

Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen

Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011

Lange Zeit existierte eine strukturelle Barriere für die Behandlung von Substanzstörungen (SUS) im Rahmen der ambulanten Psychotherapie (AP). Hier brachte die Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011 mehrere signifikante Erweiterungen: In AP können nun auch die häufigen und mit teils hohen Morbiditäts- sowie Mortalitätsraten assoziierten psychischen Störungen schädlicher Substanzkonsum, Substanzmissbrauch und die bislang ebenfalls nicht als Indikation aufgeführte Nikotinabhängigkeit behandelt werden, auch wenn keine andere psychische Störung vorliegt. Außerdem kann die Therapie einer Substanzabhängigkeit schon vor Erreichen der Abstinenz begonnen werden. Des Weiteren kann AP nun bei Personen mit Opiatabhängigkeit (OA), die eine Substitutionsbehandlung erhalten, durchgeführt werden. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit sich diese erweiterten Behandlungsmöglichkeiten im Praxisalltag bereits etabliert haben.

Hintergrund

Es ist gut belegt, dass verschiedene Substanzstörungen (SUS; schädlicher Konsum, Missbrauch, Abhängigkeit von psy-

chotropen Substanzen nach DSM-IV-TR¹ bzw. ICD-10²) erfolgreich mit ambulanten psychotherapeutischen Interventionen behandelt werden können. Dies gilt z. B. für Alkoholabhängigkeit (Bottlender u. Soyka 2005), Cannabisstörungen (Hoch et al. 2012) und Rauchen (Lancaster u. Stead 2005). Weniger Evidenz liegt zur Behandlung substituierter Patienten mit OA (Montoya et al. 2005) vor. Trotzdem ist die Versorgungsrate von Personen mit SUS mit psychotherapeutischen Interventionen unbefriedigend. Dies gilt besonders für Alkohol- und Cannabisstörungen (Hildebrand et al. 2009), aber auch für aufhörwillige Raucher und Krankenhauspatienten mit Medikamentenabhängigkeit (Kraus u. Augustin 2001; Schmidt et al. 2009). Personen mit Opiatkonsum erhalten kaum AP, trotz hoher psychopathologischer Belastung bei OA in Substitutionsbehandlung (Hildebrand et al. 2009; Wittchen et al. 2008b). In Deutschland werden SUS hauptsächlich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation behandelt, die effektiv ist, aber v. a. Betroffene mit fortgeschrittener Ab-

hängigkeit behandelt (Bundespsychotherapeutenkammer und Fachverband Sucht e. V. 2009). Dies und zwischen den Hauptinzidenzphasen für SUS sowie einem relativ höheren Alter bei Betreuungsbeginn in Suchthilfeeinrichtungen (Hildebrand et al. 2009; Wittchen et al. 2008a) bestehende Unterschiede weisen darauf hin, dass die Behandlung aus Versorgungssichtspunkten viel zu spät einsetzt. Insgesamt wird die professionelle Versorgung junger Menschen mit SUS in frühen Stadien der Störungsentwicklung als verbesserungsbedürftig eingeschätzt (Perkonig et al. 2008).

Für die Behandlung solcher SUS ist AP aus verschiedenen Gründen geeignet, u. a. wegen der geringeren psychologischen Barrieren aufgrund einer fehlenden Suchtstigmatisierung in Psychotherapiepraxen. In diesen besteht auch die Möglichkeit, die bei SUS überzufällig häufig vorliegenden weiteren psychischen Störungen (z. B. John et al. 2004) ebenfalls zu behandeln, um den langfristigen Behandlungserfolg zu sichern (Westra et al. 2002). Demgegenüber zeigen ältere Studien, dass die Behandlung von SUS eine eher geringe Rolle in AP spielt und diese Patienten häufig nicht in Behandlung übernommen werden (Zepf et al. 2001; Zepf et al. 2003).

¹ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Aufl., Textrevision.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Aufl.

Tab. 1 Merkmale der Stichprobe psychologischer Psychotherapeuten (N=229)⁹

Merkmal	Anzahl (n)	Anteil (%)	Mittelwert	Standardabweichung	χ^2 ^b
Alter (Jahre)			47,92 (47,7) ^e	8,46 (8,7) ^e	
Niedergelassen seit (Jahre)			8,52	6,05	
Weibliches Geschlecht	157	69,16 (65,9) ^f			4,39 ^h
Fachkunde in					
Verhaltenstherapie ^a	160	69,87			
Nur Verhaltenstherapie	154	67,25 (65,8) ^f			2,29
Gesprächspsychotherapie ^{a,b}	75	32,75			
Nur Gesprächspsychotherapie	52	22,71 (23,0) ^f			4,07 ^h
Psychoanalyse ^{a,c}	20	8,73 (9,3) ^f			7,74 ^h
Nur Psychoanalyse	0	0,00			
Praxislage^d					
Großstadt	94	41,23 (39,6) ^e			2,56
Kleine bis mittlere Stadt	112	49,12			
Ländliches Gebiet	22	9,65			
Art der Praxis					
Einzelpraxis	164	71,93 (65,4) ^f			4,64 ^h
Gemeinschaftspraxis	9	3,95 (1,6) ^f			5,69 ^h
Praxisgemeinschaft	46	20,18 (13,8) ^f			5,07 ^h
Medizinisches Versorgungszentrum	9	3,95 (0,2) ^f			3,71

^aMehrfachnennung möglich. ^bTiefenpsychologisch fundierte Gesprächspsychotherapie. ^cAnalytische Psychotherapie. ^dMittlere und kleine Städte: ab 5000 Einwohnern, Großstädte: ab 100.000 Einwohnern. ^eBei den Zahlen in Klammern handelt es sich um Vergleichsdaten der Versorgungsstudie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (persönliche Mitteilung Peikert: 30.01.2013). ^fBei den Zahlen in Klammern handelt es sich um Vergleichsdaten aus Peikert et al. (2011); basierend auf N=1110. ^gFür einige wenige Variablen war die Information nur für 228 bzw. 227 Teilnehmer verfügbar; ein Abgleich mit der Vergleichsstichprobe war nicht für alle Kategorien möglich. ^hSignifikant, $\alpha=0,05$.

Neben den bekannten Barrieren bezüglich des Aufsuchens psychotherapeutischer Hilfe bei SUS (z. B. teils geringe Motivation, Stigmatisierung, subjektive Stigmatisierungswahrnehmung durch Betroffene; Crisp et al. 2000; Keyes et al. 2010; Schmidt et al. 2009) existierte bis Juli 2011 eine strukturelle Barriere für die Behandlung von SUS in AP in der Psychotherapierichtlinie. Zum Beispiel durfte die Behandlung einer Substanzabhängigkeit erst nach Erreichen der Abstinenz und nicht allein für DSM-IV-Substanzmissbrauch bzw. schädlichen Konsum (ICD-10) erfolgen. Hier brachte die Änderung der Psychotherapierichtlinie vom Juli 2011 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) mehrere signifikante Erweiterungen: In AP können nun auch die häufigen und mit teils hohen Morbiditäts- sowie Mortalitätsraten assoziierten psychischen Störungen schädlicher Substanzkonsum, Subs-

tanzmissbrauch und die bislang ebenfalls nicht als Indikation aufgeführte Nikotinabhängigkeit (Pabst et al. 2010; Rehm et al. 2006; Wittchen et al. 2008a) behandelt werden, auch wenn keine andere psychische Störung vorliegt. Außerdem kann die Therapie einer Substanzabhängigkeit schon vor Erreichen der Abstinenz begonnen werden. Dies bedeutet z. B., dass in AP bereits vor einem ambulanten Entzug (Scherle et al. 2003) motivierende Interventionen eingesetzt werden können. Auch kann AP nun bei Personen mit OA durchgeführt werden, die eine Substitutionsbehandlung erhalten. Diese sind

so nicht mehr pauschal von AP ausgeschlossen.³

Vor dem Hintergrund a) der Effektivität ambulanter psychotherapeutischer Interventionen für SUS, b) der Unterversorgung von SUS und c) der erweiterten rechtlichen Behandlungsmöglichkeiten für SUS in AP stellt sich die Frage, ob und wie häufig psychologische Psychotherapeuten (PP) in der BRD Patienten mit SUS behandeln, welche SUS behandelt werden und ob diese primäre Behandlungsanlässe darstellen. Bezüglich der Richtlinienänderung ist die Einstellung der PP zu den neuen Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Anforderungen⁴ von Interesse. Hierzu liegen bislang keine Daten vor. Deshalb wurden an einer Stichprobe niedergelassener PP aus den ostdeutschen Bundesländern die folgenden Parameter untersucht:

- Häufigkeit der Behandlung von jeglichen und spezifischen SUS durch PP und
- Einstellung der PP zu den erweiterten Behandlungsmöglichkeiten für SUS.

Methoden

Die Studie basiert auf einer Fragebogenerhebung an niedergelassenen PP in den ostdeutschen Bundesländern.

Rekrutierung und Stichprobe

Für die postalische Befragung wurden die Anschriften aller PP in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen herangezogen. Dafür wurden die Adresslisten der kassenärztlichen Ver-

³ Es existiert in der Psychotherapierichtlinie die juristische Einschränkung, dass SUS eine Indikation für Psychotherapie darstellen, wenn „Psychotherapie ... neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung ... angewandt ...“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) wird. Dies dürfte in der Praxis keine die Behandlungsmöglichkeit für SUS in AP in bedeutsamen Umfang einschränkende Rolle spielen.

⁴ Vorgesehen sind z. B. das Einholen von Laborparametern zur Überprüfung der Abstinenz bei Substanzabhängigkeit und die Kooperation mit substituierenden Ärzten und ggf. mit Behandlern aus dem psychosozialen Arbeitsfeld bei substituierten Patienten mit OA.

einigungen genutzt. Die Fragebogen wurden in der Zeit vom 29.05.2012 bis zum 01.06.2012 versendet. Die Sendung enthielt den Fragebogen, einen Freiumschlag für Rückantworten, ein Studieninformationsblatt und 2 Exemplare der Einwilligungserklärung. Folgende Einschlusskriterien wurden angelegt:

- Approbation als PP für Erwachsene mit Fachkunde in Verhaltenstherapie, analytischer Psychotherapie und/oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie,
- Tätigkeit in ambulanter Praxis und
- Einwilligung zur Teilnahme.

Es wurden 1382 PP kontaktiert. Fünf Briefe waren nicht zustellbar. Vier Therapeuten verweigerten die Teilnahme; vier teilten mit, dass sie keine Patienten mit SUS behandelten (teilweise ergänzend zur Teilnahmeverweigerung). Ohne Einwilligungserklärung sendeten 14 Teilnehmer den Fragebogen zurück. Mit Einwilligungserklärung wurden 229 Fragebogen zurückgesandt (Rücklaufquote: 16,57%).

Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung findet sich in ■ **Tab. 1**. Die Mehrheit der Befragten war weiblich (69,2%) und hatte die Fachkunde in Verhaltenstherapie (69,9%), mit relativ großer Bandbreite für Alter und Erfahrung in niedergelassener Tätigkeit. Aufgrund der geringen Ausschöpfungsrate wurde ein Vergleich von Stichprobenmerkmalen mit denen einer repräsentativen Stichprobe von PP in Ostdeutschland (Peikert et al. 2011) vorgenommen. Der χ^2 -Test erbrachte signifikante Unterschiede ($\alpha = 0,05$) bezüglich Geschlecht, Praxisart, Fachkunde in allein tiefenpsychologisch fundierter Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse (■ **Tab. 1**).⁵

Variablen und Datenauswertung

Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Behandlung von SUS durch PP auf die 4 Wochen vor dem Ausfüllen des für die Studie entwickelten Fragebo-

Psychotherapeut 2014 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00278-014-1046-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Silke Behrendt · Gerhard Bühringer · Jürgen Hoyer

Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Psychotherapierichtlinien-novelle 2011 erweitert die Behandlungsmöglichkeiten für Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie (AP).

Ziel der Arbeit. Folgende Fragen sollten beantwortet werden: Wie häufig werden Substanzstörungen in AP behandelt? Welche Einstellungen haben niedergelassene psychologische Psychotherapeuten (PP) gegenüber den erweiterten Behandlungsmöglichkeiten?

Material und Methoden. In dieser Studie wurde die Häufigkeit der AP von Patienten mit Substanzstörungen [SUS; schädlicher Konsum, Missbrauch, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gemäß Diagnostischem und statistischem Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR) bzw. Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)] durch niedergelassene PP sowie deren Einstellungen zur Behandlung von Patienten mit diesen Diagnosen untersucht. Hierzu wurden niedergelassene PP in 5 ostdeutschen Bundesländern postalisch befragt.

Ergebnisse. Von 1382 angeschriebenen PP beteiligten sich 229 (16,6%) an der Studie. Es behandelten 94,3% der antwortenden PP zumindest einen Patienten mit Substanzstörung (Vierwochenprävalenz; einschließlich Nikotinabhängigkeit). Diese Rate betrug je nach Substanz und Diagnose zwischen 3,1 und 26,6% (Substanzstörung als primärer Behandlungsanlass). Die höchsten Werte deutlicher Zustimmung zur AP mit etwa 20% fanden sich für Störungen durch Alkohol, Tabak und Medikamente.

Schlussfolgerungen. Die meisten PP sehen Patienten mit Substanzstörungen in AP. Dennoch ist ein weiterer Ausbau dieser Behandlungsangebote wünschenswert. Die Option zur Behandlung von SUS in AP sollte besser bekannt gemacht und ihre Nutzung z. B. mit Weiterbildungsangeboten unterstützt werden.

Schlüsselwörter

Einstellung · Patientenversorgung · Prävalenz · Fragebogen · Ostdeutschland

Outpatient psychotherapy of substance use disorders. Broadened options after revision of the psychotherapy guidelines in 2011

Abstract

Background. The revision of the psychotherapy guidelines in 2011 broadened the options for treating substance use disorders (SUD) in outpatient psychotherapy (OP).

Aim. The aims of this study were to answer the following questions: how frequently are SUDs treated in OP? What opinions do psychotherapists (PT) hold concerning the new treatment possibilities?

Material and methods. In this study the frequency of OP for patients with SUD, e.g. harmful use and abuse of as well as dependence on psychotropic substances according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), by private practice PTs as well as their attitude towards the treatment of patients with these diagnoses were investigated. Private practice PTs in five states in East Germany were asked to participate in a postal survey.

Results. Of the 1,382 PTs contacted, 229 (16.6 %) participated in the study. Of the respondents 94.3 % had treated at least one patient with SUD (4-week prevalence including nicotine dependence). These rates ranged from 3.1 % to 26.6 % depending on the substance and diagnosis (SUD as primary reason for treatment). The highest rates of strong affirmation for OP of approximately 20% were found for disorders related to alcohol, tobacco and medication.

Conclusion. Most PTs treated at least one patient with SUD in OP. However, this particular type of treatment offer should be further extended. Information about the options of treating SUD in OP should be further disseminated and conducting such treatment should be supported by (e.g.) therapist training.

Keywords

Attitude · Patient care · Prevalence · Questionnaires · Germany, East

⁵ Alle Vergleichsdaten aus Peikert et al. (2011) mit Ausnahme der Informationen zu Alter und Praxislage (persönliche Mitteilung Peikert: 30.01.2013).

Tab. 2 Vierwochenprävalenz der Behandlung mindestens eines Patienten mit Substanzstörung^a

	Anzahl (n)	Anteil (%)		
Irgendeine Substanzstörung ^b	216	94,32		
Irgendeine Störung durch legale Substanzen ^b	210	91,70		
Irgendeine Störung durch illegale Substanzen ^b	92	40,17		
	Primäre Störung ^c		Sekundäre Störung ^c	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Irgendeine primäre Substanzstörung ^b	108	47,16		
Irgendeine sekundäre Substanzstörung ^b			197	86,03
Missbrauch oder schädlicher Konsum ^b				
Alkohol	61	26,64	154	67,25
Medikamente	22	9,61	84	36,68
Cannabis	11	4,80	51	22,27
Illegale Drogen ^e	8	3,49	22	9,61
Abhängigkeit ^b				
Alkohol	61	26,64	49	21,40
Nikotin/Tabak	20	8,73	107	46,72
Medikamente	22	9,61	57	24,89
Cannabis	7	3,06	16	6,99
Illegale Drogen ^e	7	3,06	5	2,18
Opiate ^d	14	6,11	–	–

^aBasierend auf N=229.^bEinschließlich Nikotinabhängigkeit, in laufender Behandlung (nicht nur Probatorik).^cSubstanzstörung als primärer oder sekundärer Behandlungsanlass.^dMit Substitution; Art des Behandlungsanlasses (primär/sekundär) nicht berücksichtigt.^eAndere als Cannabis.

gens. Dieser besteht aus 3 Teilen: allgemeine soziodemografische sowie Fragen zur beruflichen Tätigkeit, Fragen zur Behandlung von SUS und zur Einstellung zur Behandlung in eigener Praxis. Die im Fragebogen verwendeten Substanzkategorien waren in Übereinstimmung mit DSM-IV und ICD-10: schädlicher Konsum oder Missbrauch von Alkohol, Cannabis, anderen illegalen Drogen (außer Cannabis), psychotropen Medikamenten sowie Abhängigkeit von allen genannten Substanzen, Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit und OA mit Substitutionsbehandlung. Die Behandlung von SUS wurde unabhängig davon erfragt, ob komorbid vorliegende psychische Störungen (z. B. Angststörungen) den Behandlungsanlass darstellten. Für die Erhebung der Einstellungen der PP wurde kein Zeitrahmen vorgegeben, die 4 Antwortoptionen bezogen sich auf das Ausmaß der Zustimmung (voll, teilweise, gar nicht, weiß nicht). Missbrauch/schädlicher Konsum und Abhängigkeit wurden hier in einer Kategorie zusammengefasst. Die Daten-

auswertung erfolgte mit Stata 12.1 (Ermittlung absoluter und prozentualer Häufigkeiten; Statacorp 2011).

Ergebnisse

Vierwochenprävalenz

In den letzten 4 Wochen hatten 94,3% der PP mindestens einen Patienten mit SUS behandelt (einschließlich Nikotinabhängigkeit; nur laufende Behandlungen, keine reine Probatorik; ■ **Tab. 2**). Es gaben 15,7% der Antwortenden (teils zusätzlich) an, nicht alle SUS-Diagnosen immer abgeklärt zu haben. Die Prävalenz der Behandlung zumindest eines Patienten war am höchsten für die Behandlung von SUS bezüglich legaler Substanzen als *sekundärem Behandlungsanlass* (z. B. 67,3% für Alkoholmissbrauch/schädlicher Konsum). Die meisten SUS wurden häufiger als *sekundärer* denn als *primärer Behandlungsanlass* behandelt (z. B. 36,7 vs. 9,6% für Medikamentenmissbrauch/schädlicher Konsum). Substanzstörungen durch

legale Substanzen wurden häufiger behandelt als SUS durch illegale Substanzen; besonders selten wurden Letztere als *primärer Anlass* behandelt (z. B. 26,6% für Alkohol- vs. 3,1% für Cannabisabhängigkeit). Seit der Richtlinienänderung hatten 6,1% der PP (n=14) mindestens einen Patienten mit OA in Substitution behandelt (durchschnittliche Patientenzahl: 1,4; Range: 1 bis 3 Patienten).

Erwünschtheit der Behandlung

Bezüglich der Einstellung zu der Aussage „Ich finde es wünschenswert, in meiner ambulanten Praxis Psychotherapie für Substanzstörungen durchzuführen.“ fand sich die höchste Rate *voller Zustimmung* für SUS durch legale Substanzen (20,3–23,4%; ■ **Tab. 3**). Diese Proportion war mit z. B. 5,8% (andere illegale Drogen) für illegale Substanzen deutlich niedriger. Die Proportionen für *partielle Zustimmung* betrugen zwischen 27,0% (OA) und 57,7% (Medikamente). Jeweils über 60% der antwortenden PP stimmten der Erwünschtheit der Behandlung legaler Substanzen *voll* oder *teilweise* zu. Eine hohe Ablehnungsrate fand sich lediglich für Störungen durch andere illegale Drogen (56,9%).

Einstellungen zu möglicher Mehrarbeit und Belastung

Die Mehrheit der PP (60,0%) rechnete nicht mit ablehnenden Reaktionen anderer Patienten auf die Behandlung von SUS-Patienten (■ **Tab. 3**). Es schätzten 56,6% der PP die Auswirkung der Abstinenzüberprüfung auf die therapeutische Beziehung als zumindest teilweise problematisch ein, während 33,8% diesen Aspekt als unproblematisch empfanden. Die Bezahlung der Labortests durch Patienten sahen 66,8% der PP zumindest teilweise kritisch.

Zumindest teilweise als problematisch schätzten 51,8% der PP den Umfang der Mehrarbeit durch die Kontrolle der Abstinenz ein; als unproblematisch betrachteten diesen Punkt 28,5% der PP. Bei der Einschätzung der Mehrarbeit durch die Kooperation mit Ärzten bei der Behandlung von Patienten mit OA gaben 36,6% an, dies nicht beurteilen zu können.

Tab. 3 Einstellungen der psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung von Substanzstörungen

Zustimmung zu	Ausmaß der Zustimmung (Anteil, %)			
	Voll	Teilweise	Gar nicht	Weiß nicht
Erwünschtheit der Behandlung^a von				
Alkoholstörungen ^b	20,26	55,51	22,47	1,76
Nikotin-/Tabakabhängigkeit	23,35	40,09	30,84	5,73
Medikamentenstörungen ^b	22,47	57,71	18,50	1,32
Cannabisstörungen ^b	13,66	45,37	34,80	6,17
Störungen durch illegale Substanzen ^{b,c}	5,78	30,67	56,89	6,67
Opiatabhängigkeit mit Substitutionsbehandlung	9,73	26,99	47,35	15,93
Befürchtung von Mehrarbeit in problematischem Umfang				
Durch Abstinenzkontrollen	14,47	37,28	28,51	19,74
Durch Kooperationsverpflichtung ^d	18,06	34,80	10,57	36,56
Abstinenzkontrollen				
Belasten die therapeutische Beziehung	13,16	43,42	33,77	9,65
Selbstzahlung durch Patienten ist problematisch	25,22	41,59	19,03	14,16
Ablehnende Reaktion anderer Patienten befürchtet	2,67	21,78	60,00	15,56

^aDie Psychotherapeuten wurden gefragt, wie wünschenswert sie es finden, die jeweilige Störung selbst in ambulanter Praxis zu behandeln. ^bStörungen durch Alkohol und andere Substanzen umfassen hier schädlichen Konsum, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. ^cAndere als Cannabis. ^dBei der Behandlung von substituierten Patienten mit Opiatabhängigkeit besteht eine Verpflichtung zur Kooperation mit dem substituierenden Arzt und z. B. Sozialarbeitern.

Diskussion

Interpretation der Ergebnisse

Vor dem Hintergrund der mit Änderung der Psychotherapierichtlinie im Juli 2011 erweiterten Möglichkeiten zur Behandlung von SUS in AP wurden die Rate der Behandlung von SUS in einer Stichprobe niedergelassener PP aus 5 ostdeutschen Bundesländern sowie die Einstellungen der PP zu den erweiterten Behandlungsmöglichkeiten für SUS in AP untersucht. Die Hauptergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die überwiegende Mehrheit (94%) der PP sieht in der aktuellen Praxis Patienten mit SUS in laufender Psychotherapie, unabhängig davon, ob die SUS das primäre Behandlungsanliegen darstellt.

2. Die Vierwochenbehandlungsrate (mindestens ein Patient in laufender Therapie; nicht in Probatorik) mit SUS als primärem Behandlungsanlass beträgt je nach Substanz zwischen 3 und 27%. Höhere Behandlungsraten zeigten sich für SUS als sekundärem Behandlungsanlass. Die Behandlungsraten waren für SUS durch le-

gale Substanzen höher als für SUS durch illegale Substanzen.

3. Die Behandlung von Patienten mit SUS durch legale Substanzen wird erfreulicherweise häufig (bis zu 75% der ambulant tätigen Psychotherapeuten) als ganz oder teilweise wünschenswert angesehen. Andererseits fanden sich auch relativ hohe Ablehnungsraten, besonders für illegale Drogen, aber auch für Nikotinabhängigkeit.

4. Die Befunde bezüglich der Einstellungen der PP zu den erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und den damit verbundenen Regeln deuten an einigen Punkten auf eine gewisse Skepsis bezüglich routinemäßiger Umsetzung unter den aktuellen Bedingungen (z. B. Bezahlung der Abstinenzkontrolle durch Patienten) hin.

Die hohe Rate für die Behandlung mindestens eines Patienten mit SUS (94%) ist angesichts der Häufigkeit von SUS in der Allgemeinbevölkerung (besonders durch Alkohol und Nikotin) und in Subgruppen ambulanter Psychotherapiepatienten sowie der hohen Komorbidität von SUS mit anderen psychischen Störungen nicht

verwunderlich (John et al. 2004; Pabst et al. 2010; Wittchen et al. 2008b). Sie unterstreicht die Bedeutung des Themas „ambulante Behandlung von SUS“ in Aus- und Weiterbildung von PP. Ambulant tätige PP sind darauf angewiesen, das Vorliegen einer SUS, ihren Schweregrad und die Möglichkeit der AP einschätzen zu können. Dies ist u. a. wichtig, da Substanzkonsum und SUS-Symptome mit höherer Morbidität komorbider psychischer Störungen (Krishnadas et al. 2012) und mit einer negativen Auswirkung auf deren psychotherapeutische Behandlung assoziiert sind (Westra et al. 2002). Vor diesem Hintergrund ist positiv, dass nur 16% der PP angaben, das Vorliegen von SUS nicht immer abgeklärt zu haben.

Die Behandlungsraten zu spezifischen SUS als primärem Behandlungsanlass erreichten teils überraschend hohe 27%, teils blieben sie aber weit darunter (z. B. für Cannabisstörungen).

Diese Daten sprechen dafür, dass sich die neuen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht umfänglich im Praxisalltag etabliert haben und dass Drogenscreenings sowie deren Kosten und fehlende Anhaltspunkte zur Eignung von AP für den einzelnen Patienten ein Hindernis darstellen könnten. Die Raten könnten auch auf eine eher untergeordnete Rolle von SUS in AP und auf höhere Ablehnungsquoten für SUS hindeuten. Diese zeigen sich in älteren, teils aus Westdeutschland stammenden Befunden (Zepf et al. 2001; Zepf et al. 2003) und könnten dazu führen, dass kaum Behandlungsroutinen für einzelne SUS ausgebildet werden können.

Die Behandlungsraten für spezifische SUS als sekundärem Behandlungsanlass lagen über denen für SUS als primärem Behandlungsanlass. Dies kann sich aus der häufigen Komorbidität von SUS mit anderen psychischen Störungen (s. oben), die ebenfalls eine Indikation für PT darstellen, ergeben. Psychologische Psychotherapeuten behandeln schwerpunktmäßig Störungen, die häufig mit SUS komorbid sind (Zepf et al. 2001). Zudem sind Angst- und affektive Störungen bei Personen mit regelmäßigem Substanzkonsum mit höherer Wahrscheinlichkeit des Hilfesuchens assoziiert (Perkonig et al. 2006). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass PP bei der Behandlung von SUS

häufiger mit Doppeldiagnosen konfrontiert sind als mit primären SUS. Hier ist die Fähigkeit der PP zur Entwicklung von Fallkonzeptionen bei komplexen Kombinationen komorbider Störungen wichtig (Hoyer 2013), da SUS und andere psychische Störungen einen reziprok-negativen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (Piper et al. 2011; Westra et al. 2002) und komorbide psychische Störungen mit einer suboptimalen Nutzung von SUS-spezifischen Hilfen (Kelly et al. 2003) assoziiert sind.

Auffällig ist die geringe Behandlungsrate für OA mit Substitution. Eventuell müssen sich hier erst Routinen zur Patientenübernahme etablieren. Allerdings lehnen 74% der PP eine Behandlung ganz oder teilweise ab, obwohl AP bei heroinsubstituierten Patienten einen positiven Effekt auf Ergebnisse der Pharmakotherapie haben kann (Montoya et al. 2005) und die hohe psychische Morbidität der Patienten für einen Bedarf an Psychotherapie spricht (Wittchen et al. 2008b). Hier ist potenziell bedeutsam, dass jeweils ca. 50% der PP der Aussage, es entstünde Mehrarbeit in problematischem Umfang durch a) die Kontrolle der Abstinenz und b) die vorgesehene Kooperation mit Ärzten zumindest teilweise zustimmen. Auch sind Studien zum Behandlungserfolg und zu bedingenden Faktoren für dieses Störungsbild in AP rar, sodass den PP konkrete Anhaltspunkte für die Indikation zur AP fehlen. Dies mag die hohe Rate der „Weiß-nicht“-Antworten (37%) zur Frage nach Mehrarbeit durch Kooperation und letztlich die Ablehnung der Behandlung begünstigen.

Eine weitere SUS durch illegale Substanzen, für die niedrige Behandlungsraten gefunden wurden, stellen Cannabisstörungen dar, deren Behandlung nur knapp 14% der PP voll wünschenswert fanden. Dies spiegelt die eigentlich guten Möglichkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung cannabisabhängiger Patienten nicht wider (Hoch et al. 2012).

Nikotinabhängigkeit als primäre SUS wurde von nur knapp 9% der PP behandelt. Nur ca. jeder vierte PP stimmte der Erwünschtheit der Behandlung voll zu. Dies widerspricht der Häufigkeit dieser Störung, dem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Pabst et al. 2010; Rehm

et al. 2006) sowie der Tatsache, dass bei dieser SUS im Unterschied zu anderen Substanzabhängigkeitsdiagnosen fast immer eine alleinige ambulante Behandlung möglich ist. Allerdings mag der von den Patienten mitgeteilte Leidensdruck bei anderen Störungen deutlich höher sein. Es besteht Unsicherheit, ob Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit von den Geldgebern und Behandlern als Indikation für AP aufgefasst wird.

Es fällt auf, dass zwischen ca. 50 und 67% der PP die Anforderungen zur ambulanten Behandlung von SUS bezüglich der Abstinenzkontrolle voll oder teilweise problematisch finden. Sie sehen eine mögliche Belastung der therapeutischen Beziehung, die aktuell bestehende Anforderung der Bezahlung durch die Patienten und die damit verbundene Entstehung von Mehrarbeit als problematisch. Dies könnte die Entwicklung der routinemäßigen Umsetzung der neuen Behandlungsmöglichkeiten in AP erschweren. Hervorzuheben ist auch, dass zwischen ca. 10 und 37% der PP die Fragen nach den Einstellungen zu Laborparametern und Kooperationsverpflichtungen mit „Weiß nicht“ beantworteten. Dies könnte für einen erheblichen Teil der PP Unsicherheiten widerspiegeln, die bezüglich der Rahmenbedingungen für eine Behandlung von SUS bestehen.

Limitationen

Limitationen sind v. a. die niedrige Ausschöpfungsrate von 16,6% und die Unterschiede zur repräsentativen Vergleichsstichprobe (z. B. höherer Anteil von Frauen), die einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse entgegenstehen. Möglicherweise beteiligten sich überzufällig viele PP mit Interesse am Thema SUS. Dies könnte bedeuten, dass die Behandlungsraten von SUS in der Realität noch niedriger ausfallen. Untersuchungen in anderen Bundesländern können andere Ergebnisse bringen. Es wurden keine Informationen zu Komorbiditätsmustern, SUS-Schweregrad und Behandlungsvorgeschichte erfragt. Auch wurden die Begriffe primärer bzw. sekundärer Behandlungsanlass im Fragebogen nicht genauer definiert. Es liegen keine Informationen zu den von den PP verwendeten Diagnostika für SUS vor.

Bezüglich der Erwünschtheit der Behandlung wurden im Fragebogen zusammengefasste Diagnosekategorien (schädlicher Konsum/Missbrauch; Abhängigkeit) angeboten. Diese Einschränkungen wurden in Kauf genommen, um eine vertretbare Bearbeitungszeit zu gewährleisten.

Implikationen für die Forschung

Zukünftige Forschung sollte im Rahmen naturalistischer Therapiestudien Verlaufsmerkmale und Ergebnisse der Behandlung von SUS in AP sowie deren Korrelate und Prädiktoren ermitteln. Hieraus sollten Leitlinien zur Bestimmung der Indikation und Kontraindikationen für AP bei verschiedenen SUS unter Berücksichtigung von Schweregrad, Chronizität, Art der SUS und Komorbidität erstellt werden. Angesichts der relativ hohen Raten der partiellen Zustimmung der PP zur Erwünschtheit der SUS-Behandlung könnten in zukünftiger Forschung die Entscheidungskriterien der PP zur Behandlungsübernahme identifiziert werden.

Fazit für die Praxis

Über die neuen Möglichkeiten der Behandlung von SUS in AP sollte vermehrt informiert werden, um das Bewusstsein für die Rolle der AP bei der Behandlung von SUS zu fördern. Die Durchführung dieser Behandlungen sollte mit Weiterbildungs- und Interventionsangeboten unterstützt werden. Die AP von SUS sollte verstärkte Aufmerksamkeit in Aus- und Weiterbildung von PP erhalten.

Korrespondenzadresse

Dr. Silke Behrendt

Professur für Suchtforschung, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden
silke.behrendt@psychologie.tu-dresden.de

Danksagung. Die Autoren danken allen Studienteilnehmern für die Teilnahme. Wir danken Herrn Dr. Gregor Peikert für eine persönliche Mitteilung bezüglich der Vergleichsdaten, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer für die Unterstützung der Studie sowie allen beteiligten studentischen Hilfskräften und Mitarbeitern für die Unterstützung bei der Studierendurchführung.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Silke Behrendt, Gerhard Bühringer und Jürgen Hoyer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission an der TU Dresden (EK 27022012), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Probanden liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Bottlender M, Soyka M (2005) Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *Eur Addict Res* 11:132–137
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S et al (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177:4–7
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). *Bundesanzeiger* 100:2424
- Bundespsychotherapeutenkammer Und Fachverband Sucht e. V. (2009) Psychotherapie und Suchtbehandlung – Möglichkeiten der Kooperation. Gemeinsames Positionspapier. *Sucht* 1:38–41
- Hildebrand A, Sonntag D, Bauer C et al (2009) Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. *Sucht* 55:515–534
- Hoch E, Noack R, Henker J et al (2012) Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS*). *Eur Neuropsychopharmacol* 22:267–280
- Hoyer J (2013) Ambulante Psychotherapie und sexuelle Funktionsstörungen. *Psychotherapeut* 58:371–378
- John U, Meyer C, Rumpf HJ et al (2004) Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend* 76:287–295
- Kelly JF, McKellar JD, Moos R (2003) Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction* 98:499–508
- Keyes KM, Hatzembuehler MI, McLaughlin KA et al (2010) Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *Am J Epidemiol* 172:1364–1372
- Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Population survey on the consumption of psychoactive substances in the German adult population 2000. *Sucht* 47:3–86
- Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S et al (2012) Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 201:306–312
- Lancaster T, Stead LF (2005) Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*:CD001292
- Montoya ID, Schroeder JR, Preston KI et al (2005) Influence of psychotherapy attendance on buprenorphine treatment outcome. *J Subst Abuse Treat* 28:247–254
- Pabst A, Piontek D, Kraus L et al (2010) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht* 56:327–336
- Peikert G, Hoyer J, Mrazek A et al (2011) Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. *Psychotherapeutenjournal* 1:43–50
- Perkonig A, Bühringer G, Arnold M et al (2008) Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. *Sucht* 10:151–163
- Perkonig A, Settele A, Pfister H et al (2006) Where have they been? Service use of regular substance users with and without abuse and dependence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:470–479
- Piper ME, Cook JW, Schlam TR et al (2011) Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction* 106:418–427
- Rehm J, Taylor B, Room R (2006) Global burden of disease from alcohol, illicit drugs, and tobacco. *Drug Alcohol Rev* 25:503–513
- Scherle T, Croissant B, Heinz A et al (2003) Ambulante Alkoholentgiftung. *Nervenarzt* 74:219–225
- Schmidt C, Bischof G, Harting M et al (2009) Motivation to change and readiness for counseling in prescription-drug-dependent patients in a general hospital population. *Addict Res Theory* 17:186–190
- Statacorp (Hrsg; 2011) Stata statistical software: release 12.1. College Station, TX, StataCorp LP
- Westra HA, Stewart SH, Conrad BE (2002) Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *J Anxiety Disord* 16:233–246
- Wittchen H-U, Behrendt S, Höfler M et al (2008a) What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *Int J Methods Psychiatr Res* 17:16–29
- Wittchen HU, Apelt SM, Soyka M et al (2008b) Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Depend* 95:245–257
- Zepf S, Marx A, Mengele U (2001) Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen im Saarland. *Psychotherapeut* 46:75–81
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:152–163