Psychiater berichtete Kooperationen mit stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Beratungsstellen der Wohnungslosenhilfe, Suchtberatungsstellen, niedergelassenen HÄ, FÄ und PT.

Die internistisch tätige Ärztin kooperiert nach eigenen Angaben dann mit Kliniken, wenn die körperlichen Begleiterkrankungen des Substanzkonsums, z. B. Erkrankungen der Leber, weit fortgeschritten sind. Zu HÄ habe sie nur bei Compliance-Problemen der Patientinnen und Patienten und daraus resultierendem Handlungsbedarf direkt Kontakt. Es gebe keine unmittelbare Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, sie gebe den Patientinnen und Patienten allerdings entsprechende Kontaktdaten weiter und weise auf den positiven Nutzen der Selbsthilfe hin.

3.5.5 Veränderungen der ambulanten Versorgung durch die Covid-19-Pandemie

3.5.5.1 Anzahl an hilfesuchenden Patientinnen und Patienten

Die PT sind geteilter Meinung, inwieweit sich die Anzahl an hilfesuchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Verlauf der Covid-19-Pandemie verändert hat. Während 2 PT keine quantitativen Veränderungen in ihrer Praxis sowie in ihrem näheren Umfeld wahrgenommen haben, teilte ein PT mit, dass es aufgrund der erhöhten Wartezeiten bei Entgiftungskliniken nun mehr Hilfesuchende mit Substanzkonsumstörungen gebe. Diese Patientinnen und Patienten hätten meist bereits vor der Pandemie leichte Probleme in Bezug auf Substanzkonsum gehabt, die sich dann verschlimmert hätten. Zudem berichteten 2 PT, dass Rückfälle im Zuge der Pandemie zugenommen hätten und hinsichtlich ihrer Intensität stärker gewesen seien. Eine PT gab an, dass die psychischen Nöte während der Pandemie schwerwiegender gewesen seien und es den Patientinnen und Patienten schwerer gefallen sei, wieder aus Krisen herauszukommen, wodurch sich die Abhängigkeitsproblematik verschärft habe. Des Weiteren wies eine PT darauf hin, dass sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten während der Pandemie verschlechtert habe, da Unterstützungssysteme wie Selbsthilfegruppen oder Sportangebote weggebrochen seien. Auf geschlossene Kliniken und reduzierte Behandlungsangebote kam auch ein weiterer PT zu sprechen und sagte, dies habe die Situation für Betroffene zusätzlich verschärft.

Auch die interviewten HÄ waren in Bezug auf die Auswirkungen der Pandemie uneins. So teilten 2 von ihnen mit, in ihrer Praxis zwar keine Veränderungen festgestellt zu haben, dass allerdings während der Pandemie vermutlich Alkohol- und der Medikamentenkonsum gestiegen seien. Demgegenüber berichtete eine andere HÄ, dass sich ihre Patient:innenzahl im Zuge der Covid-19-bedingten Schließungen in vielen Versorgungsbereichen erhöht habe. Sie gehe davon aus, dass es im Allgemeinen einen erhöhten Therapiebedarf bei Patientinnen und Patienten gebe, die im Zuge der Pandemie eine Alkoholkonsumstörung entwickelt hätten. Eine HÄ gab an, Veränderungen in der Patient:innenzahl schwer beurteilen zu können. Sie gehe allerdings davon aus, dass manche Patientinnen und Patienten aus Angst vor einer Ansteckung nicht in die Praxen gekommen seien.

Der Psychiater berichtete, dass sich seine Patient:innenzahl im Zuge der Covid-19-Pandemie nicht verändert habe. Die internistisch tätige Ärztin, die innerhalb der Covid-19-Pandemie von einer allgemeinmedizinischen in eine internistische Arztpraxis wechselte, berichtete von einer Abnahme der Patient:innenzahl, die sie auf die Angst vor einer Ansteckung mit Covid-19 zurückführte. Darüber hinaus teilte sie mit, dass es in ihrer Praxis zu einer Erhöhung der Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Angststörungen gekommen sei, die infolgedessen eine Alkoholkonsumstörung entwickelt hätten.

3.5.5.2 Dauer und Ablauf der Behandlung

Inhalte und Dauer der psychotherapeutischen Behandlung blieben im Zuge der Covid-19-Pandemie laut den befragten PT im Wesentlichen unverändert. Die Patientinnen und Patienten seien regelmäßig zu den Terminen erschienen und die Nutzung der psychotherapeutischen Angebote sei kontinuierlich weitergelaufen. Ein PT berichtete allerdings, dass die Konsumreduktion durch die Isolation während der Pandemie später begonnen bzw. auf niedrigerem Niveau erfolgt sei. Ein PT sprach zudem von längeren Behandlungsdauern, da die Umsetzung von Therapieelementen, die den Kontakt zu anderen Personen im Umfeld der Patientinnen und Patienten erfordert hätten, verkompliziert gewesen sei.

Die 3 HÄ, die sich zu diesem Thema äußerten, berichteten ihre Behandlungen während der Covid-19-Pandemie unverändert fortgesetzt zu haben. Auch der Psychiater hat keine Pandemie-assoziierten Veränderungen in Bezug auf Behandlungsinhalte und -dauer wahrgenommen. Er erwähnte allerdings verzögerte Behandlungsbeginne aufgrund von überlasteten Kliniken. Die internistisch tätige Ärztin wies darauf hin, dass Routinekontrollen während der Pandemie oft nicht stattgefunden hätten. Dies habe zu einer Verschärfung der Symptomatik geführt, was sich jetzt in komplexeren Behandlungsschemata bemerkbar mache. Darüber hinaus teilte sie mit, dass es schwierig gewesen sei, den erhöhten psychotherapeutischen Bedarf der Patientinnen und Patienten, der aufgrund von langen Wartezeiten nicht ausreichend durch psychotherapeutische Angebote habe abgedeckt werden können, über die haus- bzw. fachärztliche Versorgung „mit aufzufangen“.

3.5.5.3 Erwartungen nach der Covid-19-Pandemie

Zwei PT vermuteten das Fortdauern mancher Veränderungen, die während der Pandemie aufgetreten waren. So dürften sich die während der Covid-19-Pandemie beobachtbare höhere Therapienachfrage im Zusammenhang mit Krisenintervention, Depressionen oder familiären Konflikten und der im Zuge der Pandemie gestiegene Alkoholkonsum auch nach Ende der Pandemie auf die psychotherapeutische Versorgung auswirken. Zudem hätten während der Pandemie psychische Erkrankungen und Suizidalität in der Öffentlichkeit an Aufmerksamkeit gewonnen. Eine PT erwartete im Zuge der Pandemie mehr Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, da viele Personen in Folge des pandemiebedingten Arbeitsplatzverlustes, Existenzängsten und völliger Überforderung mit der Situation ihren Substanzmittelkonsum (insb. Alkohol) erhöht hätten. Im Kontrast dazu gingen 2 andere PT für die Zeit nach der Pandemie nicht von mehr Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen aus, einer von ihnen vermutete allerdings eine Zunahme psychischer Erkrankungen im Allgemeinen.

Eine Hausärztin ging nicht von dauerhaften Veränderungen in der Anzahl oder der Versorgungsituation von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen nach der Pandemie aus.

Demgegenüber erwarteten die übrigen 3 eine zunehmende Patient:innenzahl. So seien z. B. (neu entwickelte) Alkoholkonsumstörungen aufgrund von Homeoffice und Isolation bisher teilweise unentdeckt geblieben. Mit Rückkehr der Menschen an ihre Arbeitsplätze und zu sozialen Veranstaltungen sei kein heimliches Alkoholtrinken mehr möglich und der soziale Druck, sich Hilfe zu suchen, steige. Zudem seien viele Personen – insbesondere Patientinnen und Patienten mit Angststörungen – während der Pandemie aus Angst vor einer Covid-19-Ansteckung nicht in die Praxen gekommen, weswegen sich Verschiebungen im psychischen Morbiditätsprofil und damit einhergehende Substanzkonsumstörungen erst nach und nach in den Praxen zeigen würden. Zudem sei der psychische Druck in der Gesellschaft im Kontext von Pandemie, Krieg, Inflation, arbeitsbedingtem Stress, etc. gestiegen. Hier sei vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum eine mögliche – wenn auch dysfunktionale – Copingstrategie, weswegen bei annahmegemäß weiter steigendem psychischem Druck auch die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung zunehmen dürfte.

Während der Psychiater keine Veränderungen nach der Covid-19-Pandemie erwartete, vermutete die internistisch tätige Ärztin eine Zunahme der Patient:innenzahlen. Zudem vermutete sie eine Verschiebung zu eher jungen Patientinnen und Patienten, da viele Heranwachsende aufgrund fehlender sozialer Strukturen während der Pandemie Probleme beim Eintritt ins Erwachsenenalter gehabt hätten bzw. noch haben, was sie wiederum anfälliger für Substanzmissbrauch machen könnte. Auch die Cannabislegalisierung könnte einen Anstieg der Patient:innenzahlen nach sich ziehen.

3.5.6 Herausforderungen für die psychotherapeutisch und ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

3.5.6.1 Kooperation mit weiteren Leistungserbringern

Das Ausmaß und die Art der Kooperation der Interviewten mit weiteren Leistungserbringern beeinflusste die diesbezüglich berichteten Herausforderungen. So nannten z. B. Interviewte, die wenig mit weiteren Leistungserbringern kooperieren, auch weniger kooperationsspezifische Herausforderungen.

In der Gruppe der PT werden die geringen zeitlichen Ressourcen von an der Behandlung beteiligten HÄ und FÄ als Herausforderung genannt. Ein Interviewpartner merkte an, dass es insbesondere in psychiatrischen Kliniken bei hoher Auslastung wenig Zeit für telefonische Absprachen gebe. Im Allgemeinen sei die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren jedoch einzelfallabhängig und werde z. B. davon beeinflusst, wie aufgeschlossen andere Akteure gegenüber der ambulanten Psychotherapie seien. Eine weitere PT berichtete, dass HÄ und FÄ sehr wenig Kapazitäten für –

schlecht vergütete – Kooperationsleistungen hätten. Dabei sei der Kontakt zu HÄ oder psychiatrisch tätige FÄ, z. B. in Form eines telefonischen Austauschs, insbesondere bei schwerer erkrankten Patientinnen und Patienten wichtig. Ein weiterer PT gab an, dass die HÄ ihre Patientinnen und Patienten nur selten an PT oder an Suchthilfeeinrichtungen vermitteln würden, was weniger an den Personen selbst als vielmehr an den komplexen Versorgungsstrukturen liege.

Die befragten HÄ bestätigten die Einschätzung der PT zu fehlenden zeitlichen Ressourcen für die Kooperation mit weiteren Akteuren. Als weitere Herausforderung nannten sie lange Wartezeiten bei der Vermittlung eines Behandlungsplatzes. Zudem berichtete die HÄ, die im Rahmen ihrer Praxis auch Entgiftung anbietet, von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken, die sie als wenig kooperativ wahrnehme. Die Vermittlung in eine psychiatrische Klinik erfordere viele Telefonate und sei mit langen Wartezeiten verbunden. Dies sei problematisch, da kurzfristig auf offene Therapiefenster von Patientinnen und Patienten reagiert werden sollte. Die Ansicht, dass die Vermittlung in therapeutische Angebote herausfordernd sei und viel Geduld und Zeit beanspruche, teilte eine andere HÄ. Es gebe wenig Therapieplätze und die lange Wartezeit erschwere es, Patientinnen und Patienten für eine Therapie zu motivieren. Der Mangel an Therapieplätzen sei dabei ein weit größeres Problem als mangelnde Kooperation unter den beteiligten Akteuren. Eine anderer HÄ benannte zudem unklare Kompetenzzuweisungen (Identifikation korrekter Ansprechpersonen) als weitere Herausforderung, wenn es darum gehe eigene Patientinnen und Patienten in Kliniken anzumelden. Als weitere Hürde wurde die Zusammenarbeit zwischen HÄ und anderen FÄ benannt. Dies liege einerseits daran, dass die wechselseitigen Kompetenzfelder nicht immer vollauf anerkannt würden, zum anderen sei es aufgrund der jeweils knappen zeitlichen Ressourcen schwierig gemeinsame Zeitfenster für einen Austausch zu finden. Die internistisch tätige Ärztin verwies in diesem Zusammenhang auf eine mangelnde Abstimmung der diagnostischen Schritte zwischen HÄ und FÄ. Voruntersuchungen würden von HÄ zum Teil unvollständig erbracht und im Rahmen der Überweisung nicht hinreichend kommuniziert.

Der niedergelassene Psychiater thematisierte zudem, dass in den vergangenen Jahrzenten Standesdünkel und unterschiedliche konzeptionelle Ansätze (medikamentöse Therapie bzw. therapeutische Arbeit) die Zusammenarbeit von psychiatrischen und sozialpädagogischen Fachkräften beeinträchtigt hätten. Diese Differenzen hätten sich mittlerweile gelegt, dennoch gebe es nach wie vor wenig neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ, die mit Einrichtungen im Kontext der Suchthilfe kooperierten.

3.5.6.2 Fachgruppenunabhängige Herausforderungen

a) Vermutete Zunahme an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Fünf der Interviewten äußerten im Rahmen des Interviewteils zur Covid-19-Pandemie, dass sie zukünftig mehr Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen erwarteten. Explizit als Zukunftsherausforderung wurde die annahmegemäß wachsende Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen aber nur von einer Interviewten genannt. Zudem wurde in einem Interview auf Herausforderungen in Bezug auf die Legalisierung von Cannabis und einer damit zusammenhängenden zusätzlichen Belastung für das Gesundheitssystem hingewiesen.

b) Unzureichende Vergütung von Kooperationsleistungen

Eine PT teilte mit, dass HÄ, FÄ und PT zu wenig für Kooperationsleistungen entlohnt würden. Ein weiterer PT vermutete, dass eine bessere finanzielle Honorierung, die Kooperationsanstrengungen von HÄ und FÄ fördern könnte. Die Aussagen der PT werden durch eine HÄ bestätigt: Ärztinnen und Ärzte hätten im Praxisalltag wenig zeitliche Ressourcen und müssten daher abwägen, wie viel Zeit sie für nicht vergütete Kooperationsleistungen aufwenden. In diesem Zusammenhang teilte die internistisch tätige Ärztin mit, dass die Mitbetreuung eines ambulanten Entzugs von Seiten ihres Arbeitgebers aus wirtschaftlichen Gründen nicht erwünscht sei. In entsprechenden Fällen verweise die Ärztin auf HÄ sowie neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ.

c) Hürden in der Kontaktaufnahme

Die gesellschaftliche Stigmatisierung wird von Seiten der HÄ nach wie vor als Hindernis für die Behandlung von Alkoholkonsumstörungen angesehen. So berichtete eine HÄ, dass die Alkoholkonsumstörung von vielen noch immer nicht als ernstzunehmende Krankheit - die u.a. eine physische Abhängigkeitssymptomatik beinhalten könne – sondern als bloße Charakter- oder Willensschwäche aufgefasst werde. Damit einhergehend teilte ein weiterer HÄ mit, dass Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen häufig erst für eine Behandlung motiviert seien, wenn es kein familiäres bzw. berufliches Unterstützungssystem mehr gäbe.

Der befragte Psychiater berichtete, dass der anfängliche Kontakt zu Patientinnen und Patienten insbesondere dann schwierig sei, wenn diese noch kein Problembewusstsein für ihre Suchterkrankung entwickelt hätten und diesbezüglich eine Leugnungshaltung einnähmen. Dies sei insbesondere bei Patientinnen und Patienten der Fall, die zuvor nicht an eine Beratungsstelle angebunden gewesen bzw. ohne Überweisung in die psychiatrische Praxis gekommen seien.

d) Unterversorgte Gruppe

Die PT mit Teilzeittätigkeit bei einem SpDi wies auf den Versorgungsbedarf einer wenig sichtbaren Zielgruppe hin: Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Alkoholkonsumstörung, die in ihren Wohnungen verwahrlosen. Ihr zufolge werde diese Patient:innengruppe durch keine Institution erreicht. Bezirkssozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter seien hier früher unterstützend tätig gewesen, würden nun allerdings zunehmend mit anderen Aufgaben betraut. Einrichtungen der Suchthilfe seien grundsätzlich nicht aufsuchend tätig und SpDis fühlten sich aufgrund der Sucht-Symptomatik thematisch nicht zuständig. Psychotherapeutische Hilfe sieht die Interviewpartnerin für diese Zielgruppe nicht als indiziert an. Dennoch könne betroffenen Patientinnen und Patienten durch unterstützende Maßnahmen menschenwürdiges Dasein ermöglicht werden: Die Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung über ärztliche Hausbesuche, die Unterstützung beim Erlernen eines kontrollierten Alkoholkonsums sowie bei lebenspraktischen Angelegenheiten, wie z. B. Hilfe bei der Wohnungssäuberung.

e) Mangel an Behandlungsplätzen und lange Wartezeiten

Der Großteil der HÄ beschrieb den Mangel an Behandlungsplätzen für Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen als Herausforderung. Während eine Befragte vor allem in den langen Wartezeiten für Psychiatrieplätze ein Problem sah, besteht einer weiteren HÄ zufolge vor allem einen Mangel an Terminen mit psychiatrisch tätigen FÄ und bezüglich ambulanter Psychotherapieplätze. Eine weitere HÄ beschrieb sowohl die ambulante psychotherapeutische als auch die stationäre Versorgung, z. B. für Langzeittherapie für Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörung als unzureichend. Auch die internistisch tätige Ärztin berichtete von einem Mangel an stationären Behandlungsmöglichkeiten und ambulanten Psychotherapieplätzen und den damit einhergehenden problematischen Auswirkungen für entsprechende Patientinnen und Patienten.

3.5.6.3 Herausforderungen innerhalb der (haus)ärztlichen Versorgung

a) Besondere Anforderungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

Ein PT äußerte die Vermutung, dass Substanzkonsumstörungen im ärztlichen Setting aufgrund einer anderen Schwerpunktsetzung der FÄ und HÄ nicht immer adäquat angesprochen würden. Laut dem Interviewpartner dürften beinahe alle Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in irgendeiner Form in der ärztlichen Versorgung angebunden sein, allerdings würden ein geringer Prozentsatz durch HÄ und FÄ in die Suchthilfe vermittelt. Dies unterstreiche die Komplexität des Themas „Ansprache und Therapieeinleitung“ bei Suchterkrankungen.

Eine HÄ thematisierte die Problematik von Medikamenteninteraktionen bei unzureichender Abstimmung zwischen HÄ und psychiatrisch tätigen FÄ. Dieses Thema werde nicht ausreichend beachtet. Gerade weil man den Selbstangaben von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen nicht immer glauben könne, sei ein persönlicher Austausch zwischen HÄ und FÄ wichtig.

Hinsichtlich Medikamentenkonsumstörungen wurde von 2 HÄ auf weitere Herausforderungen hingewiesen. So könnten Patientinnen und Patienten über das sogenannte Ärzt:innenhopping wiederholt verschreibungspflichtige Medikamente von unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten beziehen, ohne dass die einzelnen beteiligten Ärztinnen und Ärzte einen Überblick über die insgesamt verschriebenen Medikamente hätten. Dies würde auch deswegen nicht auffallen, weil Patientinnen und Patienten ihre Rezepte in unterschiedlichen Apotheken einlösten. Ein begünstigender Faktor für dieses Vorgehen seien auch die mit den medizinischen Versorgungszentren (MVZ) veränderten Beziehungen zwischen Ärztinnen und Ärzten und deren Patientinnen und Patienten.

b) Strukturelle Herausforderungen

Zwei PT berichteten, dass niedergelassene HÄ und FÄ im Allgemeinen wenig (zeitliche) Ressourcen für Kooperationsleistungen hätten. Ein PT spezifizierte dabei, dass dies vor allem mit den Versorgungsstrukturen und der Rolle der Ärztinnen und Ärzte im Versorgungssystem zusammenhänge.

Der Großteil der HÄ berichtet von einer hohen Arbeitsbelastung und Zeitdruck bei der Arbeit. Ein HÄ äußerte sich dazu detaillierter: Die Arbeitslast steige an, u. a., weil es mehr ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten aber auch mehr Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen und Suchtproblemen gebe. Neben dem steigenden Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen werde die Arbeitssituation zudem durch Gesetze, Verordnungen, u. a. Hygieneregeln, die zum Teil gar nicht eingehalten werden könnten, erschwert. Die Versorgungssituation werde zusätzlich in den kommenden Jahren durch das Ausscheiden vieler HÄ bzw. FÄ und PT in den Ruhestand beeinflusst.

Die internistisch tätige Ärztin wies ebenfalls auf den zunehmenden Personalmangel in medizinischen Berufen hin, was perspektivisch ggf. zu noch längeren Wartezeiten auf Behandlungsplätze führen dürfte und sich vermutlich politisch nicht in einem kurzfristigen zeitlichen Rahmen lösen lasse.

3.5.6.4 Herausforderungen innerhalb der ambulanten Psychotherapie

a) Annahmen über psychotherapeutische Hilfe für Personen mit Substanzkonsumstörungen

Ein PT vertrat die Ansicht, dass viele andere PT keine Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln wollten und es nur wenige PT gebe, die sich z. B. mit Substitutionen gut auskennen oder Kenntnisse über suchtbezogene Therapiekonzepte oder Theorien besäßen. Zudem herrsche unter PT nach wie vor die allgemeine Auffassung, dass Sucht nicht Aufgabe der ambulanten Psychotherapie, sondern Aufgabe stationärer Rehabilitationseinrichtungen sei.

Ein weiterer PT ergänzte diese Position des eigenen Berufsstandes dahingehend, dass dort die Sichtweise, Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen seien im Suchthilfebereich besser aufgehoben als in der ambulanten Psychotherapie, vorherrsche. Auch wenn die Suchthilfe ein zentraler Baustein in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen sei, hieße das allerdings nicht zugleich, dass Psychotherapie für diese Personengruppe wenig zielführend ist. Unser Interviewpartner gab in diesem Zusammenhang an, mit Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen genauso gut bzw. schlecht zusammenarbeiten zu können wie mit anderen Patient:innengruppen. Während z. B. bei Abhängigkeitserkrankungen die Abstinenzmotivation ein zentrales Thema sei, gehe es bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung eben um Konfrontationsmotivation.

b) Behandlung von Substanzkonsumstörungen im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung

Der Großteil der befragten PT berichtete von einer untergeordneten Rolle des Themas Substanzkonsum innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung. Ein Interviewpartner äußerte, dass es infolgedessen bei PT viel Distanz zu Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen gebe und unzureichendes Wissen um entsprechende Behandlungs- und Finanzierungsmöglichkeiten bestehe. Das Thema Substanzkonsum werde u. a. aufgrund seiner untergeordneten Rolle während der Ausbildung auch im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung wenig ernst genommen.

c) Psychotherapie-Richtlinie

Laut einer PT erschwere die Psychotherapie-Richtlinie die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, da nicht klar sei, wie man genau mit Substanzkonsum bei umzugehen habe. Insbesondere bei Rückfällen, die ja in der Realität zu einer Substanzkonsumstörung gehörten, sei nicht klar geregelt, unter welchen Umständen PT die Behandlung fortsetzen dürften. Auch die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten, die kontrollierten Substanzkonsum betreiben, ist gemäß Interviewpartnerin nach der aktuellen Richtlinie nicht möglich.

3.5.7 Lösungsansätze

a) Therapieangebot erhöhen

Der Großteil der interviewten Ärztinnen und Ärzte wies darauf hin, dass die Wartezeiten für Therapieangebote zu lang seien bzw. dass mehr Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen benötigt würden. Der Psychiater betonte darüber hinaus die Notwendigkeit, genügend ambulante Entwöhnungsangebote auch außerhalb städtischer Zentren sicherzustellen. Zudem berichtete eine Interviewpartnerin ausbildungstechnische und strukturelle Maßnahmen auf Fachkräfteebene: Die Erhöhung der Anzahl an Studienplätzen für Medizin und Psychologie sowie die attraktivere Gestaltung des Pflegeberufs.

b) Verbesserung der Kooperation mit anderen Einrichtungen

- *„Ärzt:innenhopping" durch digitale KV-Karte verhindern*

Zwei Interviewten zufolge könnte die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte die kontrollierte Verschreibung von Medikamenten verbessern bzw. Mehrfachverschreibungen der gleichen Medikamente erschweren.

- *Kooperations-Pauschale für Gespräche mit an der Behandlung beteiligten Akteuren*

Zwei Interviewte wiesen auf die Schaffung von Kooperationsanreizen in der Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern über Vergütungspauschalen hin. So bestünden z. B. für die Versorgung bestimmter Zielgruppen kooperationsspezifische Vergütungsvereinbarungen, z. B. für schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten.[7] Die Vergütung von Kooperationstätigkeiten im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen, z. B. für die Zusammenarbeit zwischen HÄ, FÄ, PT und Suchtberatungsstellen, könne die Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren verbessern.

- *Informationen über Versorgungsangebote an Niedergelassene kommunizieren*

Eine PT argumentierte für eine bessere Information von HÄ über die Möglichkeiten der Suchthilfe. Sie wisse von einer Suchtberatungsstelle, die an alle HÄ in ihrem näheren Umfeld einen Flyer versendet und auf ihre Arbeitsschwerpunkte hingewiesen habe. Darüber hinaus sei es für HÄ, FÄ und PT wichtig, die über die Rentenversicherung finanzierten ambulanten Entwöhnungsangebote zu kennen. Entsprechende Angebote könnten auch neben der Erwerbstätigkeit wahrgenommen werden und einen hilfreichen Austausch unter Betroffenen ermöglichen.

Ein PT befürwortete eine intensivere und regelmäßigere Kooperation zwischen ambulanten PT und psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Entsprechende Kliniken nähmen häufig keine

[7] Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, https://www.g-ba.de/richtlinien/126/

Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen auf. Dabei wäre eine wechselseitige Verweisungsbeziehung zielführend. Patientinnen und Patienten könnten durch die ambulante Therapie gut vorbereitet in psychosomatische Rehakliniken vermittelt werden, wo sie in einem stationären Setting abseits ihres gewohnten sozialen Umfelds behandelt würden, und anschließend ambulant psychotherapeutisch weiterbetreut werden. An entsprechende Klinken würden insbesondere Patientinnen und Patienten vermittelt, bei denen Substanzkonsum zwar bekannt sei, allerdings Themen wie Traumatisierung, Panik, Angst oder Depressionen im Vordergrund ständen.

- *Zuständigkeiten hinsichtlich hausärztlicher und internistischer Aufgabengebiete festlegen*

Die internistisch tätige Ärztin schlug vor, einen Standard hinsichtlich der hausärztlichen bzw. internistischen Aufgabengebiete bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen festzulegen.

c) Versorgungsengpässe überbrücken/ausgleichen

Entlastungspotenziale für die hausärztliche Versorgung könnten sich über die Kooperation bzw. eine sinnvolle Aufgabenabgrenzung mit Suchtberatungsstellen ergeben. So könne aus Sicht einer PT der Fokus der hausärztlichen Behandlung auf die Therapie der physischen Komorbiditäten von Suchterkrankungen gelegt werden und die Koordination der „Suchtbezogenen Versorgung" an sich in enger Abstimmung zwischen HÄ und Suchtberatungsstellen erfolgen, da letztere mehr zeitliche Ressourcen für die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen hätten. Auch die internistisch tätige Ärztin berichtete von einer Möglichkeit, Lücken in der Versorgung abzumindern. Sie habe positive Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gemacht. Betroffenen werde so ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht, durch den kurzfristiger Hilfe möglich sei als durch Entzugskliniken, da Patientinnen und Patienten nicht auf Termine angewiesen seien.

d) Zeitökonomische Kooperation und Vermittlung

- *Regelmäßige Termine für den Austausch zwischen Arztpraxen*

Eine befragte Ärztin schlug vor, für die Kooperation mit anderen Ärztinnen und Ärzten, z. B. psychiatrisch tätigen FÄ, fixe telefonische Sprechstunden festzulegen, z. B. in Form von regelmäßigen monatlichen Terminen, die wie Sprechstunden gehandhabt und auch vergütet würden. Eine telefonische Absprache sei dabei sinnvoller als eine Kommunikation über Arztbriefe, weil mehr Informationen ausgetauscht werden könnten.

- *Zentrale Koordinationsstelle für suchtbezogene Behandlungsangebote*

Eine befragte Ärztin schlug vor, analog zur Koordinationsstelle für Psychotherapie eine entsprechende Institution auch für Substanzkonsumstörungen einzurichten. So könnte es eine zentrale

Anlaufstelle je Spezialisierungsrichtung bzw. pro Substanz geben, um die Vermittlung zu vereinfachen. Eine zentrale Terminvermittlung sei dabei aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einen sei die Schwelle für Patientinnen und Patienten, selbst einen Behandlungsplatz zu finden, oft zu groß. Zudem könne es für Patientinnen und Patienten frustrierend sein, wiederholt abgewiesen zu werden. Darüber hinaus hätten HÄ wenig Zeit und bekämen die Vermittlung von Behandlungsplätzen nicht bezahlt.

- *Kurzer Dienstweg zu Suchthilfeeinrichtungen*

Eine befragte PT teilte mit, dass für sie der kurze Dienstweg zu Suchthilfeeinrichtungen hilfreich sei, um suchtversorgungsspezifische Patient:innenanliegen zu klären.

e) De-stigmatisierung

Auf gesellschaftlicher Ebene wiesen 2 Interviewte auf Öffentlichkeitsarbeit als wichtige Maßnahme zur De-stigmatisierung von Suchterkrankungen hin. Dabei gehe es u. a. darum, ein besseres Problembewusstsein in der Bevölkerung zu erreichen und insbesondere Jugendliche darauf hinzuweisen, dass exzessiver Substanzkonsum kein Zeichen von Stärke, sondern ein Risikofaktor für eine Abhängigkeitserkrankung sei. Auf Patient:innenebene sei es dem befragten Psychiater zufolge auch bei geringem Problembewusstsein der Patientinnen und Patienten wichtig, eine wertschätzende Haltung einzunehmen und eine Behandlungsperspektive anzubieten, ohne dabei eine moralische Bewertung vorzunehmen.

f) Ansatzpunkte innerhalb der ambulanten Psychotherapie

Die befragten PT fokussierten hinsichtlich möglicher Ansatzpunkte bei der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen auf unterschiedliche Aspekte.

Ein Interviewpartner betonte, dass die ambulante Psychotherapieszene mehr Kompetenz, Qualität und methodisches sowie konzeptionelles Wissen über Suchterkrankungen erhalten solle, sodass entsprechende Patientinnen und Patienten gut versorgt würden.

Ein weiterer PT thematisierte die Unsicherheit hinsichtlich potenzieller Zahlungsausfälle. Demnach könne die Zahlung eines Ausfallhonorars bzw. die Festlegung eines fixen Budgets durch den Kostenträger, dazu beitragen, die Bereitschaft von PT, Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen anzunehmen, erhöhen. So werde zum Teil auch in der Suchthilfe pauschal budgetiert: Bereits vorab werde eingerechnet, dass ein bestimmter Anteil an Sitzungen nicht wahrgenommen werde. Die Vereinbarung eines privatrechtlichen Therapievertrags, der Patientinnen und Patienten bei Nichterscheinen zur Therapiestunde zu der Zahlung eines Ausfallhonorars verpflichtet, sei für Patientinnen und Patienten ohne Erwerbstätigkeit bzw. mit einem geringen Einkommen, nicht umsetzbar.

Darüber hinaus wurde die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf das Abstinenzgebot als ein weiterer Faktor benannt, der zu einer besseren psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen führen könne.

g) Interdisziplinäre, lokale Arbeitskreise

Eine befragte PT gab an, im Rahmen der Zweittätigkeit für einen SpDi seit über 10 Jahren teil eines interdisziplinären Arbeitskreises zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen zu sein. Ein Ansatzpunkt des vom Gesundheitsreferat einer bayerischen Großstadt initiierten Arbeitskreises sei die bessere Vernetzung von SpDi und Suchthilfeeinrichtungen gewesen. Dabei seien jeweils mehrere Dienste und Suchthilfeeinrichtungen zu einem Sektor zusammengefasst. Durch diese Zusammenarbeit würden u. a. Versorgungsbedarfe sichtbar sowie gegenseitige Fortbildungen und einrichtungsübergreifende Fallbesprechungen ermöglicht.

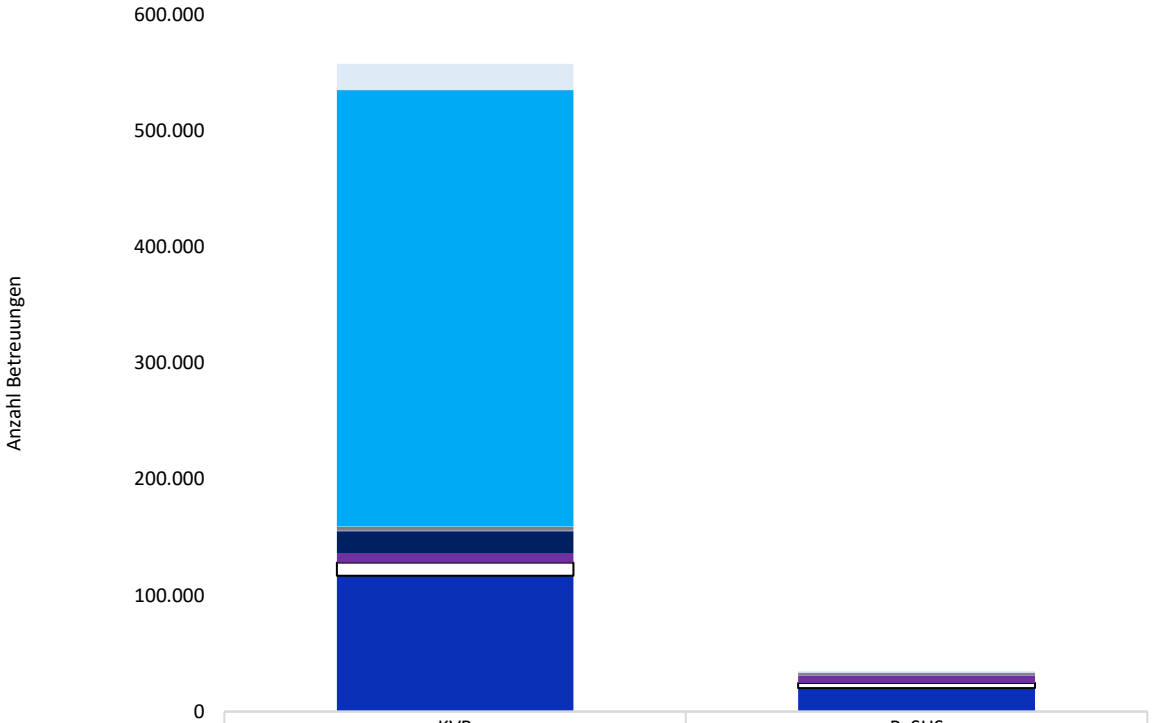
3.6 Zusatzauswertung Gegenüberstellung KVB-Patient:innen und Suchthilfe-Klientel

Um Aufschluss darüber zu gewinnen, inwieweit das GKV-System andere Patientinnen und Patientengruppen erreicht als die ambulante Suchthilfe, werden die in AP 2 identifizierten Patientinnen und Patienten mit der DSHS-Klientel (Daten der Suchthilfestatistik Bayern/BySHS) verglichen. Gewählt wurde das Jahr 2019, da hier anders als in den übrigen BySHS-Jahren Auskünfte für alle Betreuungen und nicht nur für Zugänge/Beender vorliegen. Zu bedenken ist, dass die BySHS-Daten fallbezogen[8] und die KVB-Daten personenbezogen berichtet werden, was die Vergleichbarkeit der absoluten Zahlen (aber annahmegemäß nicht die Vergleichbarkeit der Verteilungen innerhalb des betrachteten Kollektivs) limitiert. Darüber hinaus handelt es sich bei den KVB-Daten um eine Vollerhebung der gesetzlich Krankenversicherten, während die BySHS eine Convenience-Stichprobe aus ca. 65 % der ambulanten bayerischen Suchthilfeeinrichtungen repräsentiert.

weniger Fälle
in der ambulanten Suchthilfe
bei höherem Anteil an Fällen
mit Störungen durch
illegale Substanzen

Wie in Abbildung 25 dargestellt, übersteigt das Patient:innenaufkommen in den Abrechnungsdaten der KVB das Fallaufkommen der BySHS um ein Vielfaches. Demnach werden unabhängig von den Anteilswerten absolut betrachtet bei allen Substanzkonsumstörungen mehr Personen ärztlich bzw. psychotherapeutisch behandelt als durch die „klassische Suchthilfe“ betreut, wobei die jeweilige Intensität der Betreuung/Behandlung nicht abbildbar ist. Auch die Diagnoseverteilung unterscheidet sich substanziell. Während in den KVB-Daten 2 von 3 behandelten Personen Tabakkonsumstörungen aufweisen (67 %), trifft dies in der BySHS auf knapp einen von 100 Fällen zu (1 %). Hier dominieren Alkoholkonsumstörungen, die mit knapp 3 von 5 Fällen (58 %), fast dreimal so häufig auftreten wie im KVB-Kollektiv (21 %). Darüber hinaus sind Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen anders als in den KVB-Daten (3 %) in der BySHS (1 %) von nachrangiger Bedeutung. Insgesamt spielen Störungen durch illegale Substanzen im Fallaufkommen der BySHS eine deutlich größere Rolle als unter den Patientinnen und Patienten des KVB-Kollektivs, wobei die Rangreihe der entsprechenden Substanzkonsumstörungen trotz unterschiedlicher Ausgangsniveaus ähnlich ist (BySHS: Cannabinoid-, Opioid-, Stimulanzienkonsumstörungen; KVB: Opioid-, Cannabinoid-, Stimulanzienkonsumstörungen).

[8] Ausgehend von Patientinnen und Patientenbezogenen Daten der Suchthilfestatistik Berlin wird geschätzt, dass die Patient:innenzahl in etwa 90% des dokumentierten Fallvolumens entspricht. Hierbei sei einschränkend angemerkt, dass dieser Wert aus einer städtischen Klientel errechnet wurde, sodass die Übertragung auf die Versorgung in das Flächenland Bayern mit gewissen Unschärfen behaftet ist.



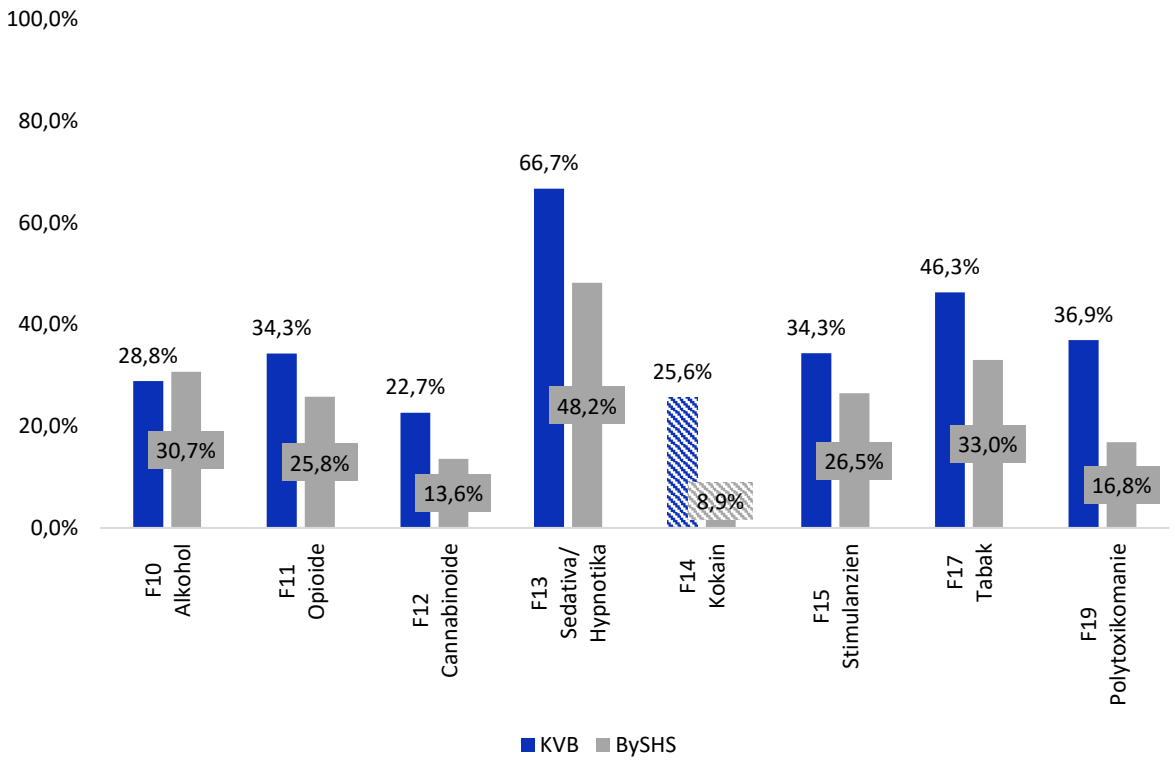
	KVB	BySHS
F19 Polytoxikomanie	22.457	1.360
F18 Flüchtige Lösungsmittel	219	5
F17 Tabak	375.602	312
F16 Halluzinogene	303	15
F15 Stimulanzien	3.314	1.856
F14 Kokain	520	370
F13 Sedativa/ Hypnotika	18.867	307
F12 Cannabinoide	8.096	6.080
F11 Opioide	11.309	4.495
F10 Alkohol	117.137	20.096
Gesamt	557.824	34.896

BySHS = Bayerische Suchthilfestatistik; KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Abbildung 25: Gegenüberstellung der Patient:innenzahlen der KVB mit der Fallvolumina in der BySHS im Beobachtungsjahr 2019

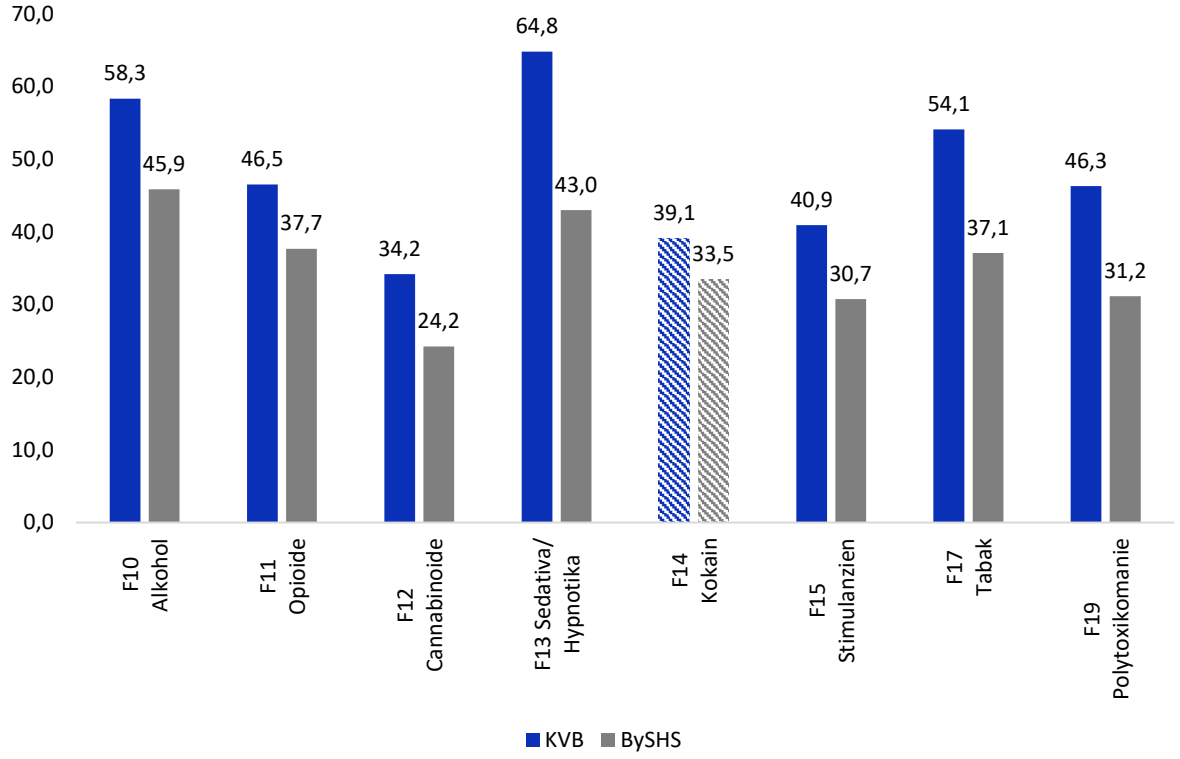
Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich zwischen beiden Populationen, dahin gehend, dass innerhalb der BySHS anteilsmäßig weniger Frauen (Ausnahme: Alkoholkonsumstörungen, siehe Abbildung 26) und im Mittel deutlich jüngere Patientinnen und Patienten betreut werden (siehe Abbildung 27) als im KVB-Kollektiv.

in der ambulanten Suchthilfe seltener Frauen und im Mittel deutlich jüngere Personen betreut



BySHS = Bayerische Suchthilfestatistik; KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Abbildung 26: Frauenanteil der Betreuten im KVB-Datensatz sowie in der BySHS im Beobachtungsjahr 2019



BySHS = Bayerische Suchthilfestatistik; KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Abbildung 27: Altersdurchschnitt der Betreuten im KVB-Datensatz und der BySHS im Beobachtungsjahr 2019

Infolgedessen lässt sich in Bezug auf die Altersstruktur ein höherer Anteil an Patientinnen und Patienten unter 35 Jahren in der BySHS und ein höherer Anteil an Patientinnen und Patienten ab 50 Jahren innerhalb der KVB-Daten beobachten. Dieses Muster zeigt sich quer über die einzelnen Substanzkonsumstörungen (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Altersstruktur der Betreuten in GKV-Datensatz und BySHS-Bayern

		2019					
		<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N
F10	KVB	0,1%	5,3%	17,2%	45,5%	31,8%	117.137
Alkohol	BYSHS	1,1 %	20,0 %	34,4 %	38,9 %	5,6 %	20.080
F11	KVB	0,6 %	16,8 %	45,2 %	27,9 %	9,5 %	11.309
Opioide	BYSHS	0,1 %	38,9 %	50,1 %	10,5 %	0,4 %	4.493
F12	KVB	2,1 %	54,9 %	30,5 %	11,4 %	1,1 %	8.096
Cannabinoide	BYSHS	15,6 %	73,0 %	9,8 %	1,6 %	0,0 %	6.070
F13	KVB	0,0 %	4,8 %	14,6 %	28,1 %	52,4 %	18.867
Sedativa/Hypnotika	BYSHS	1,6 %	30,0 %	30,6 %	31,3 %	6,5 %	307
F14	*KVB*	*0,2 %*	*39,4 %*	*39,2 %*	*17,7 %*	*3,5 %*	*520*
Kokain	*BYSHS*	*0,3 %*	*53,8 %*	*39,4 %*	*6,5 %*	*0,0 %*	*368*
F15	KVB	0,5 %	38,3 %	34,3 %	19,9 %	7,0 %	3.314
Stimulanzien	BYSHS	3,3 %	65,7 %	27,9 %	3,1 %	0,0 %	1.854
F16	*KVB*	*1,3 %*	*45,2 %*	*27,1 %*	*16,8 %*	*9,6 %*	*303*
Halluzinogene	*BYSHS*	*n = 3*	*n = 10*	*n = 2*	*-/-*	*-/-*	*15*
F17	KVB	0,2 %	11,7 %	21,3 %	42,6 %	24,2 %	375.602
Tabak	BYSHS	12,9 %	34,3 %	22,7 %	25,9 %	4,2 %	309
F18	*KVB*	*0,9 %*	*5,0 %*	*19,2 %*	*49,8 %*	*25,1 %*	*219*
Flüchtige Lösungsmittel	*BYSHS*	*-/-*	*n = 5*	*-/-*	*-/-*	*-/-*	*5*
F19	KVB	0,9 %	26,4 %	34,1 %	23,4 %	15,2 %	22.457
Polytoxikomanie	BYSHS	2,5 %	64,7 %	28,2 %	4,6 %	0,0 %	1.360

BySHS = Bayerische Suchthilfestatistik; KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern

In Bezug auf suchtbezogene Komorbiditäten lässt sich kein einheitliches Muster feststellen (siehe Tabelle 21).

Insgesamt scheint aufgrund der unterschiedlichen Gewichtung von Störungen in Folge des Konsums legaler und illegaler Substanzen sowie der unterschiedlichen Altersstruktur der Betreuten auf Substanzebene die Vermutung, dass Suchthilfe und GKV-System bis zu einem gewissen Grad unterschiedliche Patientinnen und Patientengruppen erreichen, gerechtfertigt.

Tabelle 21: Suchtbezogene Komorbidität in KV-Datensatz und DSHS-Bayern

Diagnose		Suchtbezogene Nebendiagnose									
		F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Canna-binoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimulan-zien	F16 Halluzino-gene	F17 Tabak	F18 Flüchtige Lösungsm.	F19 Polytoxi-komanie
F10 Alkohol	KVB (n=117.137)		2,2 %	2,5 %	3,1 %	0,2 %	0,9 %	0,1 %	32,5 %	0,1 %	5,7 %
	BySHS (n=19.779)		2,3 %	8,4 %	1,5 %	1,7 %	3,5 %	0,5 %	21,2 %	0,1 %	0,3 %
F11 Opioide	KVB (n=11.309)	23,2 %		8,2 %	17,3 %	1,8 %	4,5 %	0,4 %	27,0 %	0,1 %	45,6 %
	BySHS (n=4.482)	27,8 %		29,4 %	15,0 %	10,1 %	13,1 %	2,5 %	40,6 %	0,0 %	1,7 %
F12 Cannabinoide	KVB (n=8.096)	33,0 %	9,5 %		6,9 %	2,7 %	12,1 %	1,4 %	31,7 %	0,1 %	27,0 %
	BySHS (n=6035)	27,3 %	3,4 %		1,6 %	7,4 %	19,0 %	3,3 %	29,0 %	0,1 %	0,4 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	KVB (n=18.867)	17,9 %	9,1 %	3,1 %		0,5 %	1,6 %	0,2 %	18,9 %	0,0 %	15,8 %
	BySHS (n=302)	33,4 %	8,3 %	13,9 %		2,6 %	7,3 %	1,0 %	16,2 %	0,0 %	1,3 %
F14 Kokain	*KVB (n=520)*	*36,3 %*	*29,8 %*	*36,9 %*	*17,5 %*		*21,0 %*	*3,5 %*	*33,1 %*	*0,2 %*	*44,0 %*
	BySHS (n=369)	*30,9 %*	*7,3 %*	*40,4 %*	*1,4 %*		*18,4 %*	*2,7 %*	*26,3 %*	*0,0 %*	*0,3 %*
F15 Stimulanzien	KVB (n=3.314)	27,2 %	12,9 %	27,8 %	8,4 %	3,6 %		1,8 %	44,0 %	0,2 %	31,9 %
	BySHS (n=1. 842)	27,4 %	6,4 %	43,3 %	2,0 %	8,3 %		4,0 %	25,7 %	0,0 %	0,4 %
F17 Tabak	KVB (n=375.602)	9,6 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %		0,0 %	1,6 %
	BySHS (n=310)	23,2 %	2,9 %	12,3 %	0,6 %	1,6 %	2,3 %	1,0 %		0,0 %	0,3 %
F19 Polytoxikomanie	KVB (n=22.457)	27,7 %	21,4 %	10,3 %	13,7 %	1,2 %	5,3 %	0,5 %	27,8 %	0,1 %	
	BySHS (n=1.326)	37,6 %	33,2 %	47,4 %	14,2 %	20,4 %	35,0 %	6,2 %	29,1 %	0,2 %	

BySHS = Bayerische Suchthilfestatistik; Flüchtige Lösungsm. = Flüchtige Lösungsmittel, KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayern

4 Ausblick und weiterer Forschungsbedarf

a) Detaillierte Analyse verschiedener Versorgungselemente

Grundsätzlich lässt der generische, eher strukturorientierte Ansatz offen, wie gut Versorgungsprozesse bei spezifischen Prozessen des Suchtmanagements ineinandergreifen. Dass sich das komplexe Feld der Methadonsubstitutionstherapie nicht in allen Details analysieren ließ, wurde bereits in Kapitel 3.4.2.4 verdeutlicht. Hier sollte eine umfassende Bestandsaufnahme nicht nur Art und Umfang der Substitutionstherapie an sich, sondern auch die Einbindung der jeweiligen Patientinnen und Patienten in eine psychosoziale Begleitbetreuung adressieren. Darüber hinaus unterstreicht die hohe HBV/HCV-Prävalenz unter Patientinnen und Patienten mit Opioidkonsumstörungen oder Polytoxikomanie die Gesundheitsrisiken von intravenösem Drogenkonsum. Weitere Forschungsarbeiten sollten sich daher einerseits der Frage widmen, inwieweit innerhalb dieser Risikogruppe ein systematisches Screening auf durch „Needle-Sharing" übertragbare Erkrankungen stattfindet, und wie engmaschig im Falle entsprechender Diagnosen die medizinische Versorgung dieser Komorbiditäten erfolgt. Auch das Auseinanderklaffen bezüglich einer diagnostischen Erfassung psychischer Komorbiditäten und Kontakten zu PT (z. B. diagnostizierte depressive Störungen bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörungen, psychotherapeutische Versorgung bei einem Zehntel dieser Patient:innengruppe) legt nahe, dass hinsichtlich der Therapie psychischer Komorbiditäten Weiterentwicklungspotenziale bestehen. Hier wäre eine genauere Betrachtung der Schnittstelle ärztliche und psychotherapeutische Versorgung angebracht.

b) Transfer der Studienergebnisse in die Praxis

Um den Transfer der Studienergebnisse in die Versorgungspraxis zu unterstützen, erscheint die Entwicklung übergeordneter Behandlungskonzepte und -prozesse auf Ebene einzelner Akteure (u. a. Schärfung des Aufgabenprofils von HÄ und ambulanten PT im Kontext der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, Rolle von Suchtberatungsstellen im Rahmen der Behandlungskoordination) sowie auf Ebene lokaler Versorgungsnetzwerke (u. a. Konzeptionierung von Arbeitskreisen) sinnvoll. Darüber hinaus könnte die zielgenauere Vergütung von Kooperationsleistungen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen verbessern. Hier erscheint ein Austausch zwischen Leistungserbringer- und Leistungsfinanziererseite sinnvoll, welche Umsetzungsmöglichkeiten diesbezüglich bestehen und welche Schritte auf politischer Ebene erforderlich sind. Kurzfristig könnten lokale Modellprojekte erste Anknüpfungspunkte bieten, um die Effektivität neuer Vergütungsoptionen zu evaluieren. Bei entsprechendem „Erfolg", sollte von den politischen Entscheidungsträgern langfristig eine routinemäßige Einbettung in die bundesweite ärztliche Gebührenordnung erwogen werden. In diesem Zusammenhang ließen sich eventuell auch die Zuständigkeiten der einzelnen Professionen klarer definieren (z. B. Vergütungskoppelung an bestimmte Elemente interdisziplinärer Zusammenarbeit).

Denkbare Schritte für den Wissenstransfer in die Versorgungspraxis und den Aufbau von Handlungswissen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen sind nachfolgend skizziert:

- ***Zielgruppe: HÄ in Bayern***
  - Workshop mit Fortbildungspunkten (und ggf. mit Akkreditierung) mit explizitem Fokus auf „suchtbezogene Behandlung“
  - Inhalte: spezifische Anforderungen und Kompetenzen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, Wissen über das suchtbezogene Versorgungssystem und Entlastungspotenziale, zeiteffiziente Kooperationspraxis mit anderen Akteuren der Suchtbehandlung bzw. Suchthilfe, Gesprächsführung, best-practice-Beispiele und praxisnahe Umsetzungsvorschläge, inhaltliche und psychologische Abgrenzung

  ➔ Digitale Veranstaltung, die bayernweit und an regionale Versorgungsstrukturen angepasst angeboten werden könnte

- ***Zielgruppe: ambulante PT in Bayern***
  - Workshop mit Fortbildungspunkten (und ggf. mit Akkreditierung)
  - Inhalte: Störungsspezifische Behandlungsansätze für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, Kooperation mit Suchtberatungsstellen und Rehakliniken, Umgang mit Rückfällen von Patientinnen und Patienten, Kurzzeittherapien innerhalb der „Abstinenzfrist“

  ➔ Bayernweite Zielgruppenerreichung durch digitale Fortbildungskonzepte

- ***Zielgruppe Akteure innerhalb eines lokalen Versorgungsnetzwerkes (z. B. Stadtgebiet einer Großstadt, ländlicher Landkreis)***
  - Konzeption von interdisziplinären Arbeitskreisen mit dem Ziel Versorgungsbedarfe zu identifizieren, fachliche Informationen auszutauschen und Fallbesprechungen abzuhalten (Treffen z. B. quartalsweise).
  - Konzeption von interdisziplinären Workshops, u. a. zur Einbindung von Suchtberatungsstellen in die „hausärztliche Behandlungskoordination“

  ➔ Konzeption von regionsspezifischen digitalen Fortbildungsmodulen (z. B. für Teile einer Metropolregion/Großstadt, Landkreise, ländlich strukturierte Regionen)

5 Literaturverzeichnis

Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbuhler, K., & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, *116*(35-36), 577-584. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577

BBSR (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung). Raumgliederungen auf Kreisbasis. Kreise und kreisfreie Städte, Kreisregionen (Stand 31.12.2017). https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/downloads/download-referenzen.html?nn=2544954

Bundesärztekammer Fachverband Sucht. (2010). Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung– Erkennen, Steuern, Handeln. *Dtsch Arztebl*, *107*, A1877-1878.

Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR). (2020). Raumgliederungen auf Kreisbasis. Kreise und kreisfreie Städte, Kreisregionen (Stand: 31.12.2019). In https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/downloads/download-referenzen.html.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2021). Ärztliches Manual zur Prävention und Behandlung von riskantem, schädlichen und abhängigem Konsum.

Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, *16*(01), 18-26.

Kraus, L., Seitz, N. N., Schulte, B., Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Estimation of the Number of People With Opioid Addiction in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, *116*(9), 137-143. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0137

Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 633-648). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

Prütz, F., & Rommel, A. (2017). Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland.

Röhrig, J., Flaig, S., Niebling, W., Ruf, D., Wahl, S., & Berner, M. (2011). Früherkennung und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine Prä-Post-Studie zur Verbesserung der Vernetzung von Hausarzt und Suchtberatung. *Suchttherapie*, *12*(03), 134-140. https://doi.org/10.1055/s-0031-1284361

Schulte, B., Schmidt, C., Milin, S., Farnbacher, G., Schäfer, I., Bleich, S., Kiefer, F., Hillemacher, T., & Reimer, J. (2013). Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, *15*(01), 35-42. https://doi.org/10.1055/s-0033-1349863

Trautmann, S., Pieper, L., Kuitunen-Paul, S., Manthey, J., Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2016). Prävalenz und Behandlungsraten von Störungen durch Alkoholkonsum in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland. *Sucht*, *62*(4), 233-243. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000434

6 Appendix

Anhang 1 - Tabellen und Abbildungen

Appendix-Tabelle 1 schlüsselt die Anzahl der in Bayern niedergelassenen VÄ und VPT, die zwischen 2018 und 2020 mindestens einen Fall zu Lasten der GKV abgerechnet haben, nach Fachgruppen auf. Hierbei wurden auch diejenigen Fachgruppen berücksichtigt, die im Ergebnisteil nicht separat berichtet wurden.

Appendix-Tabelle 1: Anzahl VÄ und VPT in Bayern

	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
HÄ	9.565	9.622	9.650	9.612	0,89 %
Pädiatrisch tätige FÄ	1.169	1.179	1.210	1.186	3,51 %
Internistisch tätige FÄ	1.994	2.008	2.051	2.018	2,86 %
FÄ der Organfächer	8.280	8.321	8.435	8.345	1,87 %
Neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ	1.141	1.152	1.212	1.168	6,22 %
PT	5.106	5.341	5.628	5.358	10,22 %
FÄ technische Fächer, Labor, Pathologie	1.335	1.374	1.434	1.381	7,42 %
Sonstige	1.194	1.405	1.607	1.402	34,59 %
Gesamtheit der FÄ	*14.983*	*15.311*	*15.786*	*15.360*	*5,36 %*
Gesamtheit der VÄ & VPT	29.472	30.025	30.772	30.090	4,41 %

HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, VÄ = Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt, VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut.
Es werden VÄ und VPT berücksichtigt, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 2 bis Appendix-Tabelle 5 setzen die Anzahl der niedergelassenen VÄ und VPT, die zwischen 2018 und 2020 mindestens eine Person mit einer Substanzkonsumstörung behandelt haben, allgemein bzw. fachgruppenspezifisch ins Verhältnis Gesamtzahl der im jeweiligen Beobachtungsjahr abrechnenden VÄ und VPT (Köpfe).

Appendix-Tabelle 2: Anteil an VÄ und VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der VÄ und VPT

Alle Fachgruppen	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
Aktive Teilnahme an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen					
F1-Gesamt	*66,1 %*	*66,2 %*	*65,2 %*	*65,8 %*	*-1,4 %*
F10 Alkohol	53,5 %	53,2 %	51,7 %	*52,8 %*	-3,2 %
F11 Opioide	19,0 %	19,5 %	19,6 %	*19,4 %*	3,4 %
F12 Cannabinoide	20,5 %	22,3 %	22,8 %	*21,9 %*	11,2 %
F13 Sedativa/Hypnotika	27,3 %	27,7 %	27,4 %	*27,4 %*	0,3 %
F14 Kokain	*2,8 %*	*3,2 %*	*3,5 %*	*3,2 %*	*22,8 %*
F15 Stimulanzien	9,7 %	10,4 %	10,9 %	*10,3 %*	11,5 %
F16 Halluzinogene	1,8 %	1,7 %	1,7 %	*1,7 %*	-2,2 %
F17 Tabak	54,2 %	54,3 %	53,7 %	*54,1 %*	-1,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,5 %	0,6 %	0,6 %	*0,5 %*	19,9 %
F19 Polytoxikomanie	36,0 %	36,1 %	34,8 %	*35,6 %*	-3,1 %

KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, VÄ = Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt. VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Den Zähler bilden alle VÄ und VPT, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit Subtanzkonsumstörungen behandelt haben, den Nenner alle VÄ und VPT, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 3: Anteil an HÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der HÄ

HÄ	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
Aktive Teilnahme an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen					
F1-Gesamt	*97,9 %*	*98,2 %*	*98,1 %*	*98,1 %*	0,2 %
F10 Alkohol	96,1 %	96,5 %	96,3 %	*96,3 %*	0,1 %
F11 Opioide	43,8 %	46,1 %	47,5 %	*45,8 %*	8,6 %
F12 Cannabinoide	46,4 %	50,7 %	52,8 %	*49,9 %*	13,8 %
F13 Sedativa/Hypnotika	65,7 %	67,5 %	68,5 %	*67,2 %*	4,4 %
F14 Kokain	*6,3 %*	*7,5 %*	*8,1 %*	*7,3 %*	*29,1 %*
F15 Stimulanzien	23,4 %	25,5 %	27,1 %	*25,3 %*	16,0 %
F16 Halluzinogene	3,8 %	3,6 %	4,0 %	*3,8 %*	5,7 %
F17 Tabak	94,1 %	94,8 %	95,0 %	*94,7 %*	1,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	1,1 %	1,5 %	1,3 %	*1,3 %*	21,6 %
F19 Polytoxikomanie	79,6 %	80,2 %	79,5 %	*79,7 %*	-0,1 %

HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Den Zähler bilden alle HÄ, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit Subtanzkonsumstörungen behandelt haben, den Nenner alle HÄ, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 4: Anteil an internistisch tätigen FÄ in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der internistisch tätigen FÄ

Internistisch tätige FÄ	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
Aktive Teilnahme an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen					
F1-Gesamt	*81,5 %*	*82,3 %*	*83,0 %*	*82,2 %*	*1,8 %*
F10 Alkohol	63,3 %	63,6 %	62,3 %	*63,1 %*	-1,7 %
F11 Opioide	10,9 %	10,1 %	10,7 %	*10,6 %*	-1,9 %
F12 Cannabinoide	7,1 %	7,5 %	8,5 %	*7,7 %*	20,7 %
F13 Sedativa/Hypnotika	16,5 %	17,4 %	16,1 %	*16,7 %*	-2,8 %
F14 Kokain	*1,0 %*	*1,2 %*	*1,4 %*	*1,2 %*	*41,0 %*
F15 Stimulanzien	3,0 %	3,5 %	3,6 %	*3,4 %*	21,9 %
F16 Halluzinogene	0,6 %	0,5 %	0,4 %	*0,5 %*	-27,1 %
F17 Tabak	77,4 %	77,9 %	79,1 %	*78,1 %*	2,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,5 %	0,5 %	0,7 %	*0,6 %*	36,1 %
F19 Polytoxikomanie	25,2 %	25,6 %	24,8 %	*25,2 %*	-1,6 %

FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Den Zähler bilden alle internistisch tätigen FÄ, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit Subtanzkonsumstörungen behandelt haben, den Nenner alle internistischen FÄ. die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 5: Anteil an VPT in Bayern, die Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandeln an der Gesamtheit der VPT

VPT	2018	2019	2020	Ø 2018 bis 2020	Delta 2020/2018 in %
Aktive Teilnahme an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen					
F1-Gesamt	*37,1 %*	*37,1 %*	*36,6 %*	*36,9 %*	*-1,5 %*
F10 Alkohol	28,8 %	28,8 %	27,8 %	*28,5 %*	-3,6 %
F11 Opioide	2,3 %	2,6 %	2,5 %	*2,5 %*	9,0 %
F12 Cannabinoide	9,8 %	10,8 %	11,3 %	*10,7 %*	15,3 %
F13 Sedativa/Hypnotika	4,9 %	4,6 %	4,2 %	*4,6 %*	-14,0 %
F14 Kokain	*0,5 %*	*0,6 %*	*0,9 %*	*0,7 %*	*71,7 %*
F15 Stimulanzien	2,1 %	2,2 %	2,5 %	*2,2 %*	16,8 %
F16 Halluzinogene	0,4 %	0,4 %	0,3 %	*0,3 %*	-19,4 %
F17 Tabak	7,2 %	6,9 %	7,1 %	*7,1 %*	-1,6 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,1 %	0,0 %	0,0 %	*0,0 %*	-100,0 %
F19 Polytoxikomanie	6,9 %	6,9 %	6,6 %	*6,8 %*	-3,6 %

KVB = Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Den Zähler bilden alle VPT, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Person mit Subtanzkonsumstörungen behandelt haben, den Nenner alle VPT, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 6 veranschaulicht die Durchschnittsgröße der Patient:innenkollektive aller in Bayern im jeweiligen Beobachtungsjahr abrechnenden VÄ und VPT unabhängig von ihrer Beteiligung an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen (Spalte „alle“) sowie die Durchschnittsgröße der Patient:innenkollektive von VÄ und VPT, die im jeweiligen Beobachtungsjahr Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen behandelt haben (Spalte „mit Suchtdiagnose“), nach Fachgruppen. Hierbei zeigt sich, dass die in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen involvierten VÄ und VPT regelhaft ein etwas größeres Patient:innenkollektiv haben als die Gesamtheit der VÄ und VPT. Dies lässt den Rückschluss zu, dass es eher kleinere Praxen sind, die sich nicht an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen beteiligen.

Appendix-Tabelle 6: Durchschnittliche Größe der Patient:innenkollektive von VÄ und VPT in Bayern

	2018		2019		2020	
	Alle	**Mit Sucht-dia-gnose**	**Alle**	**Mit Sucht-dia-gnose**	**alle**	**Mit Sucht-dia-gnose**
HÄ	1.710	1.739	1.722	1.748	1.698	1.725
Pädiatrisch tätige FÄ	1.962	2.341	1.984	2.383	1.882	2.329
Internistisch tätige FÄ	1.691	1.900	1.728	1.924	1.660	1.855
FÄ der Organfächer	2.355	2.647	2.366	2.623	2.217	2.524
Neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ	1.179	1.297	1.191	1.292	1.113	1.221
PT	74	98	75	100	71	96
FÄ technische Fächer, Labor, Pathologie	13.003	23.386	12.994	22.633	12.682	18.781
Sonstige	1.346	2.467	1.169	2.292	978	1.974
Gesamtheit der FÄ	*3.010*	*2.958*	*3.003*	*2.865*	*2.862*	*2.866*
Gesamtheit der VÄ und VPT	2.098	2.108	2.096	2.076	2.013	2.064

FÄ = Facharzt bzw. Fachärztin, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, VÄ = Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin, VPT = Vertragspsychotherapeut bzw. Vertragspsychotherapeutin
Den Zähler bilden alle VÄ und VPT, die im Beobachtungsjahr mindestens eine Abrechnung zu Lasten der KVB getätigt haben. Die Zahlenangaben beziehen sich auf individuell abrechnende Personen (Köpfe) nicht auf Vollzeitäquivalente.

Appendix-Tabelle 7 veranschaulicht, welchen Anteil Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen an der Gesamtheit aller in bayerischen Praxen behandelten Personen ausmachen. Hierbei ergeben sich bei den VÄ keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich zu den Anteilen, die für die Subgruppe, der an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen teilnehmenden VÄ beobachtet wurden (siehe Tabelle 9). Allerdings ergeben sich für VPT deutlich niedrigere Anteile, was eine anteilsmäßig geringere Beteiligung der Psychotherapeut:innenschaft an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Vergleich zur entsprechend beteiligten Ärzt:innenschaft unterstreicht.

Appendix-Tabelle 7: Durchschnittlicher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnose am gesamten Patient:innenkollektiv nach Fachgruppen

	2018	2019	2020
HÄ	5,2 %	5,4 %	5,5 %
Internistisch tätige FÄ	4,6 %	4,8 %	5,0 %
Neurologisch/Psychiatrisch tätige FÄ	4,5 %	4,5 %	4,7 %
PT	1,5 %	1,5 %	1,6 %

FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, VÄ = Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin, VPT = Vertragspsychotherapeutin bzw. Vertragspsychotherapeut
Bezugsgrundlage sind alle im jeweiligen Jahr abrechnenden VÄ und VPT unabhängig davon, ob sie tatsächlich mindestens eine Person mit Substanzkonsumstörungen behandelt haben.

Appendix-Tabelle 8 veranschaulicht die Altersstruktur im beobachteten Patient:innenkollektiv stratifiziert nach Art der Substanzkonsumstörung über den dreijährigen Beobachtungshorizont. Hier bei lässt sich grundsätzlich ein Bedeutungsverlust der Altersgruppe 18- bis <35-Jahre feststellen, der häufig von einem Bedeutungsgewinn höherer Altersgruppen begleitet wird. Minderjährige Patientinnen und Patienten spielen im gesamten Beobachtungszeitraum und für alle betrachteten Substanzkonsumstörungen nur eine untergeordnete Rolle.

Appendix-Tabelle 8: Entwicklung der Altersstruktur bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung

		<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F10 Alkohol	2018	0,1 %	5,3 %	17,7 %	45,8 %	31,1 %	115.770
	2019	0,1 %	5,3 %	17,2 %	45,5 %	31,8 %	117.137
	2020	0,1 %	5,1 %	16,7 %	45,2 %	32,9 %	116.866
	Trend	+16,0 %	**-5,0 %**	**-5,7 %**	-1,2 %	**+5,8 %**	
F11 Opioide	2018	0,5 %	18,5 %	45,5 %	26,5 %	9,0 %	11.031
	2019	0,6 %	16,8 %	45,2 %	27,9 %	9,5 %	11.309
	2020	0,7 %	15,6 %	43,8 %	29,4 %	10,4 %	11.272
	Trend	+37,7 %	**-15,4 %**	-3,8 %	**+10,8 %**	**+16,5 %**	
F12 Cannabinoide	2018	1,9 %	56,0 %	29,9 %	11,2 %	1,0 %	7.015
	2019	2,1 %	54,9 %	30,5 %	11,4 %	1,1 %	8.096
	2020	1,9 %	53,5 %	31,5 %	11,7 %	1,3 %	8.835
	Trend	3,2 %	-4,4 %	**+5,4 %**	+4,4 %	+29,0 %	
F13 Sedativa/ Hypnotika	2018	0,0 %	4,9 %	14,7 %	27,7 %	52,6 %	18.275
	2019	0,0 %	4,8 %	14,6 %	28,1 %	52,4 %	18.867
	2020	0,0 %	4,7 %	14,4 %	28,0 %	53,0 %	19.100
	Trend	+14,8 %	**-5,2 %**	-2,4 %	+0,9 %	+0,7 %	
F14 Kokain	*2018*	*0,5 %*	*36,1 %*	*40,2 %*	*18,3 %*	*5,0 %*	*438*
	2019	*0,2 %*	*39,4 %*	*39,2 %*	*17,7 %*	*3,5 %*	*520*
	2020	*0,2 %*	*38,0 %*	*42,9 %*	*16,0 %*	*3,0 %*	*574*
	Trend	*-61,8 %*	***+5,3 %***	*+6,7 %*	*-12,2 %*	*-41,0 %*	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 8 (Fortsetzung): Entwicklung der Altersstruktur bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung

		<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F15 Stimulanzien	2018	0,5 %	40,1 %	32,4 %	19,8 %	7,1 %	3.177
	2019	0,5 %	38,3 %	34,3 %	19,9 %	7,0 %	3.314
	2020	0,5 %	36,9 %	34,8 %	20,6 %	7,1 %	3.560
	Trend	-5,5 %	**-8,0 %**	**+7,4 %**	+4,4 %	-0,5 %	
F17 Tabak	2018	0,3 %	11,9 %	21,9 %	42,5 %	23,4 %	354.582
	2019	0,2 %	11,7 %	21,3 %	42,6 %	24,2 %	375.602
	2020	0,2 %	10,8 %	20,6 %	43,0 %	25,5 %	380.698
	Trend	-29,3 %	**-9,3 %**	**-5,9 %**	+1,0 %	**+8,7 %**	
F19 Polytoxikomanie	2018	0,7 %	27,4 %	33,7 %	23,0 %	15,3 %	22.234
	2019	0,9 %	26,4 %	34,1 %	23,4 %	15,2 %	22.457
	2020	0,8 %	24,9 %	34,0 %	24,4 %	15,9 %	22.279
	Trend	+13,8 %	**-9,0 %**	+0,9 %	**+6,3 %**	+4,1 %	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 9 veranschaulicht die geschlechterspezifische Verteilung der Altersstruktur in den 3 Beobachtungsjahren. Hierbei lassen sich im wesentlichen ähnliche Muster erkennen wie auf Ebene des gesamten Patient:innenkollektivs (siehe Appendix-Tabelle 8).

Appendix-Tabelle 9: Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patienten und Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen

			<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F10 Alkohol	Männer	2018	0,0 %	5,7 %	18,3 %	46,5 %	29,5 %	82.111
		2019	0,0 %	5,7 %	17,9 %	46,1 %	30,3 %	83.343
		2020	0,1 %	5,5 %	17,3 %	45,8 %	31,4 %	83.007
		Trend	+40,9 %	-4,1 %	**-5,2 %**	-1,5 %	**+6,3 %**	
	Frauen	2018	0,1 %	4,5 %	16,3 %	44,1 %	35,0 %	33.659
		2019	0,2 %	4,4 %	15,7 %	44,0 %	35,7 %	33.792
		2020	0,1 %	4,1 %	15,1 %	43,9 %	36,7 %	33.857
		Trend	-0,6 %	**-7,9 %**	**-7,1 %**	-0,5 %	+4,9 %	
F11 Opioide	Männer	2018	0,6 %	19,5 %	49,7 %	25,0 %	5,2 %	7.290
		2019	0,7 %	17,6 %	49,9 %	26,1 %	5,7 %	7.434
		2020	0,9 %	16,2 %	48,4 %	28,0 %	6,6 %	7.467
		Trend	+48,7 %	**-17,1 %**	-2,7 %	**+11,9 %**	**+27,1 %**	
	Frauen	2018	0,4 %	16,5 %	37,3 %	29,5 %	16,3 %	3.741
		2019	0,4 %	15,2 %	36,2 %	31,4 %	16,8 %	3.875
		2020	0,4 %	14,6 %	34,8 %	32,2 %	18,0 %	3.805
		Trend	+4,9 %	**-11,6 %**	**-6,7 %**	**+9,2 %**	**+10,2 %**	
F12 Cannabino-ide	Männer	2018	1,6 %	56,2 %	30,6 %	10,9 %	0,7 %	5.467
		2019	1,7 %	54,8 %	31,4 %	11,2 %	0,8 %	6.261
		2020	1,5 %	53,8 %	32,2 %	11,5 %	0,9 %	6.830
		Trend	-2,7 %	**-4,2 %**	**+5,2 %**	**+5,3 %**	+27,5 %	
	Frauen	2018	2,8 %	55,5 %	27,6 %	12,1 %	2,0 %	1.572
		2019	3,4 %	55,1 %	27,2 %	12,1 %	2,1 %	1.835
		2020	3,2 %	52,6 %	29,3 %	12,3 %	2,6 %	2.005
		Trend	+14,0 %	**-5,1 %**	**+6,0 %**	+1,5 %	+29,9 %	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert. Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 9 (Fortsetzung): Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patienten und Patientinnen mit Substanzkonsumstörungen

			<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F13 Sedativa/ Hypnotika	Männer	2018	0,0 %	9,1 %	23,3 %	30,9 %	36,7 %	6.025
		2019	0,1 %	9,0 %	23,2 %	31,5 %	36,3 %	6.277
		2020	0,1 %	8,7 %	22,7 %	31,7 %	36,8 %	6.435
		Trend	+180,9 %	**-4,5 %**	-2,6 %	+2,8 %	+0,2 %	
	Frauen	2018	0,0 %	2,8 %	10,5 %	26,2 %	60,4 %	12.250
		2019	0,0 %	2,7 %	10,3 %	26,5 %	60,5 %	12.590
		2020	0,0 %	2,6 %	10,1 %	26,1 %	61,2 %	12.665
		Trend	-100,0 %	**-8,6 %**	-3,5 %	-0,4 %	+1,2 %	
F15 Stimulanzien	Männer	2018	0,3 %	41,9 %	34,3 %	17,7 %	5,8 %	2.069
		2019	0,3 %	39,7 %	36,6 %	17,9 %	5,5 %	2.176
		2020	0,3 %	38,9 %	36,3 %	19,2 %	5,3 %	2.304
		Trend	+2,6 %	**-7,2 %**	**+5,7 %**	**+8,4 %**	**-7,9 %**	
	Frauen	2018	0,9 %	36,8 %	28,9 %	23,6 %	9,7 %	1.108
		2019	1,0 %	35,7 %	29,9 %	23,6 %	9,9 %	1.138
		2020	0,8 %	33,3 %	32,2 %	23,3 %	10,4 %	1.256
		Trend	-11,8 %	**-9,6 %**	**+11,4 %**	-1,3 %	**+7,0 %**	
F17 Tabak	Männer	2018	0,2 %	10,5 %	21,8 %	43,9 %	23,6 %	190.191
		2019	0,2 %	10,4 %	21,3 %	43,9 %	24,2 %	201.607
		2020	0,1 %	9,8 %	20,6 %	44,3 %	25,2 %	204.625
		Trend	-22,8 %	**-7,0 %**	**-5,5 %**	+0,8 %	**+6,9 %**	
	Frauen	2018	0,4 %	13,6 %	22,0 %	40,9 %	23,2 %	164.389
		2019	0,3 %	13,1 %	21,3 %	41,1 %	24,2 %	173.992
		2020	0,2 %	12,1 %	20,6 %	41,4 %	25,7 %	176.071
		Trend	-33,0 %	-11,4 %	-6,4 %	+1,3 %	**+10,9 %**	
F19 Polytoxikomanie	Männer	2018	0,6 %	32,3 %	38,8 %	20,8 %	7,4 %	13.956
		2019	0,8 %	31,0 %	39,2 %	21,3 %	7,5 %	14.164
		2020	0,7 %	29,3 %	39,2 %	22,5 %	8,2 %	14.095
		Trend	+18,1 %	**-9,2 %**	+1,0 %	**+8,4 %**	**+9,8 %**	
	Frauen	2018	0,7 %	19,0 %	25,1 %	26,6 %	28,5 %	8.278
		2019	0,9 %	18,3 %	25,3 %	27,0 %	28,4 %	8.293
		2020	0,8 %	17,3 %	25,0 %	27,7 %	29,2 %	8.184
		Trend	+7,7 %	**-9,1 %**	-0,3 %	+3,9 %	+2,6 %	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 10 veranschaulicht die Verteilung der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten

aus städtischen bzw. ländlichen Kreisen in den 3 Beobachtungsjahren. Hierbei lassen sich im wesentlichen ähnliche Muster erkennen wie auf Ebene des gesamten Patient:innenkollektivs (siehe Appendix-Tabelle 8).

Appendix-Tabelle 10: Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen getrennt nach Stadt und Land

			<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F10 Alkohol	Stadt	2018	0,1 %	5,3 %	18,4 %	44,4 %	31,8 %	52.309
		2019	0,1 %	5,3 %	18,0 %	44,2 %	32,4 %	52.820
		2020	0,1 %	5,1 %	17,3 %	43,9 %	33,5 %	52.519
		Trend	+17,2 %	-3,5 %	**-5,7 %**	-1,0 %	**+5,3 %**	
	Land	2018	0,1 %	5,4 %	17,1 %	46,9 %	30,5 %	63.461
		2019	0,1 %	5,4 %	16,6 %	46,6 %	31,4 %	64.317
		2020	0,1 %	5,0 %	16,2 %	46,3 %	32,4 %	64.347
		Trend	+15,1 %	**-6,2 %**	**-5,6 %**	-1,3 %	**+6,3 %**	
F11 Opioide	Stadt	2018	0,1 %	16,1 %	49,3 %	27,3 %	7,2 %	5.810
		2019	0,2 %	14,9 %	48,2 %	28,8 %	7,9 %	5.887
		2020	0,2 %	13,7 %	46,4 %	30,7 %	8,9 %	5.871
		Trend	+60,8 %	**-15,1 %**	**-5,8 %**	**+12,6 %**	**+24,7 %**	
	Land	2018	1,0 %	21,0 %	41,4 %	25,7 %	11,0 %	5.221
		2019	1,1 %	18,8 %	42,0 %	26,9 %	11,3 %	5.422
		2020	1,3 %	17,7 %	41,0 %	28,0 %	12,1 %	5.401
		Trend	+32,7 %	**-15,9 %**	-0,9 %	**+8,9 %**	**+10,2 %**	
F12 Cannabinoide	Stadt	2018	1,8 %	53,4 %	32,1 %	11,8 %	0,9 %	3.680
		2019	2,3 %	53,3 %	31,1 %	12,2 %	1,0 %	4.273
		2020	2,0 %	53,1 %	31,6 %	12,2 %	1,1 %	4.625
		Trend	+12,1 %	-0,6 %	-1,7 %	+3,6 %	+26,8 %	
	Land	2018	1,9 %	58,9 %	27,5 %	10,5 %	1,2 %	3.335
		2019	1,9 %	56,7 %	29,7 %	10,6 %	1,2 %	3.823
		2020	1,8 %	54,1 %	31,5 %	11,1 %	1,6 %	4.210
		Trend	-5,9 %	**-8,2 %**	**+14,5 %**	**+5,7 %**	+30,7 %	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 10 (Fortsetzung): Entwicklung der Altersstruktur der behandelten Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen getrennt nach Stadt und Land

			<18	18-<35	35-<50	50-<65	ab 65	N Gesamt
F13 Sedativa/ Hypnotika	Stadt	2018	0,0 %	5,0 %	15,9 %	26,8 %	52,3 %	8.949
		2019	0,0 %	4,7 %	15,7 %	27,9 %	51,7 %	9.225
		2020	0,0 %	4,5 %	15,3 %	27,9 %	52,2 %	9.325
		Trend	+91,9 %	**-9,4 %**	-3,7 %	+4,1 %	-0,1 %	
	Land	2018	0,0 %	4,8 %	13,6 %	28,6 %	52,9 %	9.326
		2019	0,0 %	4,9 %	13,5 %	28,4 %	53,2 %	9.642
		2020	0,0 %	4,8 %	13,4 %	28,1 %	53,7 %	9.775
		Trend	-4,6 %	-1,0 %	-0,9 %	-1,9 %	+1,4 %	
F15 Stimulan-zien	Stadt	2018	0,8 %	40,9 %	35,8 %	16,1 %	6,3 %	1.105
		2019	0,6 %	40,0 %	35,9 %	17,2 %	6,3 %	1.179
		2020	0,6 %	38,6 %	37,7 %	16,7 %	6,5 %	1.224
		Trend	-29,8 %	**-5,7 %**	**+5,1 %**	+4,0 %	+1,9 %	
	Land	2018	0,4 %	39,7 %	30,6 %	21,7 %	7,6 %	2.072
		2019	0,5 %	37,3 %	33,4 %	21,3 %	7,4 %	2.135
		2020	0,5 %	36,0 %	33,3 %	22,7 %	7,4 %	2.336
		Trend	22,0 %	**-9,3 %**	**+9,0 %**	+4,5 %	-1,7 %	
F17 Tabak	Stadt	2018	0,2 %	12,2 %	22,5 %	40,6 %	24,4 %	160.549
		2019	0,2 %	12,1 %	22,0 %	40,6 %	25,0 %	170.013
		2020	0,2 %	11,2 %	21,3 %	41,1 %	26,2 %	171.892
		Trend	-26,3 %	**-8,4 %**	**-5,2 %**	+1,2 %	**+7,3 %**	
	Land	2018	0,3 %	11,7 %	21,3 %	44,1 %	22,6 %	194.033
		2019	0,3 %	11,3 %	20,7 %	44,3 %	23,4 %	205.589
		2020	0,2 %	10,5 %	20,0 %	44,5 %	24,8 %	208.806
		Trend	-31,5 %	**-10,2 %**	**-6,5 %**	+0,9 %	**+10,0 %**	
F19 Polytoxiko-manie	Stadt	2018	0,8 %	24,6 %	35,2 %	24,1 %	15,3 %	10.439
		2019	0,8 %	24,1 %	35,3 %	24,9 %	15,0 %	10.514
		2020	0,7 %	22,4 %	35,1 %	25,7 %	16,0 %	10.322
		Trend	-8,6 %	**-8,9 %**	-0,4 %	**+6,8 %**	**+5,1 %**	
	Land	2018	0,6 %	29,8 %	32,4 %	22,0 %	15,3 %	11.795
		2019	0,9 %	28,4 %	33,0 %	22,2 %	15,5 %	11.943
		2020	0,8 %	27,1 %	33,1 %	23,3 %	15,8 %	11.957
		Trend	+41,3 %	**-9,2 %**	+2,2 %	**+6,0 %**	+3,2 %	

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 11 beschreibt die Prävalenz substanzbezogener Komorbidität innerhalb der einzelnen Substanzkonsumstörungen innerhalb der 3 Beobachtungsjahre. Hierbei lassen sich nur vereinzelt Trends feststellen.

Appendix-Tabelle 11: Entwicklung diagnostizierter komorbider Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

		Alkohol	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	Halluzinogene	Tabak	flüchtige Lösungs-	Polytoxikomanie
F10 Alkohol	2018 (n=115.770)		2,2 %	2,2 %	3,0 %	0,2 %	0,8 %	0,1 %	31,7 %	0,0 %	5,7 %
	2019 (n=117.137)		2,2 %	2,5 %	3,1 %	0,2 %	0,9 %	0,1 %	32,5 %	0,1 %	5,7 %
	2020 (n=116.866)		2,2 %	2,6 %	3,1 %	0,2 %	1,0 %	0,1 %	32,5 %	0,0 %	5,7 %
	Trend		+0,4 %	+18,5 %	+2,2 %	+26,4 %	+21,2 %	+2,4 %	+2,5 %	-5,2 %	+0,4 %
F11 Opioide	2018 (n=11.031)	23,0 %		7,7 %	16,9 %	1,5 %	4,4 %	0,3 %	26,1 %	0,1 %	47,2 %
	2019 (n=11.309)	23,2 %		8,2 %	17,3 %	1,8 %	4,5 %	0,4 %	27,0 %	0,1 %	45,6 %
	2020 (n=11.272)	22,9 %		8,5 %	16,9 %	1,8 %	4,8 %	0,4 %	26,4 %	0,1 %	43,1 %
	Trend	-0,4 %		**+10,6 %**	-0,2 %	+20,1 %	**+8,8 %**	+14,2 %	+1,2 %	+10,1 %	**-8,6 %**
F12 Cannabinoide	2018 (n=7.015)	32,9 %	10,1 %		7,1 %	2,4 %	12,6 %	1,5 %	31,3 %	0,1 %	28,7 %
	2019 (n=8.096)	33,0 %	9,5 %		6,9 %	2,7 %	12,1 %	1,4 %	31,7 %	0,1 %	27,0 %
	2020 (n=8.835)	32,2 %	9,5 %		6,7 %	2,6 %	12,4 %	1,2 %	30,8 %	0,2 %	25,7 %
	Trend	-2,0 %	**-6,2 %**		**-5,6 %**	+7,9 %	-1,9 %	-19,1 %	-1,8 %	+11,2 %	**-10,2 %**
F13 Sedativa/ Hypnotika	2018 (n=18.275)	17,9 %	8,9 %	2,7 %		0,4 %	1,5 %	0,2 %	19,1 %	0,1 %	16,0 %
	2019 (n=18.867)	17,9 %	9,1 %	3,1 %		0,5 %	1,6 %	0,2 %	18,9 %	0,0 %	15,8 %
	2020 (n=19.100)	17,9 %	9,0 %	3,1 %		0,5 %	1,6 %	0,2 %	19,4 %	0,1 %	15,3 %
	Trend	+0,2 %	+1,8 %	+14,4 %		+12,0 %	+7,3 %	+4,1 %	+1,7 %	+21,8 %	-4,4 %

Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix Tabelle 11 (Fortsetzung): Entwicklung diagnostizierter komorbider Substanzkonsumstörungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen

		Alkohol	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulan-zien	Halluzino-gene	Tabak	flüchtige Lösungs-mittel	Polytoxi-komanie
	2018 (n=438)	*40,0 %*	*29,0 %*	*35,2 %*	*17,1 %*		*19,9 %*	*3,7 %*	*32,0 %*	*0,5 %*	*45,7 %*
F14	*2019 (n=520)*	*36,3 %*	*29,8 %*	*36,9 %*	*17,5 %*		*21,0 %*	*3,5 %*	*33,1 %*	*0,2 %*	*44,0 %*
Kokain	*2020 (n=574)*	*40,6 %*	*28,9 %*	*36,9 %*	*14,1 %*		*21,6 %*	*3,3 %*	*30,3 %*	*0,0 %*	*40,6 %*
	Trend	*+1,6 %*	*-0,3 %*	*+5,0 %*	*-17,6 %*		***+8,8 %***	***-9,4 %***	*-5,4 %*	*n. a.*	***-11,1 %***
	2018 (n=3.177)	26,6 %	12,5 %	27,1 %	8,2 %	2,9 %		1,8 %	43,3 %	0,2 %	31,9 %
F15	2019 (n=3.314)	27,2 %	12,9 %	27,8 %	8,4 %	3,6 %		1,8 %	44,0 %	0,2 %	31,9 %
Stimulanzien	2020 (n=3.314)	28,5 %	12,4 %	28,8 %	8,5 %	3,3 %		1,4 %	45,4 %	0,2 %	31,4 %
	Trend	**+7,2 %**	-1,1 %	**+6,3 %**	+3,5 %	+12,3 %		-23,3 %	+4,8 %	+24,9 %	-1,5 %
	2018 (n=354.582)	9,8 %	0,7 %	0,6 %	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %		0,0 %	1,6 %
F17	2019 (n=375.602)	9,6 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %		0,0 %	1,6 %
Tabak	2020 (n=380.698)	9,5 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %		0,0 %	1,6 %
	Trend	-3,0 %	-2,8 %	16,5 %	-0,4 %	+20,0 %	+6,4 %	-1,3 %		+34,2 %	-2,0 %
F19	2018 (n=22.234)	27,3 %	22,3 %	9,4 %	13,9 %	1,1 %	5,2 %	0,6 %	27,2 %	0,1 %	
Polytoxiko-	2019 (n=22.457)	27,7 %	21,4 %	10,3 %	13,7 %	1,2 %	5,3 %	0,5 %	27,8 %	0,1 %	
manie	2020 (n=22.279)	27,8 %	21,1 %	10,8 %	13,6 %	1,3 %	5,9 %	0,6 %	28,3 %	0,1 %	
	Trend	+1,7 %	**-5,6 %**	**+14,3 %**	-2,0 %	**+15,5 %**	**+13,2 %**	+11,0 %	+4,0 %	+19,8 %	

n.a. = nicht anwendbar
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 12 berichtet in Ergänzung zu den im Hauptteil des Berichtes genutzten altersstandardisierten Behandlungsprävalenzen ausgewählter psychischer Komorbiditäten, die rohen im Patient:innenkollektiv mit Substanzkonsumstörungen beobachteten Prävalenzen. Die Altersstandardisierung führt bei Alkohol-, Opioid-, und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen in der Regel zu einer geringfügigen Zunahme der Behandlungsprävalenzen. Demgegenüber sind in Folge der Altersstandardisierung bei Cannabinoid-, Stimulanzien- und Tabakkonsumstörungen sowie bei Polytoxikomanie meist geringfügig niedrigere Prävalenzen zu beobachten.

Appendix-Tabelle 12: Gegenüberstellung der auf die GKV-versicherte Population altersstandardisierten mit den rohen Behandlungsprävalenzen psychischer Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung im Jahr 2018

		Schizophrenie/schizotype, wahnhafte Störungen	Affektive Störungen	(Rezidivierende) Depressive Störung	Phobien	Andere Angststörungen	PTBS	Somatoforme Störungen	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
Gesamtpopulation		1,0 %	14,6 %	13,8 %	1,1 %	5,4 %	0,6 %	10,8 %	0,9 %
F10	**roh**	6,8 %	47,9 %	45,7 %	3,2 %	15,7 %	2,3 %	20,9 %	6,8 %
Alkohol	**as**	8,8 %	51,7 %	49,5 %	4,9 %	18,8 %	3,8 %	21,2 %	11,7 %
F11	**roh**	8,1 %	59,7 %	57,9 %	4,7 %	29,0 %	5,3 %	35,3 %	14,0 %
Opioide	**as**	8,5 %	60,1 %	58,4 %	4,8 %	29,5 %	4,9 %	37,3 %	13,4 %
F12	**roh**	20,8 %	63,9 %	60,6 %	7,2 %	23,9 %	6,3 %	25,4 %	18,9 %
Cannabinoide	**as**	18,9 %	62,0 %	58,8 %	5,4 %	23,5 %	6,0 %	27,1 %	16,3 %
F13	**roh**	12,8 %	74,7 %	72,2 %	8,2 %	46,2 %	5,5 %	40,7 %	11,3 %
Sedativa/Hypnotika	**as**	16,2 %	74,2 %	71,9 %	11,2 %	51,8 %	9,1 %	39,4 %	19,1 %
F14	***roh***	*14,4 %*	*59,8 %*	*55,0 %*	*5,9 %*	*22,8 %*	*5,7 %*	*25,8 %*	*16,9 %*
Kokain	***as***	*13,7 %*	*55,3 %*	*51,6 %*	*5,1 %*	*19,6 %*	*4,1 %*	*22,2 %*	*14,4 %*
F15	**roh**	15,9 %	51,1 %	48,4 %	4,8 %	19,6 %	3,9 %	23,6 %	12,2 %
Stimulanzien	**as**	14,0 %	48,7 %	46,0 %	4,7 %	18,0 %	3,5 %	23,6 %	10,8 %
F17	**roh**	2,8 %	30,0 %	28,6 %	2,3 %	11,6 %	1,5 %	20,5 %	2,5 %
Tabak	**as**	2,6 %	27,2 %	25,8 %	2,4 %	11,3 %	1,6 %	19,6 %	3,0 %
F19	**roh**	15,0 %	59,9 %	57,4 %	5,0 %	28,1 %	4,8 %	32,6 %	14,7 %
Polytoxikomanie	**as**	14,7 %	59,4 %	56,9 %	5,0 %	27,4 %	4,5 %	32,5 %	14,1 %

as = altersstandardisiert auf Gesamtpopulation
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.

Appendix-Tabelle 13 zeigt die Entwicklung der Behandlungsprävalenz psychischer Komorbiditäten im 3-jährigen Beobachtungszeitraum auf. Hier ist bei vielen Substanzkonsumstörungen ein Rückgang der Begleitdiagnose „Schizophrenie/schizotype wahnhafte Störungen“ und eine Zunahme der Begleitdiagnose PTBS zu verzeichnen. Auf Ebene der Gesamtpopulation nehmen lediglich komorbide andere Angststörungen zu.

Appendix-Tabelle 13: Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv

		Schizophrenie/ Schizotype wahnhafte Störungen	Affektive Störungen	(Rezidivierende) Depressive Störung	Phobien	Andere Angststörungen	PTBS	Somatoforme Störungen	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
Gesamtpopulation	2018	1,0 %	14,6 %	13,8 %	1,1 %	5,4 %	0,6 %	10,8 %	0,9 %
	2019	1,0 %	14,6 %	13,9 %	1,1 %	5,5 %	0,7 %	10,9 %	0,9 %
	2020	1,0 %	14,6 %	13,8 %	1,1 %	5,8 %	0,7 %	10,7 %	0,9 %
	Trend	+0,0 %	+0,0 %	+0,0 %	+0,0 %	**+8,6 %**	+12,0 %	-0,8 %	+0,0 %
F10 Alkohol	2018	8,8 %	51,7 %	49,5 %	4,9 %	18,8 %	3,8 %	21,2 %	11,7 %
	2019	8,6 %	51,8 %	49,5 %	4,9 %	19,0 %	4,1 %	21,0 %	11,5 %
	2020	8,5 %	51,8 %	49,7 %	4,7 %	19,7 %	4,5 %	20,5 %	11,4 %
	Trend	-3,8 %	+0,2 %	+0,3 %	-3,8 %	**+5,2 %**	**+17,1 %**	-3,3 %	-3,4 %
F11 Opioide	2018	8,5 %	60,1 %	58,4 %	4,8 %	29,5 %	4,9 %	37,3 %	13,4 %
	2019	8,2 %	60,1 %	58,1 %	4,8 %	29,3 %	5,4 %	36,7 %	13,4 %
	2020	8,0 %	59,5 %	57,6 %	5,0 %	29,6 %	5,7 %	36,2 %	12,3 %
	Trend	**-6,4 %**	-0,9 %	-1,4 %	+4,4 %	+0,6 %	**+15,9 %**	-2,9 %	**-8,2 %**

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert. Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 13 (Fortsetzung): Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv

		Schizophrenie/ Schizotype wahnhafte Störungen	Affektive Störungen	(Rezidivierende) Depressive Störung	Phobien	Andere Angststörungen	PTBS	Somatoforme Störungen	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F12 Cannabinoide	2018	18,9 %	62,0 %	58,8 %	5,4 %	23,5 %	6,0 %	27,1 %	16,3 %
	2019	17,5 %	62,5 %	59,5 %	5,7 %	23,1 %	6,6 %	25,6 %	15,3 %
	2020	18,0 %	61,9 %	58,4 %	5,3 %	24,8 %	6,7 %	24,8 %	14,0 %
	Trend	**-5,0 %**	-0,8 %	-0,6 %	-2,7 %	**+5,7 %**	**+12,0 %**	**-8,3 %**	**-14,3 %**
F13 Sedativa/ Hypnotika	2018	16,2 %	74,2 %	71,9 %	11,2 %	51,8 %	9,1 %	39,4 %	19,1 %
	2019	15,9 %	74,1 %	71,6 %	11,6 %	52,6 %	8,8 %	40,1 %	19,8 %
	2020	15,4 %	73,5 %	71,2 %	11,0 %	52,7 %	10,4 %	39,2 %	17,9 %
	Trend	**-5,1 %**	-0,8 %	-1,0 %	-2,3 %	+1,6 %	**+14,8 %**	-0,5 %	**-6,1 %**
F14 Kokain	*2018*	*13,7%*	*55,3%*	*51,6%*	*5,1%*	*19,6%*	*4,1%*	*22,2%*	*14,4%*
	2019	*15,5%*	*62,2%*	*58,0%*	*4,9%*	*21,3%*	*6,5%*	*21,2%*	*17,6%*
	2020	*13,7%*	*57,2%*	*55,1%*	*4,3%*	*24,8%*	*5,7%*	*21,8%*	*14,7%*
	Trend	*+0,1%*	*+3,5%*	*+6,6%*	*-15,6%*	*+26,7%*	*+39,7%*	*-1,7%*	*+2,4%*
F15 Stimulanzien	2018	14,0 %	48,7 %	46,0 %	4,7 %	18,0 %	3,5 %	23,6 %	10,8 %
	2019	13,7 %	48,1 %	45,8 %	4,0 %	19,3 %	3,6 %	23,1 %	11,2 %
	2020	13,1 %	49,3 %	46,4 %	4,2 %	20,0 %	4,4 %	22,6 %	11,3 %
	Trend	**-6,9 %**	+1,2 %	+0,9 %	**-11,4 %**	**+11,0 %**	**+26,7 %**	-4,0 %	+4,5 %

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 13 (Fortsetzung): Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Störungen unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv

		Schizophrenie/ Schizotype wahnhafte Störungen	Affektive Störungen	(Rezidivierende) Depressive Störung	Phobien	Andere Angststörungen	PTBS	Somatoforme Störungen	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F17 Tabak	2018	2,6 %	27,2 %	25,8 %	2,4 %	11,3 %	1,6 %	19,6 %	3,0 %
	2019	2,5 %	27,1 %	25,8 %	2,4 %	11,4 %	1,7 %	19,4 %	3,0 %
	2020	2,6 %	27,2 %	25,9 %	2,5 %	12,2 %	1,9 %	19,4 %	3,0 %
	Trend	+0,0 %	+0,0 %	+0,5 %	+4,7 %	**+8,0 %**	16,6 %	-1,3 %	+0,0 %
F19 Polytoxikomanie	2018	14,7 %	59,4 %	56,9 %	5,0 %	27,4 %	4,5 %	32,5 %	14,1 %
	2019	14,6 %	59,6 %	57,0 %	5,1 %	27,5 %	4,8 %	31,8 %	13,5 %
	2020	14,4 %	59,0 %	56,5 %	5,0 %	28,4 %	5,0 %	31,6 %	13,3 %
	Trend	-2,0 %	-0,6 %	-0,7 %	+0,0 %	+3,4 %	**+11,2 %**	-2,8 %	**-5,8 %**

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Die Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Komorbiditäten unterscheidet sich bei Männern und Frauen, wie in Appendix-Tabelle 14 veranschaulicht, systematisch. Hierbei werden die betrachteten Störungen mit Ausnahme von Schizophrenie/schizotype, wahnhafte Störungen regelhaft bei Frauen mit Substanzkonsumstörungen häufiger diagnostiziert als bei ihren männlichen Pendants.

Appendix-Tabelle 14: Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018

	Schizophrenie/ schizotype, wahnhafte Störungen		Affektive Störungen		(Rezidivierende) Depressive Störung		Phobien		Andere Angst-störungen		PTBS		Somatoforme Störungen		Spezifische Persönlichkeits-störungen	
	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau	Mann	Frau
F10	6,7 %	7,1 %	41,8 %	62,5 %	39,8 %	60,3 %	2,9 %	4,1 %	12,7 %	22,8 %	1,5 %	4,3 %	18,5 %	26,8 %	5,6 %	9,7 %
F11	8,1 %	8,1 %	55,0 %	68,9 %	53,2 %	67,2 %	4,7 %	4,8 %	26,8 %	33,1 %	3,6 %	8,6 %	31,6 %	42,5 %	11,9 %	18,0 %
F12	21,9 %	16,9 %	60,0 %	76,5 %	56,8 %	72,9 %	6,6 %	8,8 %	21,7 %	31,2 %	4,0 %	14,2 %	23,7 %	31,0 %	13,6 %	36,8 %
F13	15,5 %	11,5 %	68,6 %	77,8 %	65,7 %	75,3 %	9,3 %	7,7 %	46,0 %	46,3 %	4,3 %	6,1 %	36,2 %	43,0 %	12,5 %	10,7 %
F15	18,4 %	11,4 %	49,0 %	55,1 %	46,3 %	52,3 %	4,9 %	4,8 %	16,9 %	24,6 %	2,7 %	6,2 %	21,9 %	26,7 %	9,6 %	17,1 %
F17	2,9 %	2,8 %	24,1 %	36,7 %	22,9 %	35,1 %	1,7 %	3,0 %	8,5 %	15,2 %	0,9 %	2,2 %	16,1 %	25,5 %	2,1 %	3,0 %
F19	16,9 %	11,7 %	54,3 %	69,4 %	51,8 %	66,9 %	4,9 %	5,1 %	24,3 %	34,4 %	3,3 %	7,4 %	28,2 %	40,0 %	12,5 %	18,6 %

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung
F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Grau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau. Keine Werte signifikant zum 5 %-Niveau
Altersstandardisiert auf alle weiblichen bzw. männlichen GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern

Bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die aus ländlichen Regionen stammen, werden wie Appendix-Tabelle 15 zeigt, ausgewählte psychische Komorbiditäten regelhaft seltener diagnostiziert als bei Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen, die aus städtischen Regionen stammen.

Appendix-Tabelle 15: Behandlungsprävalenz ausgewählter psychischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018

	Schizophrenie/ schizotype, wahnhafte Störungen		Affektive Störungen		(Rezidivierende) Depressive Störung		Phobien		Andere Angst-störungen		PTBS		Somatoforme Störungen		Spezifische Persönlichkeits-störungen	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
F10	6,5 %	7,0 %	49,5 %	46,5 %	47,4 %	44,4 %	3,6 %	2,9 %	17,1 %	14,5 %	2,7 %	2,0 %	21,4 %	20,5 %	*7,0 %*	*6,6 %*
F11	7,7 %	8,6 %	61,0 %	58,3 %	59,2 %	56,6 %	*5,2 %*	*4,2 %*	30,6 %	27,1 %	*5,8 %*	*4,8 %*	33,3 %	37,5 %	14,5 %	13,4 %
F12	20,2 %	21,5 %	65,3 %	62,3 %	62,0 %	59,0 %	7,7 %	6,5 %	24,8 %	22,9 %	*6,9 %*	*5,6 %*	25,7 %	25,1 %	18,8 %	18,9 %
F13	12,6 %	12,9 %	75,0 %	74,5 %	72,2 %	72,1 %	9,1 %	7,4 %	46,9 %	45,6 %	6,4 %	4,7 %	40,9 %	40,6 %	*11,8 %*	*10,8 %*
F15	17,6 %	15,0 %	60,5 %	46,0 %	57,5 %	43,5 %	6,7 %	3,9 %	24,4 %	17,0 %	5,3 %	3,2 %	28,5 %	20,9 %	15,7 %	10,4 %
F17	2,9 %	2,8 %	30,8 %	29,2 %	29,5 %	27,8 %	2,5 %	2,1 %	12,5 %	10,8 %	1,8 %	1,3 %	20,7 %	20,3 %	2,5 %	2,5 %
F19	13,9 %	15,9 %	61,9 %	58,1 %	59,3 %	55,7 %	5,6 %	4,5 %	30,7 %	25,7 %	5,7 %	4,0 %	33,2 %	32,0 %	15,7 %	13,9 %

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung
F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Grau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau. Werte in grauer Kursivschrift signifikant zum 5 %-Niveau
Altersstandardisiert auf alle weiblichen bzw. männlichen GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern

Appendix-Tabelle 16 fasst die rohen und die auf das gesamte Patient:innenkollektiv altersstandardisierte Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten zusammen. Die Altersstandardisierung ist bei Störungen durch legale Substanzen tendenziell mit einem Rückgang und bei Störungen durch illegale Substanzen tendenziell mit einem Anstieg verbunden.

Appendix-Tabelle 16: Rohe und altersstandardisierte Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten bei Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv im Jahr 2018

		DMT1	DMT2	Hyper-tonie	HIV/ Aids	Krank-heiten Leber	*Alkohol. Leber-krank-heit*	*Toxische Leber-krank-heit*	HBV	HCV	Krebs	*Leber-krebs*	*Bauch-speicheldrüsen-krebs*	*Lungen-krebs*	Verlet-zungen
Gesamt-		0,9 %	9,6 %	27,4 %	0,1 %	7,5 %	*0,3 %*	*0,2 %*	0,2 %	0,2 %	6,6 %	*0,0 %*	*0,1 %*	*0,2 %*	7,8 %
F10	roh	2,4 %	21,8 %	54,6 %	0,3 %	38,8 %	*9,7 %*	*2,4 %*	0,7 %	2,2 %	11,3 %	*0,3 %*	*0,2 %*	*1,3 %*	10,6 %
	as	1,9 %	14,3 %	38,2 %	0,3 %	28,8 %	*7,0 %*	*1,7 %*	0,6 %	2,8 %	7,3 %	*0,2 %*	*0,1 %*	*0,8 %*	12,0 %
F11	roh	1,6 %	10,7 %	27,1 %	1,0 %	19,1 %	*1,8 %*	*1,3 %*	3,1 %	30,7 %	4,6 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*0,5 %*	11,6 %
	as	1,7 %	13,2 %	31,7 %	0,7 %	17,7 %	*1,6 %*	*1,2 %*	2,5 %	25,0 %	6,4 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*0,6 %*	12,5 %
F12	roh	1,0 %	4,3 %	13,4 %	0,2 %	9,0 %	*1,3 %*	*0,3 %*	0,6 %	5,1 %	1,6 %	*0,0 %*	*0,0 %*	*0,0 %*	12,0 %
	as	1,3 %	10,7 %	28,7 %	0,5 %	14,6 %	*2,4 %*	*0,3 %*	0,7 %	6,3 %	3,6 %	*0,1 %*	*0,0 %*	*0,1 %*	11,3 %
F13	roh	2,0 %	25,2 %	60,2 %	0,3 %	21,8 %	*1,7 %*	*0,8 %*	0,8 %	4,7 %	14,3 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*0,7 %*	12,3 %
	as	1,5 %	14,5 %	37,0 %	0,2 %	16,8 %	*1,5 %*	*0,5 %*	0,9 %	10,4 %	7,6 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*0,4 %*	13,6 %
F14	roh	1,6 %	7,5 %	22,1 %	0,2 %	15,3 %	*2,1 %*	*0,0 %*	1,1 %	15,3 %	4,1 %	*0,0 %*	*0,2 %*	*0,2 %*	10,0 %
	as	4,7 %	18,5 %	31,4 %	0,2 %	14,9 %	*1,9 %*	*0,0 %*	0,7 %	11,6 %	5,8 %	*0,0 %*	*0,1 %*	*0,3 %*	11,0 %
F15	roh	1,2 %	8,1 %	25,6 %	0,5 %	12,8 %	*1,3 %*	*0,4 %*	0,7 %	6,9 %	3,7 %	*0,1 %*	*0,0 %*	*0,3 %*	10,7 %
	as	1,4 %	11,5 %	34,2 %	0,4 %	14,8 %	*1,6 %*	*0,5 %*	0,6 %	5,3 %	6,5 %	*0,2 %*	*0,0 %*	*0,6 %*	10,9 %
F17	roh	2,4 %	20,5 %	49,3 %	0,2 %	19,4 %	*1,6 %*	*0,7 %*	0,5 %	0,8 %	9,9 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*1,3 %*	8,8 %
	as	2,2 %	15,6 %	37,7 %	0,1 %	14,8 %	*1,2 %*	*0,5 %*	0,4 %	0,7 %	7,7 %	*0,1 %*	*0,1 %*	*1,0 %*	9,5 %
F19	roh	1,5 %	12,1 %	30,8 %	0,7 %	18,8 %	*2,1 %*	*1,0 %*	1,9 %	15,8 %	6,0 %	*0,1 %*	*0,0 %*	*0,4 %*	12,6 %
	as	1,6 %	13,4 %	32,8 %	0,6 %	18,1 %	*2,0 %*	*0,9 %*	1,6 %	13,1 %	6,9 %	*0,1 %*	*0,0 %*	*0,5 %*	12,9 %

As = altersstandardisiert; DMT1 = Diabestes Mellitus Typ 1, DMT2 = Diabestes Mellitus Typ2, HBV = Hepatitis B, HCV = Hepatitis C
F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern;
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.

Appendix-Tabelle 17 verdeutlicht, dass sich die Behandlungsprävalenz der betrachteten somatischen Komorbiditäten zwischen 2018 und 2020 nur unwesentlich verändert hat. Einzig die Prävalenz von HCV und Verletzungen ist rückläufig.

Appendix-Tabelle 17:Entwicklung der altersstandardisierten Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv

		DTM1	DTM2	Hypertonie	HIV/Aids	Krankheiten der Leber	Alkohol. Leberkrankheit	Toxische Leberkrankheit	HBV	HCV	Verletzungen
Gesamtpopulation	2018	0,9 %	9,6 %	27,4 %	0,1 %	7,5 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	7,8 %
	2019	0,9 %	9,6 %	27,5 %	0,1 %	7,6 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	7,4 %
	2020	0,9 %	9,6 %	27,7 %	0,1 %	7,6 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	7,0 %
	Trend	+0,0 %	+0,0 %	+1,1 %	+0,0 %	+1,3 %	+0,0 %	+0,0 %	+0,0 %	+0,0 %	**-10,3 %**
F10 Alkohol	2018	1,9 %	14,3 %	38,2 %	0,3 %	28,8 %	7,0 %	1,7 %	0,6 %	2,8 %	12,0 %
	2019	1,8 %	14,3 %	38,9 %	0,3 %	28,5 %	7,1 %	1,7 %	0,6 %	2,6 %	11,2 %
	2020	1,9 %	14,4 %	39,4 %	0,3 %	28,2 %	7,2 %	1,5 %	0,5 %	2,3 %	10,4 %
	Trend	+0,7 %	+0,5 %	+3,3 %	+11,8 %	-2,0 %	+3,2 %	-10,8 %	-14,4 %	**-17,8 %**	**-13,1 %**
F11 Opioide	2018	1,7 %	13,2 %	31,7 %	0,7 %	17,7 %	1,6 %	1,2 %	2,5 %	25,0 %	12,5 %
	2019	1,6 %	13,1 %	32,1 %	0,7 %	16,5 %	1,5 %	0,9 %	1,8 %	23,3 %	12,0 %
	2020	1,8 %	13,5 %	32,2 %	0,8 %	16,7 %	1,7 %	1,0 %	1,9 %	22,3 %	10,6 %
	Trend	+6,7 %	+2,0 %	+1,6 %	+14,8 %	-5,4 %	+10,4 %	-13,9 %	-25,0 %	**-10,8 %**	**-15,6 %**
F12 Cannabinoide	2018	1,3 %	10,7 %	28,7 %	0,5 %	14,6 %	2,4 %	0,3 %	0,7 %	6,3 %	11,3 %
	2019	1,0 %	11,3 %	26,9 %	0,3 %	13,2 %	1,8 %	0,3 %	0,9 %	6,8 %	10,0 %
	2020	1,1 %	11,8 %	28,9 %	0,5 %	13,3 %	1,5 %	0,5 %	0,6 %	6,6 %	10,1 %
	Trend	-12,1 %	+10,1 %	+0,7 %	-8,1 %	-9,3 %	-38,1 %	+105,7 %	-8,6 %	+5,1 %	**-11,0 %**

F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = PolytoxikomanieDMT1 = Diabestes Mellitus Typ 1, DMT2 = Diabestes Mellitus Typ2, HBV = Hepatitis B, HCV = Hepatitis C
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 17 (Fortsetzung): Entwicklung der altersstandardisierte Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Personen mit Substanzkonsumstörung und im gesamten Patient:innenkollektiv

		DTM1	DTM2	Hypertonie	HIV/Aids	Krankheiten der Leber	Alkohol. Leberkrankheit	Toxische Leberkrankheit	HBV	HCV	Verletzungen
F13 Sedativa/ Hypnotika	2018	1,5 %	14,5 %	37,0 %	0,2 %	16,8 %	1,5 %	0,5 %	0,9 %	10,4 %	13,6 %
	2019	1,4 %	14,6 %	37,1 %	0,4 %	16,2 %	1,6 %	0,5 %	0,7 %	9,5 %	12,3 %
	2020	1,7 %	14,8 %	38,2 %	0,2 %	16,0 %	1,5 %	0,6 %	0,6 %	8,5 %	11,8 %
	Trend	+12,5 %	+2,7 %	+3,3 %	+0,6 %	-4,8 %	+0,1 %	+15,0 %	-37,1 %	**-18,5 %**	**-13,0 %**
F14 Kokain	*2018*	*4,7 %*	*18,5 %*	*31,4 %*	*0,2 %*	*14,9 %*	*1,9 %*	*0,0 %*	*0,7 %*	*11,6 %*	*11,0 %*
	2019	*3,3 %*	*18,6 %*	*34,3 %*	*0,4 %*	*13,8 %*	*2,5 %*	*0,5 %*	*2,1 %*	*10,8 %*	*11,6 %*
	2020	*1,5 %*	*18,8 %*	*29,5 %*	*0,6 %*	*16,7 %*	*2,3 %*	*0,2 %*	*2,3 %*	*10,1 %*	*11,1 %*
	Trend	*-68,8 %*	*+1,8 %*	*-6,2 %*	*+167,7 %*	*+11,7 %*	*+21,6 %*	*/*	*227,7 %*	*-12,6 %*	*+1,3 %*
F15 Stimulanzien	2018	1,4 %	11,5 %	34,2 %	0,4 %	14,8 %	1,6 %	0,5 %	0,6 %	5,3 %	10,9 %
	2019	1,0 %	11,2 %	34,8 %	0,6 %	14,2 %	1,4 %	0,7 %	0,6 %	5,2 %	9,5 %
	2020	1,1 %	10,8 %	34,3 %	0,7 %	14,5 %	1,5 %	0,4 %	0,6 %	4,7 %	9,3 %
	Trend	-19,0 %	**-5,5 %**	+0,0 %	+53,7 %	-2,4 %	-7,9 %	-22,8 %	+1,8 %	**-11,7 %**	**-14,7 %**
F17 Tabak	2018	2,2 %	15,6 %	37,7 %	0,1 %	14,8 %	1,2 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %	9,5 %
	2019	2,2 %	15,6 %	37,8 %	0,1 %	14,9 %	1,1 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %	9,1 %
	2020	2,2 %	15,9 %	38,4 %	0,1 %	15,0 %	1,1 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %	8,6 %
	Trend	+1,6 %	+2,0 %	+2,0 %	-5,9 %	+1,1 %	-2,1 %	-8,7 %	-13,4 %	-11,9 %	**-9,4 %**
F19 Polytoxikomanie	2018	1,6 %	13,4 %	32,8 %	0,6 %	18,1 %	2,0 %	0,9 %	1,6 %	13,1 %	12,9 %
	2019	1,5 %	13,1 %	33,1 %	0,6 %	17,5 %	2,0 %	0,9 %	1,3 %	12,1 %	12,3 %
	2020	1,7 %	13,1 %	33,0 %	0,7 %	16,8 %	2,0 %	0,8 %	1,3 %	11,8 %	11,5 %
	Trend	+6,2 %	-1,7 %	+0,3 %	+11,8 %	**-7,3 %**	-1,5 %	-11,5 %	-18,2 %	**-10,4 %**	**-10,8 %**

F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
DMT1 = Diabestes Mellitus Typ 1, DMT2 = Diabestes Mellitus Typ2, HBV = Hepatitis B, HCV = Hepatitis C
Die Gesamtpopulation repräsentiert alle GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern mit mindestens einmaligem Kontakt zu VÄ/VPT. Die Population mit Substanzkonsumtörungen hat in mindestens 2 Quartalen einen Kontakt zu VÄ/VPT.
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Hinsichtlich der Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten bestehen laut Appendix-Tabelle 18 gewisse Geschlechter- und laut Appendix-Tabelle 19 gewisse Stadt-Land-Unterschiede. Hierbei sind jedoch keine systematischen Muster erkennbar.

Appendix-Tabelle 18: Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2018

	DTM2		Hypertonie		Krankheiten der Leber		HCV		Krebs		Verletzungen	
2018	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
F10	26,2 %	19,2 %	56,0 %	51,1 %	40,4 %	35,1 %	2,2 %	2,2 %	11,3 %	11,3 %	10,2 %	11,5 %
F11	11,2 %	14,7 %	24,5 %	32,3 %	19,5 %	18,3 %	33,1 %	26,0 %	3,4 %	6,8 %	11,5 %	11,6 %
F12	5,4 %	4,8 %	13,7 %	12,2 %	9,1 %	8,1 %	5,0 %	5,2 %	1,4 %	2,1 %	11,9 %	12,3 %
F13	26,5 %	27,6 %	52,5 %	64,0 %	23,6 %	20,9 %	8,9 %	2,6 %	12,8 %	15,0 %	11,8 %	12,6 %
F15	9,7 %	8,5 %	*26,8 %*	*23,2 %*	14,1 %	10,4 %	7,3 %	6,0 %	3,5 %	4,1 %	11,0 %	10,2 %
F17	27,0 %	18,1 %	54,0 %	43,9 %	23,2 %	14,9 %	1,0 %	0,6 %	10,1 %	9,7 %	8,7 %	8,8 %
F19	11,4 %	17,4 %	25,5 %	39,7 %	*18,4 %*	*19,7 %*	17,7 %	12,8 %	4,2 %	9,0 %	12,4 %	13,0 %

DMT2 = Diabestes Mellitus Typ2, HCV = Hepatitis C, F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Grau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau. Werte in grauer Kursivschrift signifikant zum 5 %-Niveau
Altersstandardisiert auf alle weiblichen bzw. männlichen GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Appendix-Tabelle 19: Behandlungsprävalenz ausgewählter somatischer Komorbiditäten unter Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018

	DTM2		Hypertonie		Krankheiten der Leber		HCV		Krebs		Verletzungen	
2018	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
F10	*23,9 %*	*24,5 %*	53,5 %	55,5 %	38,2 %	39,4 %	2,7 %	1,8 %	11,3 %	11,2 %	10,7 %	10,5 %
F11	10,8 %	14,1 %	23,9 %	30,7 %	19,7 %	18,4 %	34,9 %	26,0 %	4,0 %	5,2 %	11,0 %	12,1 %
F12	5,5 %	4,9 %	12,8 %	14,1 %	8,5 %	9,4 %	4,7 %	5,5 %	1,8 %	1,4 %	*11,1 %*	*13,0 %*
F13	27,2 %	27,3 %	58,3 %	62,0 %	21,7 %	21,9 %	5,8 %	3,6 %	14,1 %	14,4 %	12,3 %	12,3 %
F15	9,7 %	9,1 %	21,4 %	27,8 %	13,4 %	12,5 %	9,6 %	5,5 %	3,6 %	3,8 %	11,6 %	10,2 %
F17	23,0 %	22,8 %	48,0 %	50,5 %	18,9 %	19,7 %	1,0 %	0,7 %	10,0 %	9,9 %	8,5 %	9,0 %
F19	13,4 %	13,8 %	29,5 %	31,9 %	19,2 %	18,5 %	17,8 %	14,1 %	5,9 %	6,0 %	12,3 %	12,8 %

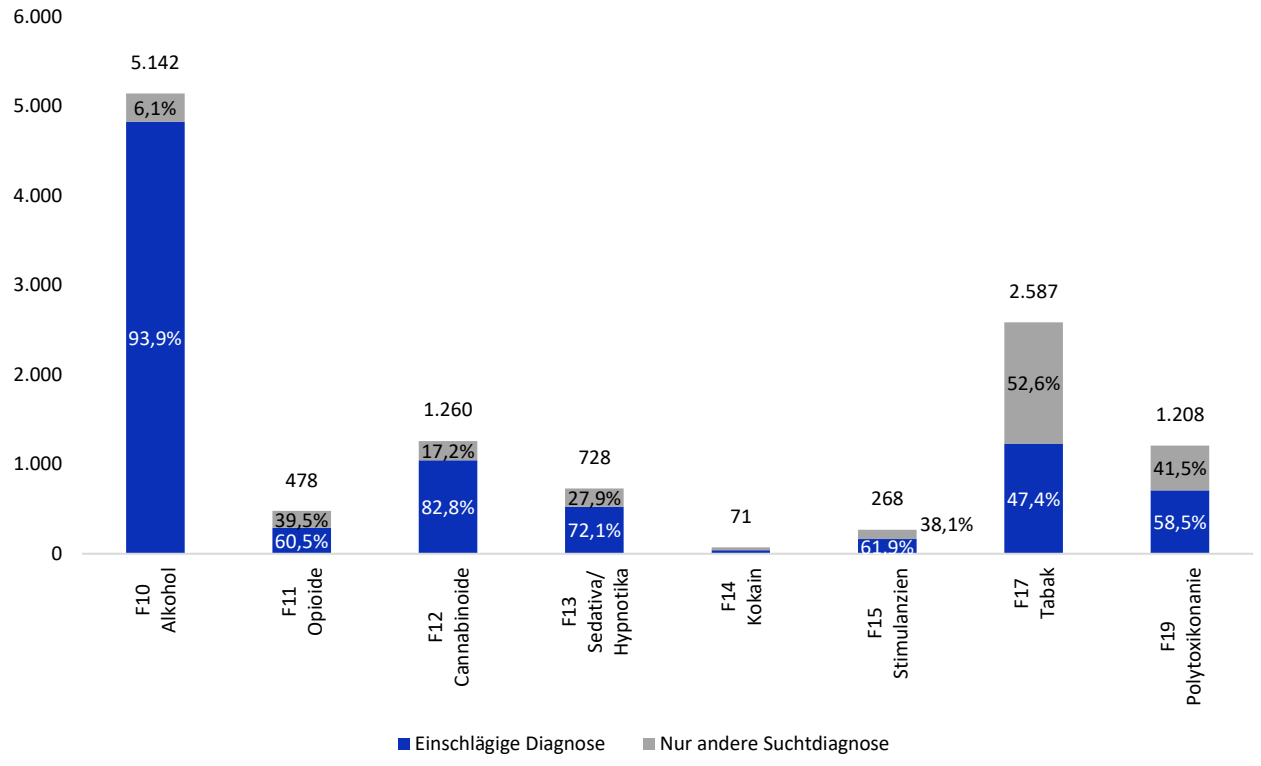
DMT2 = Diabestes Mellitus Typ2, HCV = Hepatitis C, F10 = Alkohol, F11 = Opioide, F12 = Cannabinoide, F13 = Sedativa/Hypnotika, F14 = Kokain, F15 = Stimulanzien, F17 = Tabak, F19 = Polytoxikomanie
Grau hinterlegte Werte signifikant zum 1 %-Niveau. Werte in grauer Kursivschrift signifikant zum 5 %-Niveau
Altersstandardisiert auf alle weiblichen bzw. männlichen GKV-Versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern
Als Trend werden monotone Veränderungen von mindestens 5 % bei einem Ausgangsniveau von mindestens 3 % interpretiert.
Positive Trends (Zunahme) sind durch grünen Fettdruck, negative Trends (Abnahme) durch roten Fettdruck hervorgehoben.

Wie aus Appendix-Tabelle 20 ersichtlich unterscheidet sich die psychotherapeutisch versorgte Subgruppe von der Gesamtheit der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen. Zum einen spielen in der Subgruppe Störungen durch illegale Substanzen eine anteilsmäßig größere Rolle, zum anderen ist sind die Patientinnen und Patienten jünger als Studiengruppe insgesamt. Zudem addieren sich die störungsspezifischen Anteilswerte in der Subgruppe auf deutlich über 100 % (146 %), was auf eine höhere Relevanz multiplen Substanzkonsums als in der Studiengruppe an sich (114 %) schließen lässt.

Appendix-Tabelle 20: Charakterisierung des Gesamtkollektivs und der Subgruppe

	Studiengruppe Gesamt				Subgruppe			
	Alter		Anzahl	Anteil	Alter		Anzahl	Anteil
	MW	(SD)			MW	(SD)		
F10 Alkohol	56,8	(14,0)	154.150	22,5 %	46,9	(12,3)	5.142	63,6 %
F11 Opioide	45,4	(14,2)	14.979	2,2 %	42,9	(12,1)	478	5,9 %
F12 Cannabinoide	32,7	(11,6)	13.137	1,9 %	30,4	(10,2)	1.260	15,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	63,4	(17,5)	24.603	3,6 %	51,2	(14,7)	728	9,0 %
F14 Kokain	37,9	(12,7)	881	0,1 %	33,8	(7,9)	71	0,9 %
F15 Stimulanzien	38,8	(14,0)	5.158	0,8 %	32,9	(10,4)	268	3,3 %
F16 Halluzinogene	*37,4*	*(17,3)*	*494*	*0,1 %*	*30,9*	*(9,2)*	*39*	*0,5 %*
F17 Tabak	52,0	(15,1)	530.549	77,6 %	46,9	(12,5)	2.587	32,0 %
F18 flüchtige Lösungsmittel	*53,8*	*(14,8)*	*280*	*0,0 %*	*n. a.*	*n. a.*	*n. a.*	*n. a.*
F19 Polytoxikomanie	44,1	(17,1)	32.361	4,7 %	36,6	(12,9)	1.208	14,9 %
Gesamt	**52,7**	**(15,7)**	**683.706**		**44,3**	**(13,9)**	**8.088**	

MW = Mittelwert, n. a. = nicht anwendbar (Fallzahl <5) SD = Standardabweichung
Patientinnen und Patienten mit ≥1 psychotherapeutischen Sucht-Diagnose, ausschließliche Betrachtung der VÄ und VPT, die auch die Suchtdiagnose stellen.

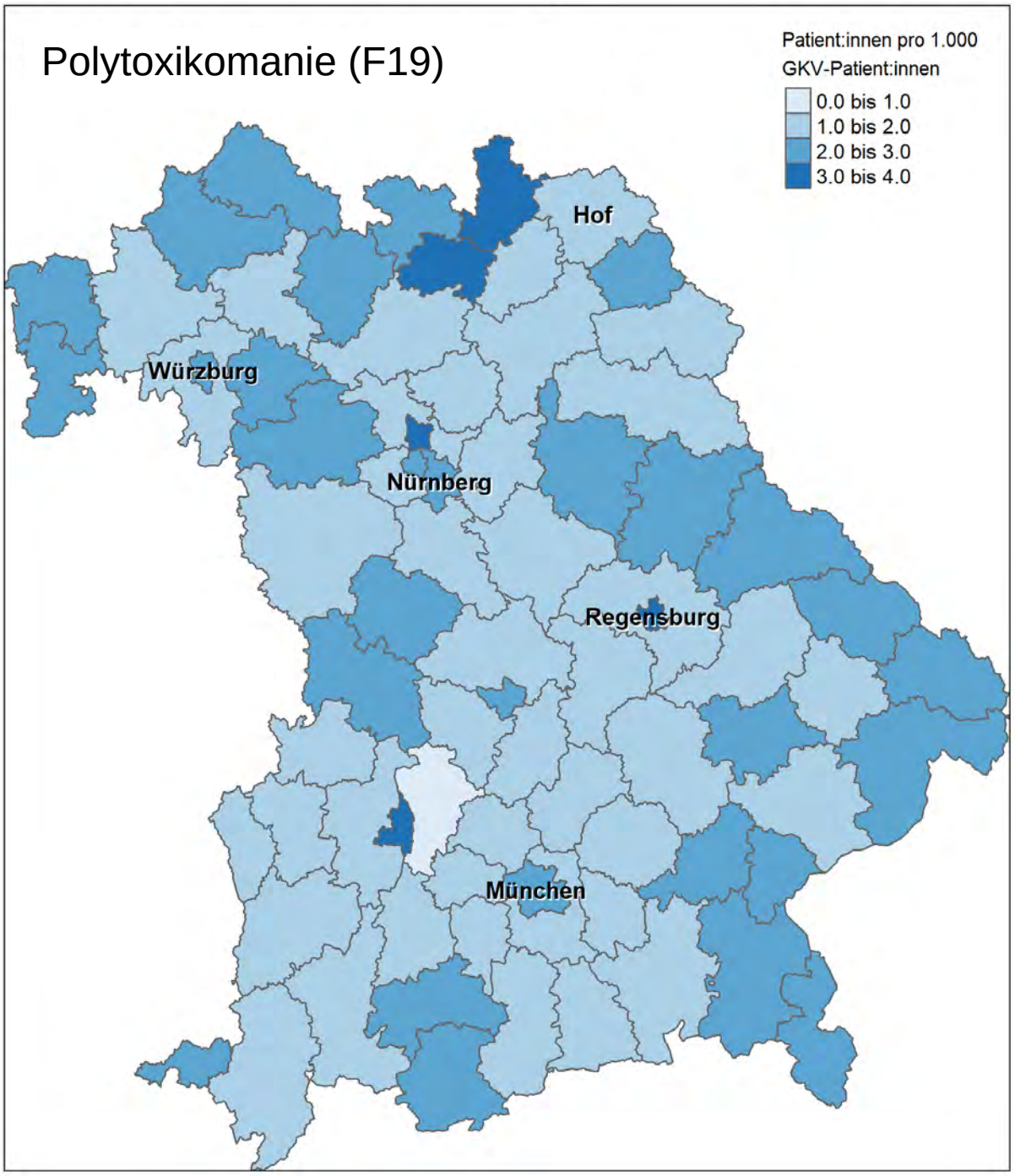


Einschlägige Diagnose entspricht der Diagnose der jeweils in der x-Achse für diese Säule definierten Suchhterkrankung

Appendix-Abbildung 1: Anteil an Patientinnen und Patienten mit einschlägiger (störungsspezifischer) suchtmedizinischer Diagnose durch PT

Appendix-Abbildung 1 veranschaulicht für die Subgruppe mit (irgendeiner) suchtmedizinischen Diagnose durch PT, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diagnose einer konkreten Substanzkonsumstörung eine durch PT eine suchtmedizinische Diagnose eben dieser Substanzkonsumstörung erhalten hat. Hierbei ergibt sich eine deutliche Streuung über die einzelnen Substanzkonsumstörungen hinweg. So haben über 9 von 10 behandelten Personen mit diagnostizierten Alkoholkonsumstörungen (94 %) und immerhin etwas mehr als 8 von 10 behandelten Personen mit diagnostizierten Cannabinoidkonsumstörungen auch mindestens eine entsprechende suchtmedizinische Diagnose durch PT erhalten (83 %). Unter den psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten mit Polytoxikomanie (59 %) oder Opioid- (61 %) bzw. Stimulanzienkonsumstörungen (62 %) haben hingegen nur 3 von 5 Personen mit diagnostizierter Substanzkonsumstörung eine einschlägige Suchtdiagnose durch ihre PT erhalten. In den übrigen Fällen haben die behandelnden PT zwar eine Substanzkonsumstörung diagnostiziert aber eben nicht Opioid- bzw. Stimulanzienkonsumstörungen oder Polytoxikomanie. Noch größer ist die Diskrepanz bei Tabakkonsumstörungen, wo weniger als die Hälfte der mit Substanzkonsumstörungen diagnostizierten Patientinnen und Patienten der Subgruppe auch über eine entsprechende suchtmedizinische Diagnose durch PT verfügt (47 %). Hieraus lässt ableiten, dass für breite Teile der Subgruppe Kriterien des multiplen Substanzkonsums greifen.

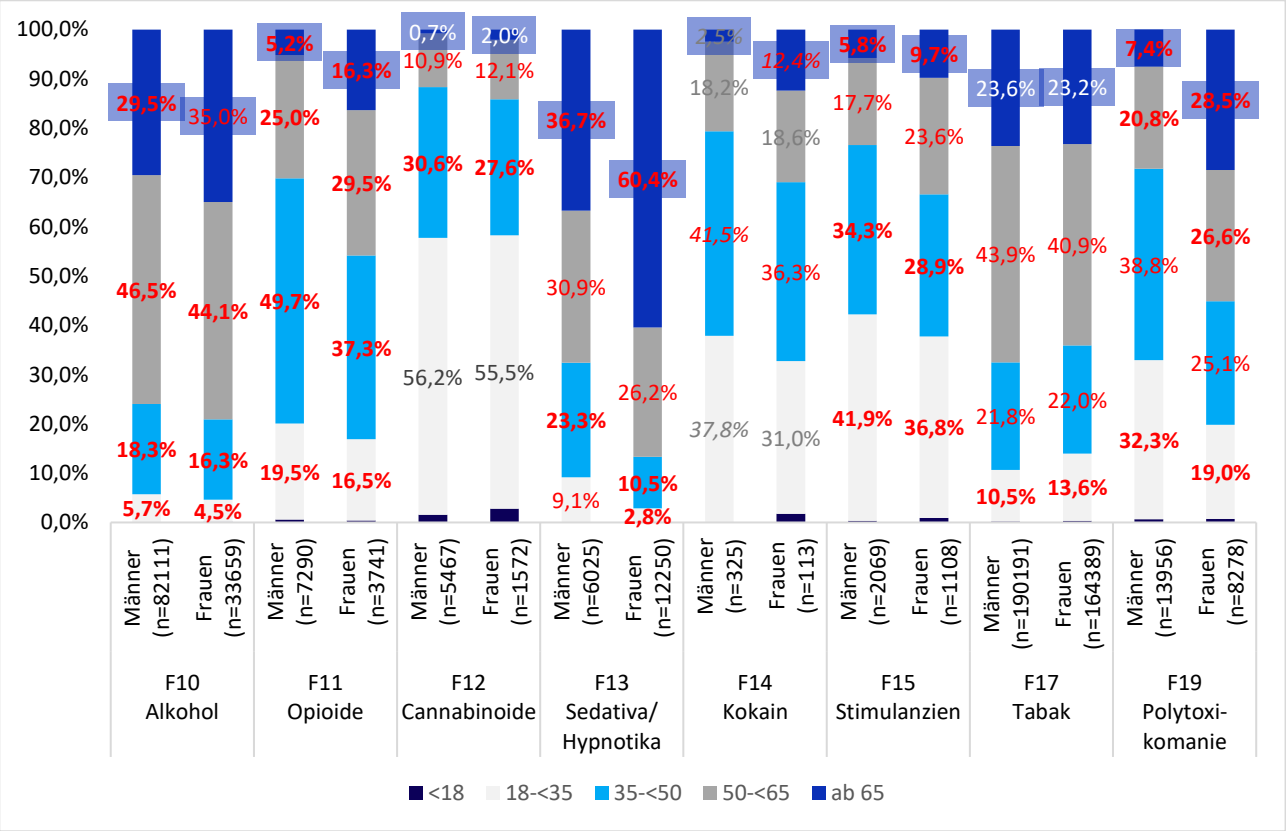
Appendix-Abbildung 2 visualisiert die Behandlungsprävalenz von Polytoxikomanie auf Ebene der bayerischen Landkreise, wobei unklar ist, welche Substanzen in die Diagnose eingehen. Hierbei zeigt sich entlang der grenznahen Landkreise eine vergleichsweise hohe Behandlungsprävalenz. Dies steht annahmegemäß im Zusammenhang mit der empirisch beobachtbaren Häufung stimulanzienbezogener Probleme in der Grenzregion zwischen Bayern und Tschechien.



Datengrundlage Kartenerstellung: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, Nr. 724/ 16, http://vermessung.bayern.de/file/pdf/7203/Nutzungsbedignungen_Viewing.pdf

Appendix-Abbildung 2: Personen mit Polytoxikomanie pro 1.000 GKV-Patient:innen auf Landkreisebene

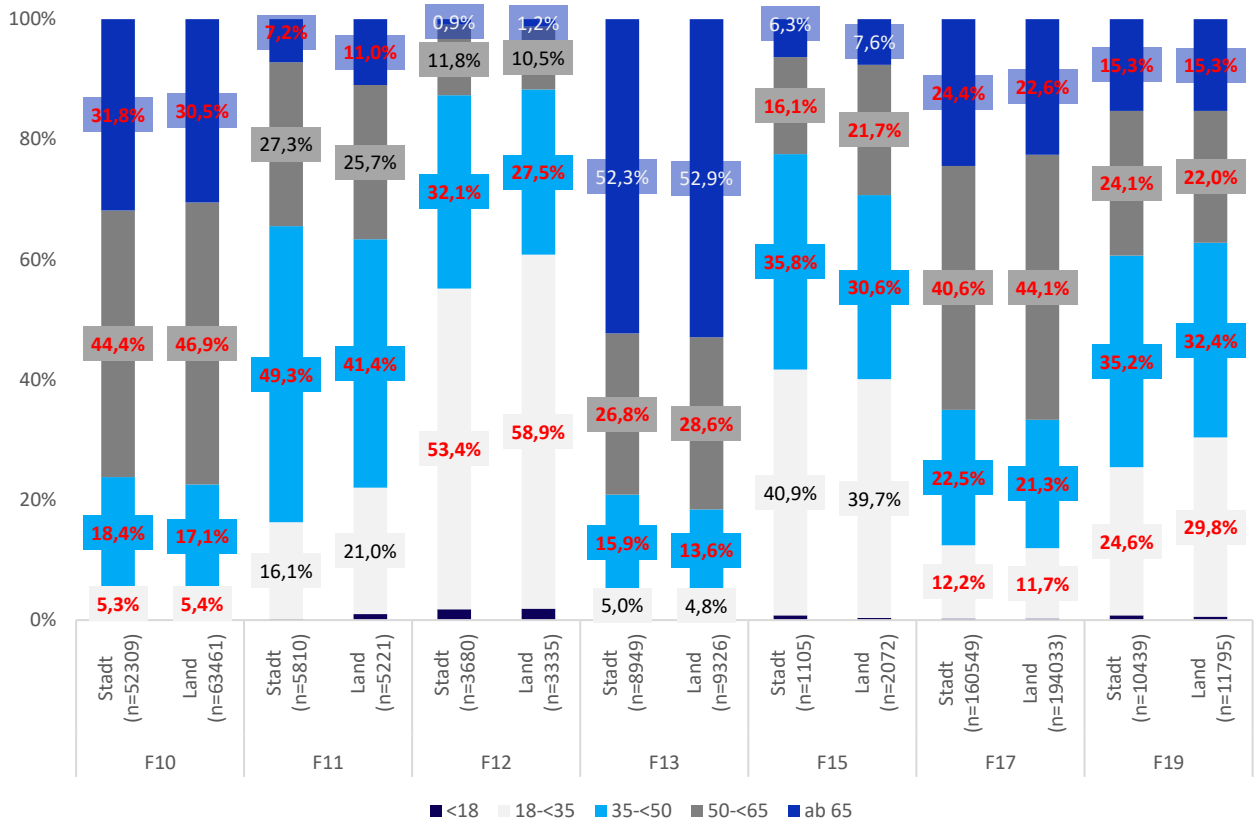
Appendix-Abbildung 3 stellt die Altersstruktur bei Frauen und Männer mit einer bestimmten Substanzkonsumstörung im Jahr 2018 vergleichend gegenüber. Hierbei finden sich regelhaft anteilsmäßig mehr Männer in den jüngeren Altersgruppen und anteilsmäßig mehr Frauen in den höheren Altersgruppen. Eine Ausnahme in die Gegenrichtung bilden Tabakkonsumstörungen wo in den Altersgruppen bis <35 Jahre anteilsmäßig mehr Patientinnen als Patienten zu verzeichnen sind. Bedingt durch die teilweise sehr großen Fallzahlen und die hohe Sensitivität des Chi²-Tests werden mitunter auch geringe klinisch nicht relevante Anteilsunterschiede als signifikant eingestuft.



Signifikante höhere Anteil (alle p-Werte < 0.01) innerhalb eines Geschlechts in rotem Fettdruck

Appendix-Abbildung 3: Altersstruktur der Patienten und Patientinnen mit Substanzkonsumstörung im Jahr 2018

Appendix-Abbildung 4 stellt die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Substanzkonsumstörung in der Stadt und auf dem Land innerhalb vergleichend gegenüber. Hierbei lassen sich keine klar gerichteten Muster finden. Bedingt durch die teilweise sehr großen Fallzahlen und die hohe Sensitivität des Chi²-Tests werden mitunter auch geringe klinisch nicht relevante Anteilsunterschiede als signifikant eingestuft.



Signifikante höhere Anteil (alle p-Werte < 0.01) innerhalb einer Wohnregion in rotem Fettdruck

Appendix-Abbildung 4: Altersstruktur der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung in der Stadt und auf dem Land im Jahr 2018

2018				2019				2020				2021			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	(N = 384.673)							
	IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	(N = 66.721)						
		IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	(N = 40.233)					
			IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	(N= 35.078)				
				IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	(N = 39.318)			
		(N = 30.011)			IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ			
			(N = 28.676)			IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ		
				(N = 28.995)			IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	
					(N = 30.001)			IQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ	FQ
Zeitraum Auswahl Studienpopulation															

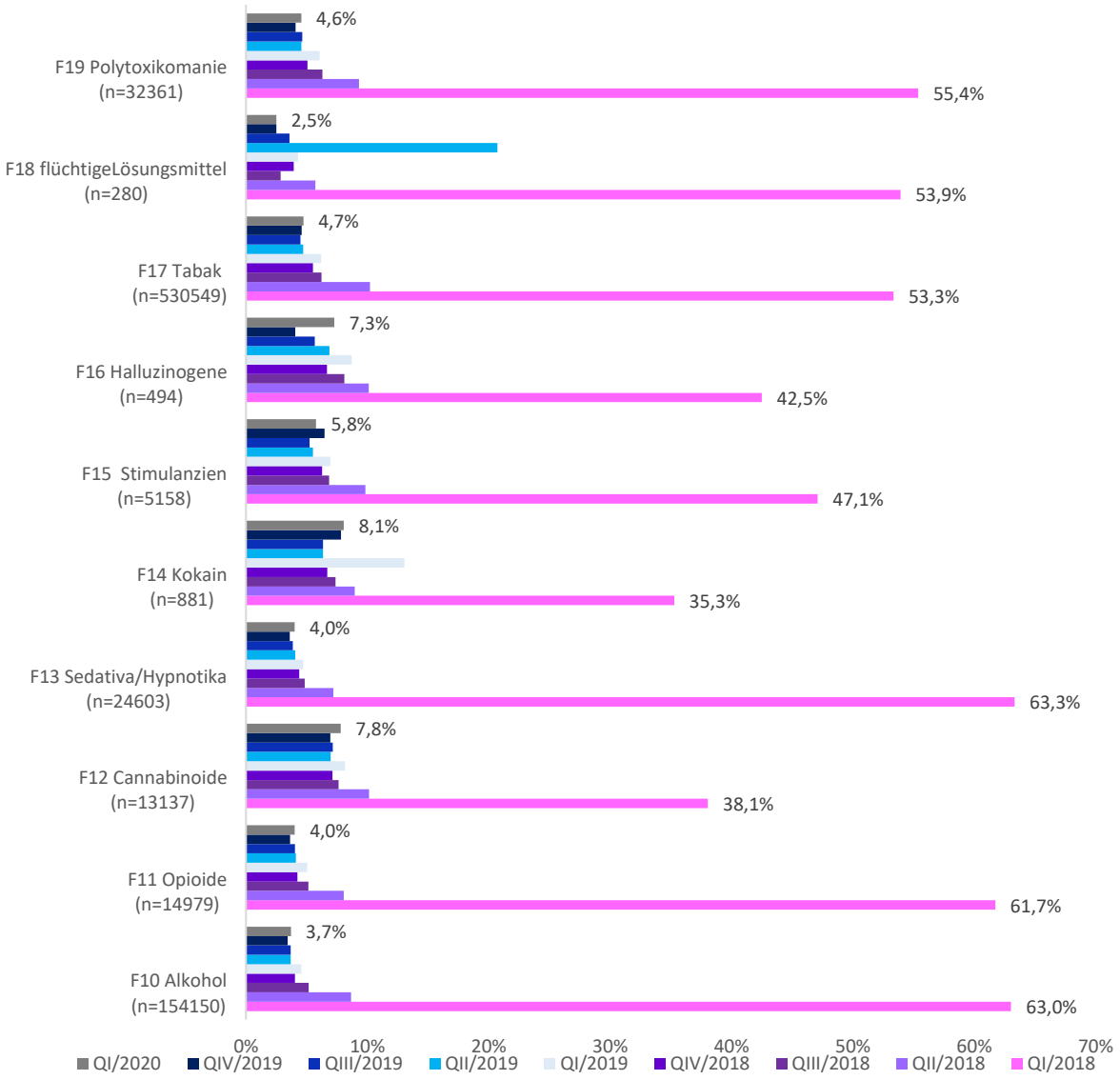
IQ = Indexquartal, FQ = Folgequartal, farblich in Blautönen hervorgehoben: M2Q-Kriterium, definiert als IQ+3 FQ

schwarz umrandet: gesamter Beobachtungszeitraum je Indexquartal (1 IQ + 7 FQ)

Appendix-Abbildung 5: Indexquartale und Anzahl Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer je Indexquartal

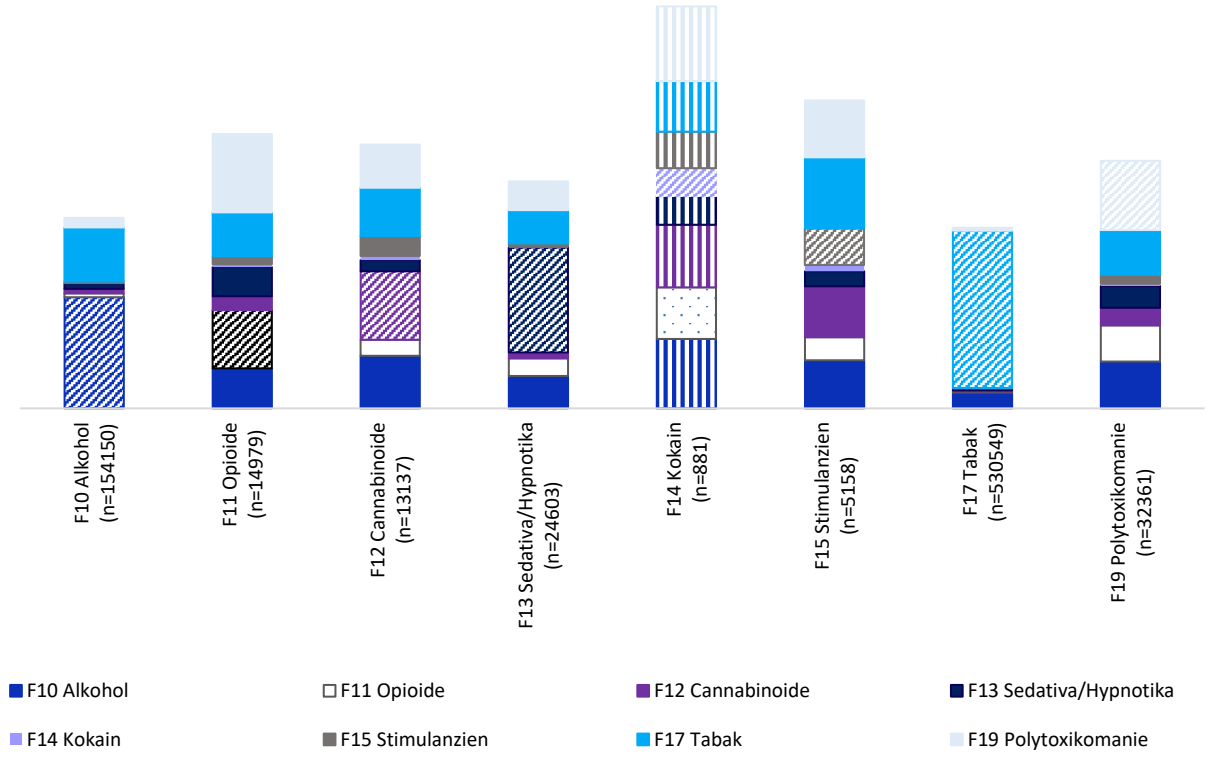
Appendix-Abbildung 5 verdeutlicht in welchem Indexquartal des vorgegebenen Beobachtungszeitraums die nachverfolgten Patientinnen und Patienten das erste Mal eine gesicherte Suchtdiagnose erhalten, auf die binnen 3 weiteren Quartalen die zweite gesicherte Suchtdiagnose erfolgt. Aufgrund der Linkszensierung (1. Beobachtungsquartal = QI/2018) ist dieses Indexquartal nicht mit einem Inzidenzquartal im Sinne einer Erstdiagnose gleichzusetzen. Eine entsprechende Aufschlüsselung für die verschiedenen Substanzkonsumstörungen erfolgt in Appendix-Abbildung 6.

Das erste Auftreten der ersten Suchtdiagnose zur Erfüllung des M2Q-Kriteriums findet bei allen Substanzkonsumstörungen am häufigsten im ersten Beobachtungsquartal (QI/2018) statt – jedoch mit unterschiedlichen Anteilswerten. Während über 3 von 5 Patientinnen und Patienten mit Alkohol-, Opioid- oder Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen ihre Indexdiagnose bereits im ersten Beobachtungsquartal erhalten, trifft dies unter Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen oder Polytoxikomanie auf nur etwa die Hälfte zu. Besonders niedrig ist der entsprechende Anteil mit weniger als 2 von 5 behandelten Personen bei Patientinnen und Patienten mit Cannabinoidkonsumstörungen. Entsprechend erhält hier eine von 13 behandelten Personen die Indexdiagnose erst im letzten Beobachtungsquartal (QI/2020). Dies trifft bei anderen Substanzkonsumstörungen deutlich seltener zu: So kommt es z. B. bei Alkohol-, Opioid- und Sedativa-/Hypnotikakonsumstörungen nur bei 4 von 100 Patientinnen und Patienten zu einem derart späten Indexquartal.



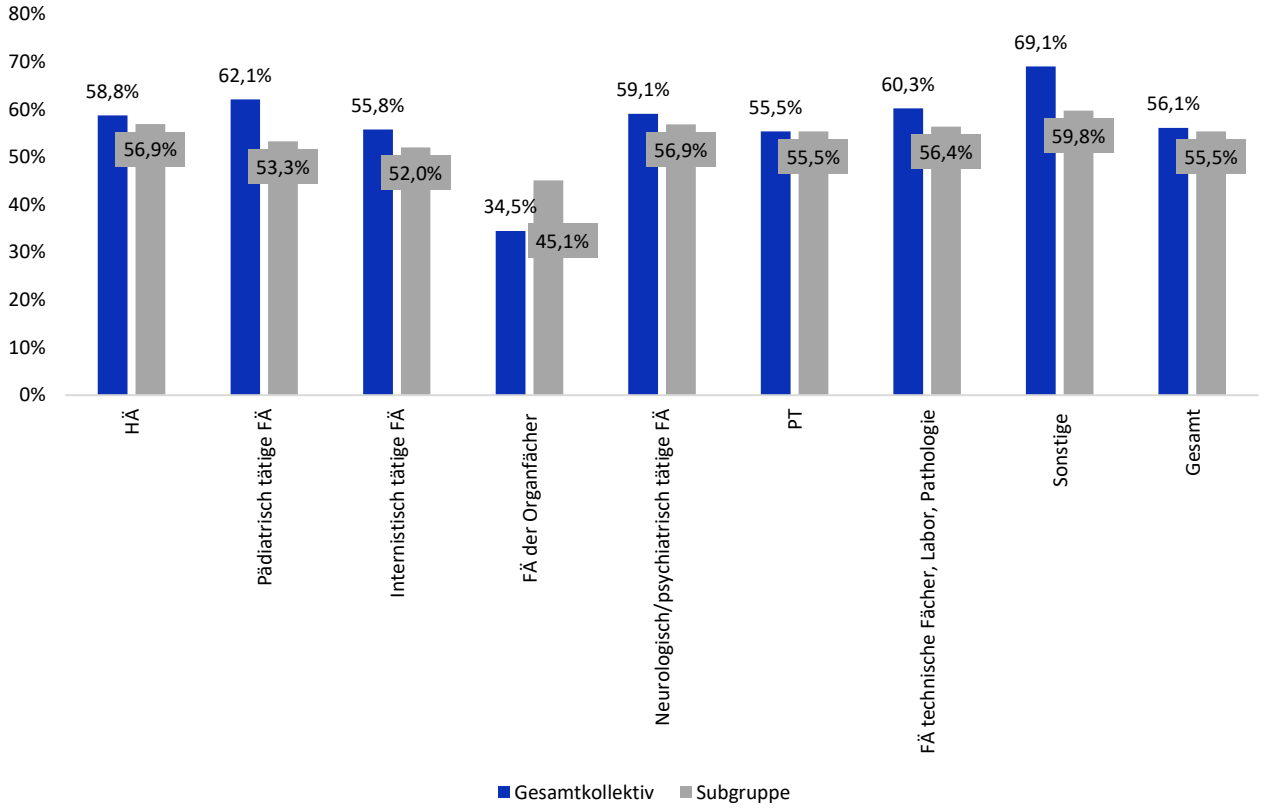
Appendix-Abbildung 6: Störungsspezifische Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Indexquartale

Appendix-Abbildung 7 beschreibt die multiple substanzbezogene Komorbiditätslast bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten Substanzkonsumstörungen. Hierbei ist die allein aus der Grunderkrankung resultierende suchtbezogene Belastung schraffiert hinterlegt. Die „ausgefüllten“ Felder verdeutlichen, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten jeweils die Diagnosekriterien (M2Q) für weitere definierte Substanzkonsumstörungen (i.e. suchtbezogene Komorbidität) erfüllt. Da jede Person mehr als eine suchtbezogene Komorbidität haben kann, können sich die Flächen bei multipler Komorbiditätslast zu mehr als 100 % addieren. Somit liefert die Höhe der Säulen Aufschluss, welche Patient:innengruppen besonders stark durch unterschiedliche Substanzkonsumstörungen belastet sind.



Appendix-Abbildung 7: Multiple Störungslast auf Ebene einzelner Substanzkonsumstörungen

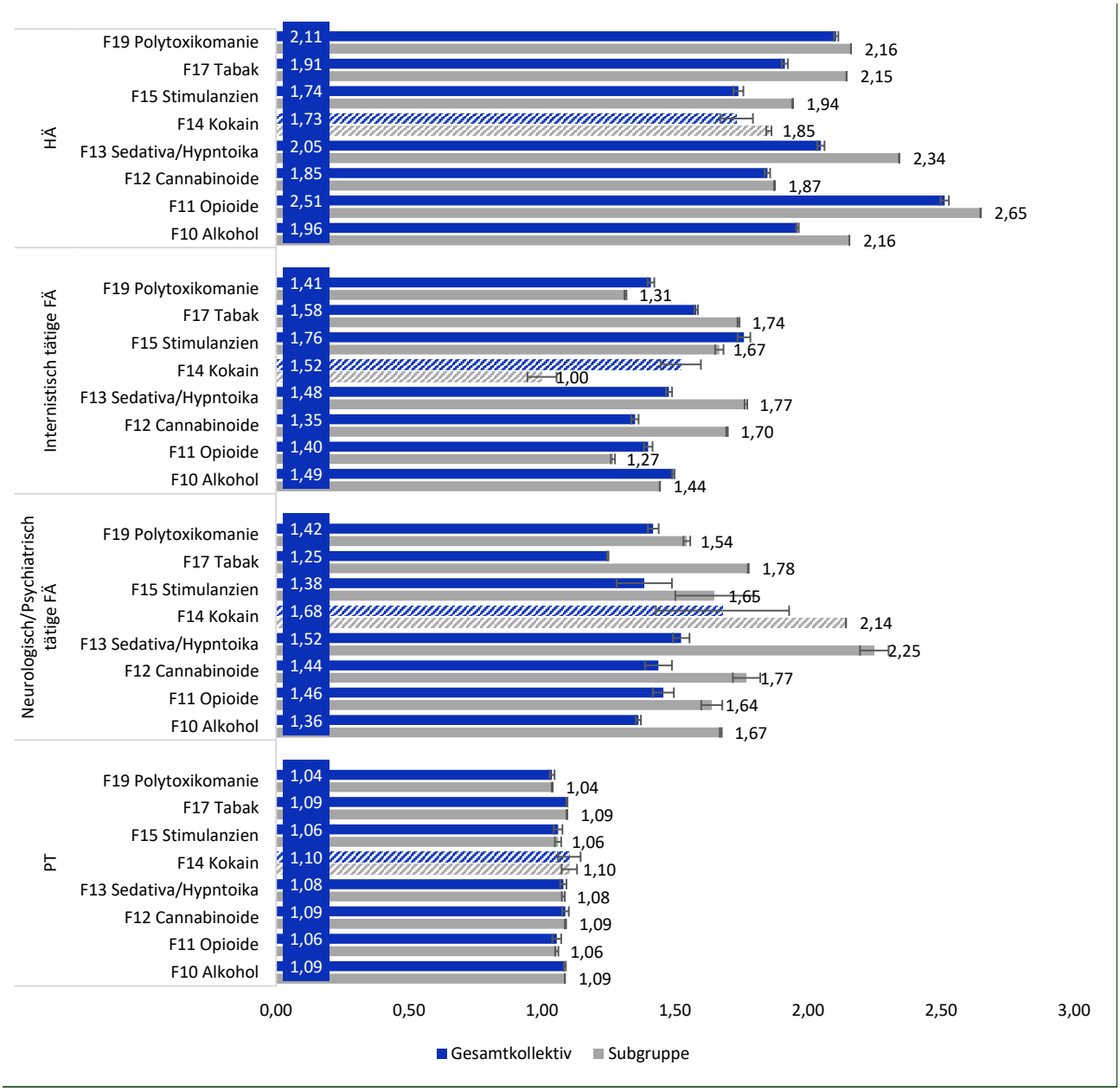
Wie aus Appendix-Abbildung 8 ersichtlich nehmen in der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT anteilsmäßig weniger Männer eine suchtbezogene Behandlung bestimmter Facharztgruppen in Anspruch als im gesamten Kollektiv der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen. Eine Ausnahme in die Gegenrichtung bildet die suchtbezogene Behandlung durch FÄ der Organfächer.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Appendix-Abbildung 8: Männeranteil innerhalb der fachgruppenspezifisch diagnostizierten Patientinnen und Patienten im Gesamtkollektiv und in der Subgruppe

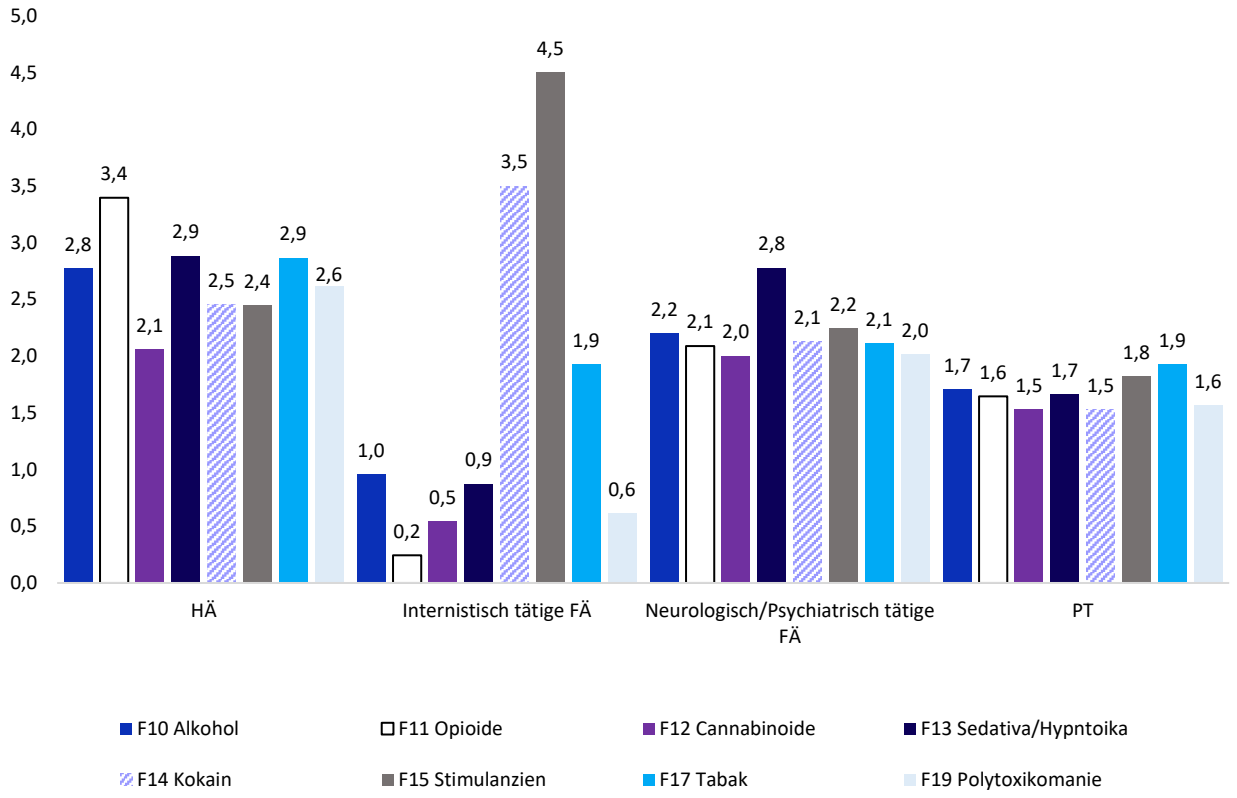
Appendix-Abbildung 9 verdeutlicht, dass in die Behandlung der Patientinnen und Patienten aus der Subgruppe tendenziell mehr HÄ und FÄ eingebunden sind, als in die Behandlung des Patient:innenkollektivs mit Substanzkonsumstörungen an sich. In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung ergeben sich – erwartungsgemäß – keine nennenswerten Unterschiede.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Appendix-Abbildung 9: Anzahl der diagnostizierenden Fachgruppen in der Subgruppe und im Gesamtkollektiv

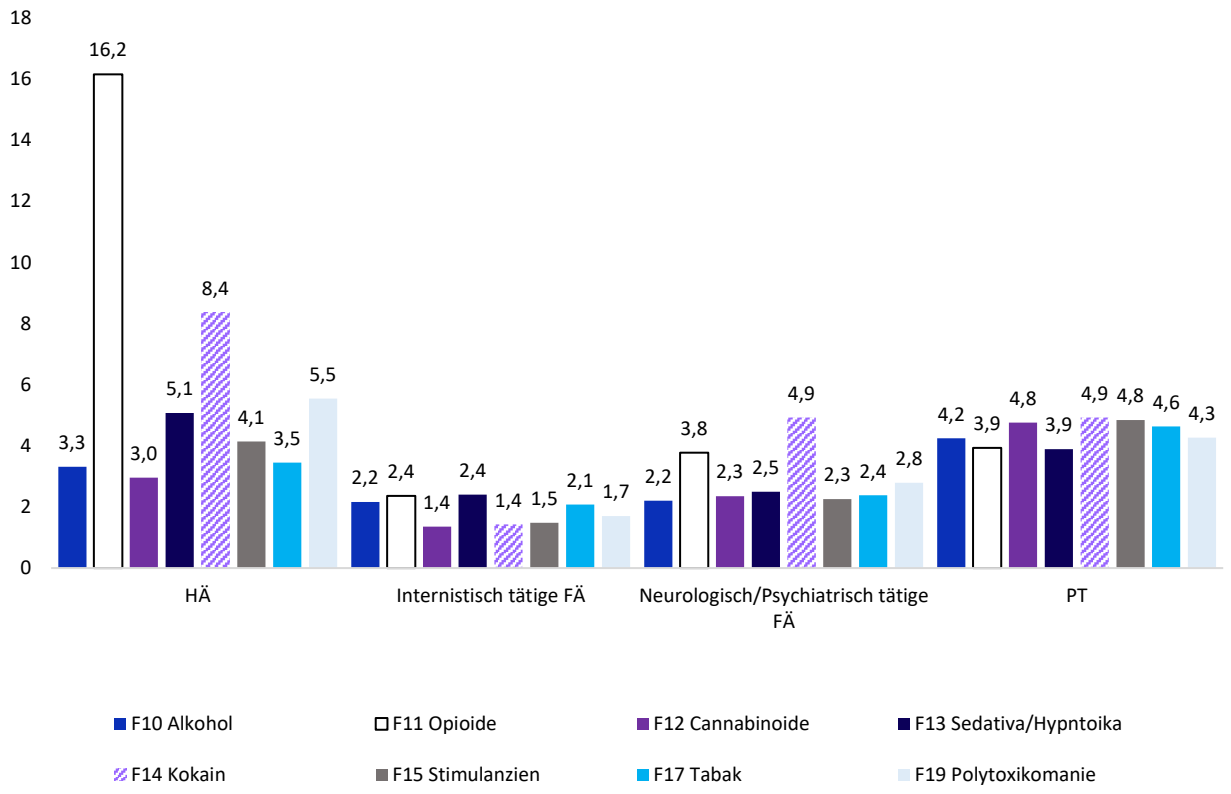
Wie aus Appendix-Abbildung 10 ersichtlich erfolgt die suchtbezogene Versorgung durch HÄ und neurologisch/psychiatrisch tätige FÄ engmaschiger als durch PT. Die fachärztlich-internistische Behandlung von Substanzkonsumstörungen spielt außer bei Patientinnen und Patienten mit Stimulanzienkonsumstörungen keine große Rolle.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Appendix-Abbildung 10: Anzahl störungsbezogener Behandlungsfälle pro Jahr nach Fachgruppen innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT

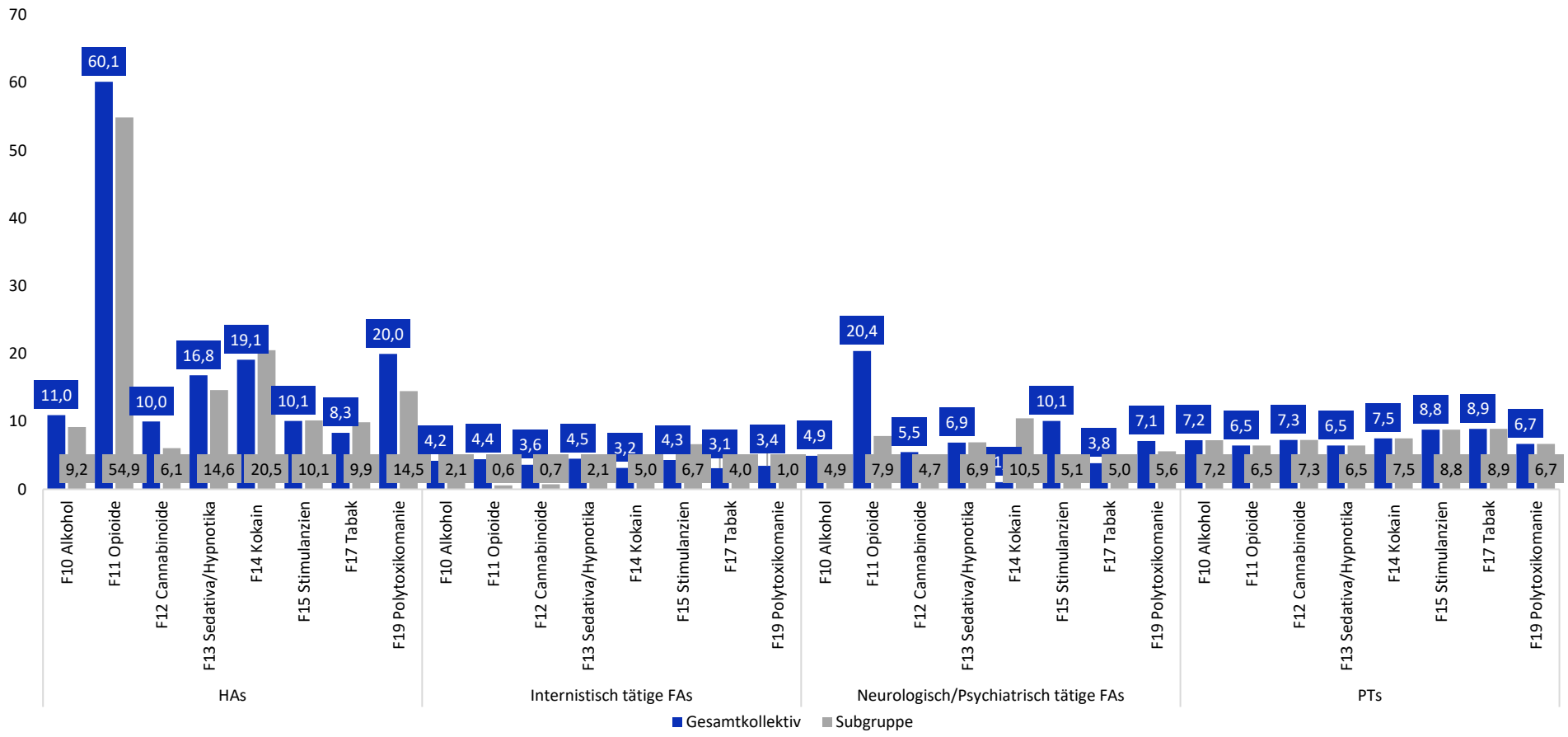
Appendix-Abbildung 11 zeigt auf, dass HÄ, die in die suchtbezogene Versorgung eingebunden sind, binnen eines Quartals häufiger kontaktiert werden als FÄ mit entsprechender Einbindung. Gleiches gilt für PT, die an der suchtbezogenen Behandlung teilnehmen.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Appendix-Abbildung 11: Durchschnittliche Kontaktfrequenz je Behandlungsfall nach Fachgruppen in der Subgruppe

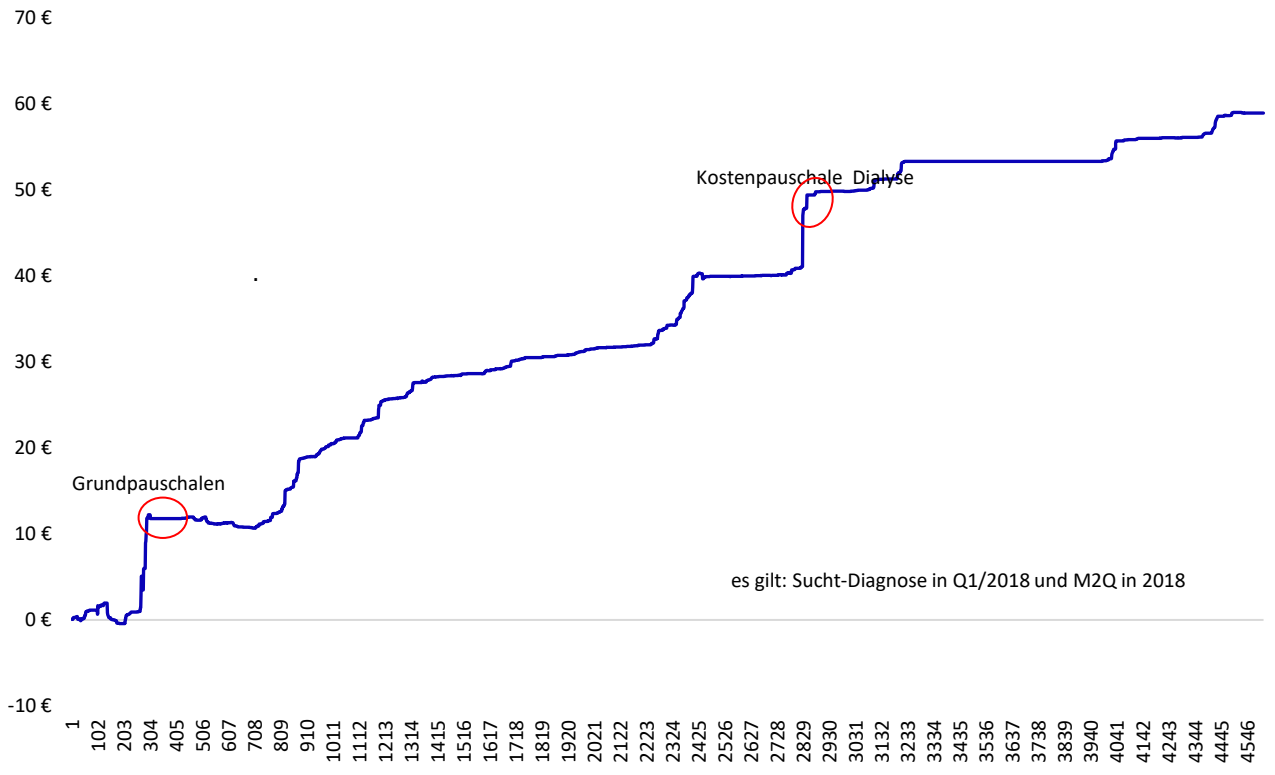
Wie aus Appendix-Abbildung 12 ersichtlich besuchen psychotherapeutisch versorgte Patientinnen und Patienten die in die suchtbezogene Versorgung eingebundenen HÄ und FÄ im Mittel seltener, als dies in der Gesamtheit der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung der Fall ist.



FÄ = Fachärztin bzw. Facharzt, HÄ = Hausärztin bzw. Hausarzt, PT = Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Appendix-Abbildung 12: Geschätzte Anzahl an Besuchen pro Jahr je Fachgruppe innerhalb der Subgruppe mit suchtmedizinischer Diagnose durch PT und dem Gesamtkollektiv der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung

Appendix-Abbildung 13 veranschaulicht den zusätzlichen Aufwand für Patientinnen und Patienten mit Tabakkonsumstörungen im Vergleich zum gesamten Patient:innenkollektiv ab 20 Jahren in der kumulierten Betrachtung. Dabei ergeben sich vergleichsweise geringe Unterschiede.



Appendix-Abbildung 13: Honorar-Differenz je Person im Q1/2018 nach Leistungen Personen mit Tabakkonsumstörungen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre (kumulierte Betrachtung)

Anhang 2 - Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Vielen Dank dafür, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserem Experteninterview teilzunehmen!

Kursiv:	*Einführungen zu verschiedenen Themenfeldern für den Interviewten*
(Kursiv):	*(Erläuterungen zu Fragen für den Interviewten, insbesondere wenn die Frage offensichtlich nicht verstanden wird oder um nachzuhaken)*
Fett	**Hinweise für Interviewer**

Kurzbeschreibung geschickt und insgesamt 2 Unterschriften auf Einverständniserklärungen (Interview & Tonaufnahme) eingeholt?

> Aufnahme starten! <

Sie haben im Vorfeld bereits eine kurze Beschreibung unseres Projekts erhalten. Es geht uns in diesem Interview darum, einen Einblick in Ihre Arbeit in Bezug auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Formen von Substanzkonsumstörungen zu gewinnen und ein Verständnis für die Rahmenbedingungen, innerhalb derer Sie agieren zu entwickeln. Dabei wollen wir insbesondere auch erfahren, welche gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen Sie für eine erfolgreiche ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung sehen.

Zuerst einmal möchte ich mit etwas ganz Allgemeinem beginnen.

Einführung

Erzählen Sie mir bitte etwas über sich und Ihren Beruf

(Zu welcher Fachgruppe gehören Sie?)
(Seit wann sind Sie in Ihrer aktuellen Praxis niedergelassen?)
(In welchem Landkreis befindet sich Ihre Praxis?)

Ich werde Ihnen jetzt ein paar Fragen bzgl. der Patientinnen und Patienten stellen, die wegen einer Substanzkonsumstörung bei Ihnen in Behandlung sind.

Kollektiv der Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung

1. Beschreiben Sie bitte, welche Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörungen Sie typischerweise behandeln und wie Ihre Erfahrungen mit diesen Patientinnen und Patienten sind?

(Welche Störungen, soziodemographischer Hintergrund, Komorbiditäten mit psychischen und physischen Problemen?)

2. Gibt es Unterschiede zwischen den Untergruppen, also z. B. zwischen Patientinnen und Patienten mit Alkoholkonsumstörung, Medikamentenkonsumstörung und Konsumstörung illegaler Drogen?

(Z. B. bezüglich der Abstinenzmotivation, der Zuverlässigkeit bei der Termineinhaltung, beim soziodemographischen Hintergrund)

3. Wie hat sich dieses Patient:innenkollektiv in den letzten Jahren verändert?

(Sind Entwicklungstrends zu erkennen? (hat sich die Klientel verändert bzw. verändert sich, z. B. die Substanz an sich, Komorbiditäten mit anderen Substanzen oder psychischen Erkrankungen?))

Behandlungsprozedere

Wie läuft die Therapie/Behandlung **(abhängig, ob Psychotherapeut oder Arzt befragt wird)** von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung bei Ihnen typischerweise ab?

(Durch wen werden Ihre Patientinnen und Patienten häufig an Sie vermittelt?)
(Wie ist der Behandlungsablauf und die durchschnittliche Behandlungsdauer?)
(Ab wann gilt eine Behandlung als erfolgreich beendet? Geht es dabei um bestimmte Ziele, die erreicht werden müssen, oder ist von Anfang an eine zeitliche Begrenzung festgelegt?)
(Werden Patientinnen und Patienten zur weiteren Behandlung nach erfolgreicher Beendigung von Ihnen weitervermittelt?)
(Gibt es bei der Behandlung Unterschiede zwischen den verschiedenen Subgruppen (z. B. Alkohol-, Medikamentenkonsumstörung, Konsumstörung illegaler Drogen)?)

Art und Umfang der Kooperation mit weiteren Leistungserbringern

1. Wie arbeiten Sie in diesem Therapieprozess/ Behandlungsprozess **(abhängig, ob Psychotherapeut oder Arzt befragt wird)** mit anderen Leistungserbringern zusammen? (dabei geht es hauptsächlich um andere Haus- & Fachärzte bzw. Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen, Akutkliniken, Rehaeinrichtungen und Suchtberatungsstellen)

(Was ist die Art und der Umfang der Kooperation?)

2. Welche Erfahrungen haben Sie bei der Kooperation mit weiteren Leistungserbringern gemacht?

(Vor welchen Herausforderungen stehen Sie in Bezug auf die Kooperation mit anderen Leistungserbringern?)
(Was läuft bei der Kooperation mit anderen Leistungserbringern besonders gut? Und Warum läuft das gut?)
(Wie ist die Rollenverteilung zwischen Ihnen und den anderen Leistungserbringern?)
(Welche Wünsche haben Sie an eine ideale Kooperation?)

Veränderungen der ambulanten Versorgung durch die Covid-19-Pandemie

1. Inwieweit hat sich Ihrer Meinung nach die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung durch die Covid-19-Pandemie verändert?

(Hat sich die Anzahl der hilfesuchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung Ihrer Meinung nach verändert?)
(Gibt es Unterschiede bzgl. der Dauer und/ oder des Ablaufs der Behandlung seit Beginn der Covid-19 Pandemie?)

2. Was erwarten Sie nach der Pandemie?

(Welche Veränderungen werden Ihrer Ansicht nach bleiben?)
(Werden es eher mehr oder eher weniger Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung?)

Zum Schluss würde mich dann noch interessieren:

Relevante Zukunftsherausforderungen für die ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung

Wo sehen Sie zukünftig Herausforderungen für die ärztliche/psychotherapeutische (je nach dem wer befragt wird) Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung und welche Ideen haben Sie, um diese Herausforderungen erfolgreich zu meistern?

(Zeichnen sich jetzt schon Trends ab, die darauf hindeuten könnten, dass es dadurch in der Zukunft Herausforderungen geben könnte?)

Abschlussfrage

Gibt es von Ihrer Seite Fragen, die Sie gerne stellen würden?

Vielen Dank, dass Sie mir einen genaueren Einblick in Ihre Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung gegeben haben!

gefördert durch das **Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)**

© Dezember 2022
IFT Institut für Therapieforschung, München
All rights reserved

Zitationsempfehlung
Hulm, Mark & Schwarzkopf, Larissa, IFT Institut für Therapieforschung München (Hrsg.), Abschlussbericht des Projektes „Suchthilfe Bayern – Rolle von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der Versorgung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen“, München, 2022.