TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften

Institut für Psychologie

Abschlussarbeit

Master of Science Psychologie

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit: Sekundäranalyse der Routinedaten einer Entwöhnungstherapie

Verfasserin: B.Sc. Leonie Plenz (Matrikel-Nr.: 416902)
leonieplenz@web.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Stephan Mühlig, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz

Zweitgutachter: Dr. Darius Chahmoradi Tabatabai, MBA, Vivantes Hartmut-Spittler-Fachklinik für Entwöhnungstherapie

Betreuerin: M.Sc. Franziska Loth, Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Chemnitz

Abgabedatum: 24. Oktober 2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis **5**
Abbildungsverzeichnis **6**
Tabellenverzeichnis **7**
Zusammenfassung **8**
Abstract **9**
1. Einleitung **10**
2. Theoretischer und empirischer Hintergrund **11**
2.1 Klinisch relevanter Substanzgebrauch 11
2.1.1 Alkohol 11
2.1.2 Medikamente 12
2.2 Versorgungssituation in Deutschland 15
2.2.1 Struktur des deutschen Suchthilfesystems 15
2.2.2 Entwöhnungstherapie 17
2.3 Forschungsvorhaben 18
2.3.1 Hinführung zum Forschungsvorhaben 18
2.3.2 Fragestellung 19
3. Methodik **20**
3.1 Datengenerierung 20
3.2 Variablenbeschreibung 22
3.2.1 Soziodemografie 22
3.2.2 Psychiatrische Diagnosen 23
3.2.3 Behandlungscharakteristika 24
3.3 Stichprobenbildung 25
3.3.1 Gesamtstichprobe 25
3.3.2 Gruppenbildung 26
3.3.3 Subgruppenbildung 27
3.4 Statistische Datenanalyse 28
4. Ergebnisse **29**
4.1 Soziodemografie 29
4.1.1 Alter und Geschlecht 29
4.1.2 Nationalität und Migration 30
4.1.3 Familienstand und Kinder 31

4.1.4 Wohnsituation ... 32
4.1.5 Schul- und Bildungsabschluss ... 33
4.1.6 Erwerbssituation ... 35
4.2 Psychiatrische Diagnosen ... 36
4.2.1 ICD F1 und F55 Diagnosen ... 36
4.2.2 Polytoxikomanie ... 39
4.2.3 ICD F63.0 und F50 Diagnosen ... 39
4.2.4 Weitere ICD F Diagnosen ... 40
4.3 Behandlungscharakteristika ... 41
4.3.1 Therapieform und Betreuungsdauer ... 41
4.3.2 Wiederaufnahme und vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfe ... 42
4.3.3 KostenträgerInnen ... 44
4.3.4 Vermittelnde Instanzen ... 45
4.3.5 Beendigung der Therapie und Problematik am Behandlungsende ... 46
4.3.6 Weitervermittlung am Behandlungsende ... 47
5. Diskussion ... 48
5.1 Zusammenfassung der Studie ... 48
5.2 Implikationen der Ergebnisse ... 49
5.2.1 Soziodemografie ... 49
5.2.2 Psychiatrische Diagnosen ... 51
5.2.3 Behandlungscharakteristika ... 53
5.3 Limitationen der Untersuchung ... 55
5.4 Ausblick und Fazit ... 57
6. Literaturverzeichnis ... 58
7. Anhang ... 69
7.1 Anhang A - Ergebnisse ... 69
7.2 Anhang B - Kodierungsschema ... 95
7.3 Anhang C - Selbstständigkeitserklärung ... 104

Abkürzungsverzeichnis

A	Variablengruppe *ausgeschlossene Variablen*
ALG	Arbeitslosengeld
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
B	Variablengruppe *Behandlungscharakteristika*
D	Variablengruppe *Psychiatrische Diagnosen*
DBB	Drogenbeauftragte der Bundesregierung
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
HSFK	Hartmut-Spittler-Fachklinik für Entwöhnungstherapie
ICD	International Classification of Diseases
MS	Medikamentenbezogene Substanzstörungen
S	Variablengruppe *Soziodemografie*
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SGB	Sozialgesetzbuch
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
ZF	Zusammenfassung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	*Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe, Gruppen und Subgruppen*	S. 30
Abbildung 2	*Deutsche Staatsbürgerschaft und Migration der Subgruppen*	S. 31
Abbildung 3	*Wohnsituation der Subgruppen am Tag vor Behandlungsbeginn*	S. 33
Abbildung 4	*Erwerbssituation der Gesamtstichprobe, Gruppen und Subgruppen am Tag vor Behandlungsbeginn*	S. 35
Abbildung 5	*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Gesamtstichprobe*	S. 37
Abbildung 6	*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Gruppen*	S. 38
Abbildung 7	*Therapieform der Gesamtstichprobe, Gruppen und Subgruppen*	S. 42
Abbildung 8	*Vermittelnde Instanzen der Subgruppen*	S. 45
Abbildung 9	*Beendigung der Therapie der Gesamtstichprobe und Gruppen*	S. 46
Abbildung 10	*Einschätzung der Problematik der Subgruppen am Behandlungsende*	S. 47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	*Kodierungsschema der Variablen ‚ICD F1x Diagnose' der F10 bis F19 Diagnosen*	S. 24
Tabelle 2	*Kodierungsschema der Variablen ‚ICD F1x Diagnose ZF' der F10 bis F19 Diagnosen*	S. 24
Tabelle 3	*F13 und F55 Diagnosen der Gruppe 1 (n=167)*	S. 26
Tabelle 4	*Schul- und Bildungsabschlüsse der Subgruppen*	S. 34
Tabelle 5	*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Subgruppen*	S. 39
Tabelle 6	*Weitere ICD F Diagnosen der Subgruppen*	S. 41
Tabelle 7	*Vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten der Subgruppen*	S. 44
Tabellen A	*Vollständige Übersicht der Ergebnisse*	ab S. 69
Tabellen B	*Kodierungsschema*	ab S. 95

Zusammenfassung

Alkohol- und medikamentenbezogene Substanzstörungen sind weit verbreitete Störungsbilder in Deutschland. Trotzdem sind ihre Charakteristika und Therapieansätze nicht ausreichend erforscht. Die vorliegende Studie untersucht mögliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch im Setting der (teil-)stationären Entwöhnungstherapie. Hierfür wurden Routinedaten von 1888 Fällen einer Berliner Suchtentwöhnungsklinik aus den Jahren 2012 bis 2016 analysiert. Die Ergebnisse unterteilen sich in die Bereiche Soziodemografie, psychiatrische Diagnosen und Behandlungscharakteristika. Sie wurden für die Gesamtstichprobe, die Fälle mit und ohne medikamentenbezogenen Substanzstörungen (MS) und die Subgruppen der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden, der Antidepressivakonsumierenden, der Analgetikakonsumierenden und der Kombinationskonsumierenden dieser Medikamente untersucht. Zwischen den Gruppen mit und ohne MS gab es Unterschiede bezüglich der Geschlechterverteilung, einer Immigration der Eltern, dem Erwerbsstatus, den substanzbezogenen Störungen, einem multiplem Substanzgebrauch, weiteren psychiatrischen Diagnosen, der Behandlungsdauer, der vorherigen Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten, den KostenträgerInnen und der Art der Beendigung der Therapie. Zwischen den Subgruppen zeichneten sich Unterschiede in der Geschlechterverteilung, der Nationalität, den substanzbezogenen Störungen, einem multiplem Substanzgebrauch, einer affektiven Störung, der vorherigen Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten, den KostenträgerInnen, den vermittelnden Instanzen und der Einschätzung der Problematik am Behandlungsende ab. Es bedarf weiterer Forschung, um die genannten Unterschiede genauer zu verstehen und fundierte Schlussfolgerungen zu ziehen.

Schlüsselwörter: Medikamente, Alkohol, substanzbezogene Störung, Entwöhnungstherapie, Sedativa, Hypnotika, Antidepressiva, Analgetika

Abstract

Alcohol and prescription drug addiction or abuse are widespread substance use disorders in Germany. Their characteristics and therapy programs are however not yet sufficiently explored. The current study analysis possible differences between people with and without prescription drug use disorders (PDD) in inpatient rehabilitation. Therefore the data of 1888 cases of a Berlin addict rehabilitation center from 2012 to 2016 were examined. The findings are grouped into the sections sociodemography, psychiatric diagnoses and treatment characteristics. They were conducted for the whole sample, the cases with and without PDD and the subgroups of cases taking sedatives or hypnotics, antidepressants, analgetics and a combination of those. Differences between the groups with and without PDD were found regarding gender ratio, parental immigration, empolyment status, substance use disorders, multiple substance abuse, duration of treatment, prior claim of addiction aid, responsible authorities and the way therapy ended. Regarding the subgroups differences emerged in gender ratio, nationality, substance use disorders, multiple substance abuse, affective disorders, prior claim of addiction aid, responsible authorities, mediating institutions and evaluation of problem at the end of therapy. There is still further research needed to better understand the named differences and to be able to draw well-grounded conclusions from them.

Key words: prescription drugs, alcohol, substance use disorder, rehabilitation, sedatives, hypnotics, antidepressants, analgetics

1. Einleitung

„Moderne Drogen- und Suchtpolitik muss aufklären, informieren und zum Nachdenken anregen“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung [DBB], 2016, S.03) und das ist nur Hand in Hand mit einer wissenschaftlichen, interdisziplinären Forschung möglich. Der klinisch relevante Konsum psychotroper Substanzen sowie dessen soziale und gesundheitliche Konsequenzen gehören zu den gegenwärtigen, gesellschaftlichen Herausforderungen Deutschlands (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [SLS e.V.], 2017) und müssen somit von Politik und Wissenschaft gleichermaßen ernst genommen werden. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit stellen hierbei wichtige Teilaspekte dieses Diskurses dar.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind weit verbreitetet und werden seit vielen Jahren stark beforscht (AWMF, DGPPN & DG-Sucht, 2016). Zusätzlich gibt es viele Kampagnen und Projekte zu ihrer Prävention und zu Interventionen (DBB, 2016). Obwohl medikamentenbezogene Substanzstörungen (MS) mit circa zwei Millionen Betroffenen in Deutschland ein ähnliches Ausmaß wie alkoholbezogene Substanzstörungen annehmen (Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Pinotek 2013), ist die Thematisierung dieser Problematik doch vergleichsweise gering (Glaeske, 2012). Daher scheint es wichtig, die Debatte über Ursachen, Manifestierung und Bekämpfung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit zu verstärken und zu erweitern (DBB, 2016).

Die aktuelle Studie möchte zur Intensivierung des Diskurses beitragen, indem Unterschiede zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Rahmen eines fortgeschrittenen Stadiums der Suchtkrankenhilfe, namentlich der Entwöhnungstherapie, untersucht wurden. Im Folgenden wird zunächst der momentane theoretische und empirische Forschungsstand dargestellt sowie anschließend das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der aktuellen Studie präsentiert. Hierbei werden soziodemografische, psychiatrische und behandlungsbezogene Merkmale der Gesamtstichprobe, der Personen mit und ohne MS und der Subgruppen mit spezifischen Medikamentenabhängigkeiten analysiert und verglichen. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und in den bestehenden Kenntnisstand integriert.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind keine neuen Themen des wissenschaftlichen Diskurses. Daher wird der aktuelle Forschungsstand ausschnittsweise dargestellt, um die vorliegende Arbeit in einem fundierten Rahmen einzubetten. Schwerpunkte stellen hierbei der klinisch relevante Substanzgebrauch von Alkohol und Medikamenten sowie die Versorgungsstruktur der deutschen Suchthilfe dar.

2.1 Klinisch relevanter Substanzgebrauch

Der Begriff *Sucht* wurde von der Weltgesundheitsorganisation 1964 durch die Begriffe *Missbrauch* bzw. *schädlicher Gebrauch* und *Abhängigkeit* ersetzt (Barth, 2016). *Schädlicher Gebrauch* ist laut der aktuellen *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) als Konsumverhalten definiert, welches zu einer physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt. Eine *Abhängigkeit* liegt hingegen, vereinfacht dargestellt, bei einem starken Verlangen nach einer Substanz vor, welches charakteristisch mit einer verminderten Kontrolle über den eigenen Substanzgebrauch einhergeht. Zusätzliche Symptome sind meist ein körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Abstinenz, eine Toleranzsteigerung bei anhaltendem Gebrauch, eine Einengung sozialer Kontakte sowie ein anhaltender Substanzkonsum trotz negativer Folgen.

2.1.1 Alkohol

Als Alkohol wird der zu dieser chemischen Gruppe gehörende Ethylalkohol, auch bekannt als Ethanol, bezeichnet. Er wird durch die Vergärung von Zucker hergestellt und ist ein Zellgift (Barth, 2016). In geringen Mengen wirkt Alkohol meist euphorisierend und enthemmend, in größeren Mengen zunächst aggressivitätssteigernd und schließlich sedierend (Barth, 2016; Dilling et al., 2015). Im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (DBB, 2016) wird beschrieben, dass Alkohol nach Tabak und Bluthochdruck den größten Risikofaktor für Krankheiten in Europa darstellt. Jedes Jahr sterben circa 58.000 Menschen an den Konsequenzen ihres Alkoholkonsums (DBB, 2016). Bei einem stetigen Konsum relevanter Mengen kann sich zudem eine starke physische und psychische Abhängigkeit entwickeln (AWMF et al., 2016; Barth, 2016).

Als riskanter Konsum werden im Allgemeinen Konsummengen ab 24g Reinalkohol

pro Tag bei Männern und 12g Reinalkohol pro Tag bei Frauen angesehen (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016; Seitz, Bühringer & Mann, 2008). Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS, 2016) betrug der statistische Pro-Kopf-Konsum der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 9.6 Liter Reinalkohol. In einer bundesweiten Repräsentativbefragung gaben 74.8% der befragten Personen zwischen 18 und 64 Jahren einen Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage an. In 13.6% der Fälle wurde der Konsum bei der Auswertung als riskant und in 1.5% der Fälle als gefährlich eingeschätzt. Unter die Gruppe der Hochkonsumierenden fielen 0.3% der Fälle (Pinotek, Gomes de Matos, Atzendorf & Kraus, 2016).

Generell sind mehr Männer als Frauen von einem riskanten Alkoholkonsum betroffen (Dauber, Specht, Künzel & Braun, 2016; DHS, 2016). Zusätzlich zeigte sich die Tendenz, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status eher einen riskanten Konsum aufweisen. Gerade bei Frauen erhöht sich die Prävalenz mit zunehmendem Alter und sozialem Status (DHS, 2016). Im Jahr 2012 waren 2.0% der Frauen und 4.8% der Männer alkoholabhängig, 3.1% aller Personen waren von einem Alkoholmissbrauch betroffen (Pabst et al., 2013).

Mit etwa 114.000 Fällen stellen Personen mit einer alkoholbezogenen Substanzstörung zudem die größte Gruppe im deutschen Suchthilfesystem dar (Dauber et al., 2016; SLS e.V., 2017). Sie sind hier im Durchschnitt die ältesten PatientInnen und weisen im Vergleich zu anderen Substanzkonsumierenden ein relativ hohes Bildungsniveau auf (Dauber et al., 2016).

2.1.2 Medikamente

Als Medikament werden synthetische und natürliche Stoffe bezeichnet, mit denen aus medizinischen Gründen physische sowie psychische Zustände und Funktionen des menschlichen Körpers beeinflusst werden können (Barth, 2016; Soyka, 2016). Hierbei kann eine Vielzahl an Medikamentenklassen mit unterschiedlichen Wirkweisen unterschieden werden (Bundesärztekammer, 2007; Soyka, 2016). So wird beispielsweise zwischen Opioiden, nichtsteroidalen Analgetika, Sedativa und Hypnotika sowie anderen psychotropen Substanzen differenziert (Dilling et al., 2015; Soyka, 2016).

Medikamente sind ein extrem wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung (DBB, 2016; Glaeske, 2012; Gomes de Matos et al., 2016; Holzbach, Martens, Kalke & Raschke, 2010). Nichtsdestotrotz bergen manche Substanzen das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen sowie Gewöhnung und Abhängigkeit (Haider, Johnell, Thorslund & Fastbom, 2007; Holzbach et al., 2010; Pabst et al., 2013; Soyka, 2016), welches nicht unterschätzt werden darf

(DBB, 2016). Circa 5% aller häufig verwendeten Medikamente weisen ein eigenes Suchtpotenzial auf (DHS, 2016; Glaeske, 2012).

Die Hälfte der deutschen Bevölkerung konsumierte laut dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Gomes de Matos et al., 2016) mindestens ein Medikament innerhalb von 30 Tagen, meist Schmerzmittel (47.1%). Etwa 5% konsumierten zudem jeweils Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Antidepressiva. Von den Personen, die Antidepressiva einnahmen, taten 87.5% dies täglich. Bei Schlaf- und Beruhigungsmittel waren es 27.7%, bei Schmerzmitteln 8.6%. Charakteristika eines klinisch relevanten Medikamentengebrauchs zeigten 6% der Frauen und 4.5% der Männer. Hierzu passend setzten Frauen generell häufiger Medikamente ein als Männer (DBB, 2014; Ford, Reckdenwald & Marquardt, 2014; Gomes de Matos et al., 2016). Die Anzahl medikamentenabhängiger Personen wird in Deutschland auf circa 1.9 Millionen geschätzt (Kraus & Augustin, 2001). Das Robert Koch Institut berichtet von 1.0 Millionen Personen mit Medikamentenmissbrauch und 0.3 Millionen mit Medikamentenabhängigkeit (Knopf & Grams, 2013). Der Epidemiologische Suchtsurvey spricht hingegen von 2.3 Millionen Menschen, die von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig sind (Pabst et al., 2013). In diesem Falle ist die Rate für Medikamentenabhängigkeit mit 3.4% vergleichbar mit der Rate für Alkoholabhängigkeit.

Die Schätzungen zur Anzahl der Personen, die in Deutschland einen schädlichen oder abhängigen Medikamentengebrauch betreiben, gehen somit recht weit auseinander. Die unterschiedlichen Ergebnisse können hauptsächlich durch die schwierige methodische Erfassung und die daraus resultierenden unterschiedlichen Studiendesigns erklärt werden (DBB, 2016; Soyka, 2016). Ein Grund für die teilweise auseinandergehenden Zahlen ist die Tatsache, dass epidemiologische Studien nicht nur ärztlich verschriebene Medikamente erfassen, wie dies in Analysen der Daten der Krankenkassen der Fall ist. Vielmehr können über die direkte Befragung betroffener Personen auch nicht verschriebene, anderweitig beschaffte Präparate erfasst werden (Gomes de Matos et al., 2016). Es wird geschätzt, dass die Hälfte aller erworbenen Arzneimittel nicht verordnet, sondern auf anderen Wegen besorgt wurden (Glaeske, 2015; Novak, Hakansson, Martinez-Raga, Reimer, Krotki & Varughese, 2016; Soyka, 2000). Zudem schließen einige Studien nur Person einer gewissen Altersspanne ein. Vor allem Menschen mit einem Alter über 65 Jahren werden hierdurch regelmäßig unterrepräsentiert (Glaeske, 2012; Soyka, 2016), obwohl sie in Bezug auf MS eine hoch relevante Gruppe darstellen (DHS, 2016; DHS & BARMER GEK, 2013; Soyka, 2015).

Schädlicher oder abhängiger Medikamentengebrauch ist nicht nur schwierig zu erfassen, sondern auch schwierig zu erkennen (DBB, 2016; Glaeske, 2012; Küfner & Rösner, 2008). Er findet häufig versteckter statt als der Gebrauch anderer Substanzen (Funke, Funke, Klein & Scheller, 2001; Lindenmeyer, 2005). Eine Abhängigkeit stellt sich zudem meist schleichend ein (DBB, 2016) und bleibt lange unentdeckt (Funke et al., 2001). Die Mehrheit medikamentenbezogener Substanzstörungen haben ihren Ursprung innerhalb einer medizinischen Behandlung (Holzbach et al., 2010). So deuten die Daten der Krankenkassen darauf hin, dass Verordnungen teilweise über einen langen Zeitraum hinweg und ohne entsprechende Notwendigkeit erfolgen (Tholen, 2012). Hinzu kommt, dass eine Unterscheidung zwischen medizinisch indiziertem und missbräuchlichem bzw. abhängigem Konsum häufig diffizil ist, da die Symptome eines schädlichen Medikamentenkonsums von anderen Krankheitsbildern unterschieden werden müssen (Soyka, Queri, Küfner & Rösner, 2005).

Studien zeigen, dass der Gebrauch von Schmerzmitteln unter den gängigen Medikamentenklassen am häufigsten einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit erzeugt (Knopf & Grams, 2013; Pabst et al., 2013), gefolgt von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (DBB, 2016; Glaeske, 2015). Vor allem Tranquilizer und Sedativa bzw. Hypnotika beinhalten ein hohes Abhängigkeitspotenzial (Guerlais, Grall-Bronnec, Feuillet, Géradin, Jolliet & Victorri-Vigneau, 2015; Soyka, 2015; Soyka et al., 2005). So gibt es Schätzungen, dass circa 80% aller medikamentenbezogenen Substanzstörungen auf Benzodiazepine zurückzuführen sind (Glaeske, 2015). In verschiedenen Studien waren bis zu 50% der Personen, die Benzodiazepine einnahmen, auch abhängig (Guerlais et al., 2015; Lader, 2011; Pelissolo, Maniere, Boutages, Allouche, Richard-Berthe & Corruble, 2007).

Medikamentenmissbrauch ist durch alle Alters- und Bevölkerungsschichten hinweg zu beobachten (Arria & Compton, 2017). Nichtsdestotrotz scheinen vor allem Frauen (DHS, 2016; Guerlais et al., 2015; Soyka, 2015) und ältere Menschen (DHS, 2016; DHS & BARMER GEK, 2013) von MS betroffen zu sein. Zusätzlich tritt ein Arzneimittelmissbrauch bei Personen häufig sekundär und in Kombination mit einer anderen Substanzabhängigkeit, einer weiteren psychischen Störung oder einer chronischen Krankheit auf (Glaeske, 2012; Soyka, 2015; Soyka et al., 2005). Hierbei stellen Wechselwirkungen zwischen den eingenommenen Substanzen ein großes Problem dar (DHS, 2015; Soyka et al., 2005). Der dokumentierte Anteil an Personen mit MS im Suchthilfesystem ist verhältnismäßig gering und scheint somit nicht die reale Verbreitung von Medikamentenmissbrauch in der Gesamtbevölkerung widerzuspiegeln (Leune, 2014; Soyka, 2016; Weissinger & Missel, 2012).

Ein großer Anteil an Forschung bezieht sich aktuell auf Arzneimittelmissbrauch in nicht klinischen Settings (Holloway, Bennett, Parry & Gorden, 2014; Kelly, Rendina, Vuolo, Wells & Parsons, 2015; Novak et al., 2016). So zeigten groß angelegte Studien, dass etwa 6% der Menschen in Europa innerhalb eines Jahres Sedativa verwendeten (Novak et al., 2016) und 2.5% der amerikanischen Erwachsenen regelmäßig Arzneimittelmissbrauch betreiben (Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2015). Solche Studien sind hoch relevant, da das Risiko, eine Substanzstörung zu entwickeln, durch Arzneimittelmissbrauch als erhöht betrachtet werden kann (McCabe, Veliz, Boyd & Schulenberg (2017).

2.2 Versorgungssituation in Deutschland

2.2.1 Struktur des deutschen Suchthilfesystems

Ziel des Suchthilfesystems ist es, Menschen mit einem regelmäßigen Substanzmissbrauch oder einer Abhängigkeitserkrankung zu einer gesünderen, möglichst abstinenten Lebensweise und einer (Re-)Integration in das gesellschaftliche Leben zu verhelfen (AWMF et al., 2016; Barth, 2016; Leune, 2014). Im Allgemeinen wird hierbei einer mehrstufigen, multiprofessionellen Behandlung in aneinander anknüpfenden Settings die größte Effektivität zugesprochen (AWMF et al., 2016; Holz, 2001; Queri, Servaty, Eckstein & Tretter, 2005). So besteht auch das deutsche Suchthilfesystem aus einer Vielzahl an Behandlungsschritten in verschiedenen Settings (Fleischmann, 2015).

Zum einen gibt es niedrigschwellige Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge von Personen mit substanzbezogenen Störungen und deren Angehörigen (Barth, 2016; Weissinger & Missel, 2012). Hierunter fallen unter anderem Angebote zur Akuthilfe, psychosoziale Suchtberatungsstellen, psychiatrische Institutsambulanzen, Selbsthilfegruppen, betriebliche Gesundheitseinrichtungen sowie niedergelassene PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen (Barth, 2016; Deutsche Rentenversicherung [DRV], 2002; Hüllinghorst, 2007). Zentral sind hierbei häufig die Begutachtung der individuellen Situation und der zukünftigen Optionen, Empfehlungen und Weitervermittlungen sowie eine unterstützende Alltagsbegleitung (Barth, 2016). Der Einsatz solche Kurzinterventionen zur Verbesserung eines schädlichen Substanzkonsums wird flächendeckend empfohlen (AWMF et al., 2016; Mugunthan, McGuire & Glasziou, 2011; Soyka, 2015).

Zum Zweiten gibt es Einrichtungen zur intensiveren Behandlung und Rehabilitation.

Hierunter können Entzugsbehandlungen und Entwöhnungstherapien gezählt werden (AWMF et al., 2016; DRV, 2002; Weissinger & Missel, 2012). Eine körperliche Entgiftung beinhaltet beispielsweise die Betreuung von Personen mit einer Alkoholintoxikation und daran anschließenden Entzugssymptomen während der Absetzung des Alkoholkonsums (AWMF et al., 2016; Lindenmeyer, 2016). Eine qualifizierte Entzugsbehandlung hingegen schließt eine körperliche Entgiftung ein und inkludiert darüber hinaus eine psychiatrische oder psychosoziale Akutbehandlung. Ziel ist hier nicht nur eine kurzfristige Unterbrechung des Konsums, sondern auch eine Förderung der generellen Abstinenzbereitschaft und eine Planung des weiteren Vorgehens innerhalb der Behandlung (AWMF et al., 2016; Lindenmeyer, 2016). Beide Optionen finden überwiegend stationär statt (Barth, 2016).

An die Vorbereitungsphase und die Entzugsbehandlung schließen Postakutbehandlungen an (AWMF et al., 2016; Weissinger & Missel, 2012). Hierfür bietet das deutsche Suchthilfesystem ein breites Spektrum an Möglichkeiten. Generell gibt es ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre und stationäre Angebote mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten (AWMF et al., 2016; Dauber et al., 2016). Neben umfassenden Entwöhnungsbehandlungen finden beispielsweise psychopharmakologische Therapien, Adaptionsbehandlungen, Selbsthilfegruppen und psychotherapeutische Interventionen statt (AWMF et al., 2016; Weissinger & Missel, 2012). Generelle Ziele der Postakutbehandlung sind eine Stabilisierung der Abstinenz, eine Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit der Betroffenen sowie eine Reintegration in die Arbeits- und Sozialwelt (AWMF et al., 2016; Fleischmann, 2015). Die allgemeine Wirksamkeit postakuter Interventionsformen gilt als belegt, vor allem bei einem direkten Übergang von einer Akut- zu einer Postakutbehandlung (AWMF et al., 2016). Eine Abstinenz stellt bei abhängigem Konsum das primäre Therapieziel dar. Wenn dies nicht möglich ist oder lediglich ein schädlicher Gebrauch vorliegt, kann auch eine Reduktion der konsumierten Mengen als Therapieziel verfolgt werden (AWMF et al., 2016; Barth, 2016). In jedem Fall wird empfohlen, Komorbiditäten während einer Postakutbehandlung zu beachten und in die Therapie zu inkludieren (AWMF et al., 2016; Weissinger & Missel, 2012).

Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2016) stehen in Deutschland etwa 5100 Plätze für qualifizierte Entzugsbehandlungen, 9500 stationäre und 400 teilstationäre Therapieplätze für Alkohol- und Medikamentenkonsumierende, 7500 Selbsthilfegruppen und 930 Beratungsstellen zur Verfügung. Das Suchthilfesystem darf nicht als starr vorgeschriebener Weg betrachtet werden. Substanzabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, die

immer wieder neue Interventionen erfordert (Barth, 2016; Fleischmann, 2015). Wichtig sind daher in jedem Fall Kooperationen zwischen den einzelnen Einrichtungen, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten (Barth, 2016; Queri et al., 2005).

2.2.2 Entwöhnungstherapie

Die Entwöhnungstherapie ist ein Angebot des deutschen Suchthilfesystems zur Postakutbehandlung (AWMF et al., 2016; Weissinger & Missel, 2012). In Deutschland wurden im Jahr 2015 etwa 59.000 Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutschen Rentenversicherung bewilligt, 77% davon stationär. 64.6% der stationären Entwöhnungstherapien bezogen sich auf eine Alkoholabhängigkeit, 34.1% auf einen Drogenkonsum und 1.2% auf eine Medikamentenabhängigkeit. Im ambulanten Bereich waren 80.5% der bewilligten Therapien aufgrund von Alkohol, 18.5% wegen illegaler Drogen und 1.0% wegen Medikamenten (DBB, 2016; DRV, 2016).

Voraussetzungen für eine Entwöhnungsbehandlung sind eine substanzbezogene Störung mit entsprechender Funktionsbeeinträchtigung sowie eine gewisse Fähigkeit, die Behandlung physisch, psychisch und motivational durchzuhalten (Fleischmann, 2015; Weissinger & Missel, 2012). Außerdem sollte das Primärziel der Abstinenz in realistischer Reichweite liegen, betroffene Personen müssen im Vorfeld einen Entzug absolvieren (Barth, 2016; Fleischmann, 2015). Ob eine Entwöhnungstherapie ambulant, teilstationär oder stationär in Anspruch genommen wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. So spielen die soziale und berufliche Situation, der Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung sowie die allgemeine psychische und physische Stabilität der jeweiligen Personen eine wichtige Rolle (Barth, 2016; DBB, 2016; Fleischmann, 2015).

Die Wirksamkeit der deutschen Entwöhnungstherapien ist vor allem in Bezug auf die Substanz Alkohol gut belegt (Dauber et al., 2016; Fleischmann, 2015; Zobel et al., 2004). So können viele Personen nach erfolgreicher Therapie wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden. Nach zwei Jahren zahlen circa 90% der Betroffenen Beiträge in die Rentenversicherung ein (Beckmann & Naumann, 2014; Köhler, Grünbeck & Soyka, 2007). Außerdem gehen die Fehltage durch Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufhalte deutlich zurück (AWMF et al., 2016). Zudem erreichen 40% der stationären, 45% der teilstationären und 52% der ambulanten RehabilitandInnen das Ziel einer langfristigen Abstinenz (Lange, Neeb & Missel, 2014; Missel, Jung, Herder, Fischer, Bachmeier & Funke, 2014; Schneider, Mielke & Bachmeier, 2014). Diese Differenzen lassen sich jedoch vor allem durch die systematisch unterschiedlich schweren Behandlungsverläufe der PatientInnen erklären (Fleischmann, 2015). Generell wird die

Wirksamkeit einer Entwöhnungstherapie durch einen vorangegangenen, medizinisch begleiteten Entzug deutlich erhöht (Mann, Lemenager & Hoffmann, 2013; Missel et al., 2014).

2.3 Forschungsvorhaben

2.3.1 Hinführung zum Forschungsvorhaben

Der Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (Dauber et al., 2016) beschreibt jedes Jahr umfassend die Beschaffenheit der deutschen Suchthilfe. Medikamente sind hierbei jedoch nicht im Fokus, sie werden lediglich im Tabellenband und als Komorbiditäten anderer substanzbezogener Störungen thematisiert. Für eine explizite und differenzierte Betrachtung scheinen aktuelle Fallzahlen medikamentenbezogener Substanzstörungen, die im Suchthilfesystem Eingang finden, zu gering zu sein. Die Schere zwischen den epidemiologischen Daten und der niedrigen Zahl an Fällen mit MS im deutschen Suchthilfesystem kann als problematisch angesehen werden (Soyka, 2016; Soyka et al., 2005, Weissinger & Missel, 2012).

Mit Anteilen von 90% im ambulanten und 88% im stationären Bereich ist die überwiegende Mehrheit der Institutionen des deutschen Suchthilfesystems auf Alkohol spezialisiert (Dauber et al., 2016). Viele Einrichtungen sind zudem auch auf Personen mit MS ausgerichtet (88% ambulant, 87% stationär; Dauber et al., 2016), es gibt jedoch kaum Therapieprogramme die speziell hierfür zugeschnitten sind (Oude Voshaar, Couvee & Balkom, 2006; Soyka, 2015).

Alkohol und Medikamente weisen zum Teil ähnliche Charakteristika auf, weshalb hier eine hohe Gefahr der Komorbidität besteht (Lindenmeyer, 2005). Sowohl Alkohol, als auch Schlaf-, Beruhigungs-, und Schmerzmitteln wirken auf das zentrale Nervensystem ein und können bei unbedachtem Gebrauch eine physische und psychische Abhängigkeit erzeugen (Bear, Connors & Paradiso, 2009; Lindenmeyer, 2005). Zudem haben beide Substanzen in der Regel zunächst eine angenehme Wirkung, die bei längerfristigem Gebrauch in unangenehme Folgen umschlagen kann (Barth, 2016; Küfner & Soyka, 2017; Lindenmeyer, 2005). Zusätzlich besteht die Gefahr, dass Medikamente zur Linderung alkoholbedingter Entzugserscheinungen verwendet werden, was eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung verstärkt (Guerlais et al., 2015; Lindenmeyer, 2005; Soyka, 2015).

Neben diesen Gemeinsamkeiten bestehen jedoch auch einige Unterschiede zwischen Medikamenten und Alkohol. Alkoholische Getränke sind ein gesellschaftlich anerkanntes Genussmittel, dessen Konsum häufig in sozialen Kontexten und in der Öffentlichkeit geschieht. Medikamente hingegen werden fast immer bewusst aufgrund ihrer Wirkung eingesetzt. Ihr

Konsum geschieht meist allein und im Privaten (Lindenmeyer, 2005; Soyka, 2016). Außerdem ist die Beschaffung von Alkohol legal und im Einzelhandel möglich, während bei einer Medikamentenabhängigkeit auf die Dauer ähnliche Beschaffungsprobleme entstehen wie im Bereich illegaler Drogen (DHS, 2015; Lindenmeyer, 2005). Eine Abhängigkeit kann sich bei einem wiederholten Medikamentengebrauch je nach Substanz sehr schnell entwickeln (Bundesärztekammer, 2007; Soyka, 2015). Ein stetiger Konsum ist allerdings häufig von außen nicht so deutlich erkennbar, wie dies bei einer Alkoholintoxikation der Fall ist (Lindenmeyer, 2005). Auch im Entgiftungsverlauf bestehen Unterschiede. Der körperliche Entzug von Medikamenten dauert für einen längeren Zeitraum an als dies bei Alkohol der Fall ist. So können sich Entzugssymptome über mehrere Wochen ziehen (Bundesärztekammer, 2007; Lindenmeyer, 2005).

Eine Medikamentenabhängigkeit hat somit einige Gemeinsamkeiten, aber auch Differenzen zur Alkoholabhängigkeit. Im Suchthilfesystem stellen Personen mit medikamentenbezogenen Störungen eine Minderheit dar (Lindenmeyer, 2005; Soyka, 2016; Soyka et al., 2005; Weissinger & Missel, 2012), deren spezielle Charakteristika noch nicht ausreichend beforscht wurden (Dauber et al., 2016; Soyka, 2015; Soyka et al., 2005). Die Prognosen für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen sind grundsätzlich relativ gut (Soyka, 2015), ForscherInnen fordern allerdings eine genauere Untersuchung der Thematik (Dauber et al., 2016; Soyka et al., 2005).

2.3.2 Fragestellung

Die vorliegende Studie knüpft an den dargelegten bisherigen Forschungsstand an. Ihr Ziel ist es, einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation von Personen mit MS in Deutschland zu geben. Der Fokus liegt hierbei auf dem Teilbereich der Entwöhnungstherapie für Alkohol- und Medikamentengebrauch. Die Studie befasst sich mit drei Teilaspekten die sich folgendermaßen in Forschungsfragen ausdrücken lassen:

1. Welche Merkmale weisen Personen in einer Entwöhnungstherapie in Bezug auf ihre Soziodemografie, psychiatrischen Diagnosen und Behandlungscharakteristika auf?

2. Unterscheiden sich Personen mit und ohne medikamentenbezogenen Substanzstörungen in Bezug auf ihre Soziodemografie, psychiatrischen Diagnosen und Behandlungscharakteristika?

3. Bestehen Unterschiede innerhalb der Personengruppe mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen abhängig von den jeweils konsumierten Medikamenten bezüglich ihrer Soziodemografie, psychiatrischen Diagnosen und Behandlungscharakteristika?

Der explorative Charakter der Studie lässt für die genannten Forschungsfragen keine gerichteten Hypothesen zu. Ziel der Untersuchung ist es vielmehr, einen detaillierten Einblick in die aktuelle Versorgungssituation der Entwöhnungstherapie im Allgemeinen und für Medikamentenkonsumierende im Speziellen zu geben. Dieser Einblick fächert sich von einem Überblick über die Gesamtstichprobe (1.) auf zu einem Gruppenvergleich von Personen mit und ohne MS (2.) und mündet schließlich in einer genaueren Analyse der Gruppe mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen (3.).

3. Methodik

Die Studie basiert auf einer Sekundäranalyse der Routinedaten einer Berliner Suchtentwöhnungsklinik von 2012 bis 2016.

3.1 Datengenerierung

Die verwendeten Daten stammen aus der Vivantes Hartmut-Spittler-Fachklinik für Entwöhnungstherapie (HSFK), welche in Berlin angesiedelt ist. Die HSFK ist eine Entwöhnungseinrichtung für Alkoholkonsum, Medikamentengebrauch und Mischkonsum mit dem Schwerpunkt Alkohol. Sie umfasst circa 100 Therapieplätze. Es werden stationäre und teilstationäre Therapien sowie eine Kombination beider Formen angeboten. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel zwischen zwölf und sechszehn Wochen. Die Klinik verfolgt ein teilhabeorientiertes Therapiekonzept, das eine möglichst aktive und erfolgreiche Wiedereingliederung der RehabilitandInnen in das soziale Leben und den Arbeitsmarkt zum Ziel hat.

Im Rahmen der Dokumentationsarbeit der Klinik werden Informationen über jede Person gesammelt, die an der Entwöhnungsbehandlung der Klinik teilnimmt. Die Datendokumentation ist über ein computerbasiertes EDV-System zur Datenverwaltung (*PATFAK* von *REDLINE DATA*) organisiert. Ein Teil der von der Klinik dokumentierten Informationen ist die *Basisdokumentation*. Diese wird anhand einer standardisierten Maske innerhalb des EDV-Systems erfasst. Die Routinedaten stammen hauptsächlich aus Selbstauskünften der befragten Personen sowie gegebenenfalls aus vorliegenden Akten früherer Klinikaufenthalte. Die Daten

werden überwiegend von der/dem jeweiligen BezugstherapeutIn in Einzelgesprächen gesammelt und eingegeben. Die TherapeutInnen stammen aus den Bereichen Psychologie, soziale Arbeit und Medizin. Zusätzlich wird die *Basisdokumentation* von anderen MitarbeiterInnen der Klinik aus dem Bereich Pflege ergänzt. Die Erhebung findet über den gesamten Zeitraum der Entwöhnungstherapie statt.

Die *Basisdokumentation* beinhaltet Informationen zu folgenden Kategorien:

1. Basisdaten
2. Verwaltungs-/Zugangsdaten
3. Soziodemografische Angaben
4. Problembereiche
5. Maßnahmen und Interventionen
6. Abschlussdaten

Der für die vorliegende Untersuchung verwendete Datensatz wurde aus der *Basisdokumentation* der HSFK erzeugt. Er umfasste alle Fälle, deren Aufnahmedatum zwischen dem 01.01.2012 bis einschließlich dem 31.12.2016 lagen. Als Fall war jeweils die Zeitspanne der Anwesenheit einer Person in der Klinik zwischen Aufnahme und Entlassung definiert. Dies bedeutet, dass eine Person, die mehrfach in der HSFK aufgenommen wurde, auch mehrere Fälle in dem generierten Datensatz darstellte. Die Zusammenführung der Daten erfolgte durch den Chefarzt der HSFK anhand des verwendeten EDV-Systems *PATFAK*. Der Datensatz wurde in Form eines *Microsoft Excel*-Arbeitsblatts für die Fälle eines jeden Jahres inklusive eines beigefügten Kodierungsschemas an die Autorin dieser Arbeit weitergegeben.

In einem nächsten Schritt wurde der Datensatz aufbereitet. Hierbei wurden zunächst die Datensätze der einzelnen Jahre zusammengefügt. Variablen, die zwar durch das EDV-System *PATFAK* generiert wurden, aber inhaltlich nicht ausgefüllt waren, wurden gelöscht. Anschließend wurden die Daten in die Software *IBM SPSS Statistics Version 21* überspielt. Die Variablennamen und -kodierungen wurden mithilfe des Kodierungsschemas der Basisdokumentation übertragen. Außerdem wurden variierende Kodierungen mit gleichem Inhalt vereinheitlicht.

3.2 Variablenbeschreibung

In einem ersten Schritt wurden die Variablen der *Basisdokumentation* in drei aus der Fragestellung abgeleitete Gruppen eingeteilt: *Soziodemografie (S)*, *Psychiatrische Diagnosen (D)* und *Behandlungscharakteristika (B)*. Die erste Gruppe *Soziodemografie* setzte sich aus den Kategorien *1. Basisdaten* und *3. Soziodemografische Angaben* der *Basisdokumentation* zusammen. Die Kategorie *4. Problembereiche* fand in der Gruppe *Psychiatrische Diagnosen* Eingang. Zudem wurden die Kategorien *2. Verwaltungs-/ Zugangsdaten*, *4. Maßnahmen und Interventionen* und *5. Abschlussdaten* in der Gruppe *Behandlungscharakteristika* zusammengefasst. Thematisch unpassende oder nicht eindeutig definierte bzw. kodierte Variablen wurden ausgeschlossen (*A*).

Die gesamte Übersicht aller Variablen inklusive jeweiliger Kodierungen befindet sich im Anhang Teil B.

3.2.1 Soziodemografie

Diese Gruppe beinhaltete Variablen zu den Angaben *Alter*, *Geschlecht*, *Nationalität*, *Migration*, *Familienstand*, *Kinder*, *Wohnsituation*, *Schulabschluss*, *Bildungsabschluss* und *Erwerbssituation*.

Die Variable *Alter* beschrieb das Lebensalter des jeweiligen Falls zu Beginn der Therapie, bei *Geschlecht* wurde zwischen *männlich* und *weiblich* unterschieden. Die Variable *Nationalität* unterschied zur Vereinfachung der Kodierung und Analyse nur zwischen *deutsch* und *ausländisch*. Zudem gab die Rubrik *Migration* Auskunft über eine mögliche eigene Migration und eine Migration der Eltern. Die Variable *Familienstand* beschrieb den offiziellen, rechtlich geltenden Beziehungsstatus. Der Bereich *Kinder* gliederte sich in zwei Variablen, wobei die Anzahl eigener Kinder unter 18 Jahren erfasst wurde und die Anzahl an Kindern unter 18 Jahren, die im eigenen Haushalt lebten (leiblich und nicht leiblich). Die Variable *Wohnsituation* beschrieb die sozialen Wohnverhältnisse, in denen sich eine Person einen Tag vor Beginn der Therapie befand. Zusätzlich wurden der höchste *Schulabschluss* und der höchste (Aus-)*Bildungsabschluss* erhoben. Der Status der *Erwerbssituation* (*angestellt*, *arbeitslos*, *selbstständig* etc.) wurde für den Zeitpunkt einen Tag vor Behandlungsbeginn erfasst.

3.2.2 Psychiatrische Diagnosen

Diese Gruppe fasste Variablen zusammen, die sich mit den Teilaspekten psychiatrischer Diagnosen beschäftigten. Alle Diagnosen orientierten sich an der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V* (Dilling et al., 2015). Folgende Variablen waren in den Klinikdaten ursprünglich dokumentiert: Diagnosen der *ICD-Klassifikation F10-F19* (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) und *F55.0-F55.2* (schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen), *Polytoxikomanie, ICD F63.0 Diagnose* (pathologisches/ zwanghaftes Spielen), *ICD F50 Diagnose* (Essstörungen) sowie *weitere ICD F Diagnosen*. Zusätzlich wurden die Variablen *ICD F1x Diagnose ZF* aus dem vorhandenen Daten generiert.

Die Variable *ICD F1x Diagnose* erfasste die jeweilige Diagnose für jeden Substanzgebrauch, der in der ICD-Klassifikation (Dilling et al., 2015) zwischen F10 bis F19 und F55 gelistet ist. In der Variable *Polytoxikomanie* wurde erfasst, ob eine Person drei oder mehr Substanzabhängigkeiten gleichzeitig aufwies und somit die Abhängigkeitsstruktur als multipler Substanzgebrauch bezeichnet werden konnte. Die Variablen *ICD F63.0 Diagnose* (pathologisches/ zwanghaftes Spielen), *ICD F50 Diagnose* (Essstörungen) und *weitere ICD F Diagnose* dokumentierten alle weiteren psychiatrischen Diagnosen nach ICD-Schema.

Die Variablen *ICD F1x Diagnose ZF* stellten eine Zusammenfassung (ZF) der Kodierung der Variablen *ICD F1x Diagnose* dar. Tabelle 1 zeigt, wie die Variablen *ICD F1x Diagnose* der F10 bis F19 Diagnosen innerhalb der *Basisdokumentation* kodiert waren. Für diese Arbeit wurden die Kodierungen der Variablen teilweise zusammengefasst und somit vereinfacht. Das geschah, um geplante Analysen nicht zu verkomplizieren und aussagekräftige Ergebnisse zu erreichen. Zum einen wurden die Kodierungen mit dem Status *Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent* (Tabelle 1: Werte 20, 21, 22, 23), sowie die Kodierungen mit dem Status *Abhängigkeit: gegenwärtig Substanzgebrauch* (Tabelle 1: Werte 24, 25, 26) in der Variable *ICD F1x Zusammenfassung* jeweils gebündelt. In einer weiteren Variable (*ICD F1x gesamt*) wurden die einzelnen Substanzen einer Unterkategorie zusammengefasst und dichotom kodiert. Das vereinfachte Kodierungsschema findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 1: *Kodierungsschema der Variablen ‚ICD F1X Diagnose' der F10 bis F19 Diagnosen*

Wert	Beschriftung
0	Keine Diagnose
10	Schädlicher Gebrauch
20	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent
21	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent in schützender Umgebung
22	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent, Teilnahme an ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm
23	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven/hemmenden Mitteln
24	Abhängigkeit: gegenwärtiger Substanzgebrauch
25	Abhängigkeit: ständiger Substanzgebrauch
26	Abhängigkeit: episodischer Substanzgebrauch

Tabelle 2*: Kodierungsschema der Variablen ‚ICD F1x Diagnose ZF' der F10 bis F19 Diagnosen*

Variable	Wert	Beschriftung
ICD F1x Zusammenfassung	0	Keine Diagnose
	10	Schädlicher Gebrauch
	20	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent
	24	Abhängigkeit: gegenwärtig Substanzgebrauch
ICD F1x gesamt	0	Keine Diagnose
	1	Diagnose

3.2.3 Behandlungscharakteristika

In dieser Gruppe befanden sich Variablen zu folgenden Themen: *Therapieform*, *Betreuungsdauer*, *Wiederaufnahme*, *vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfe*, *KostenträgerInnen*, *vermittelnde Instanzen, Art der Beendigung der Therapie*, *Einschätzung der Problematik am Behandlungsende*, sowie *Weitervermittlung am Behandlungsende*.

Die Variable *Therapieform* legte fest, ob die Behandlung *stationär*, *teilstationär* (Tagesklinik) oder als *Kombination* dieser beiden Formen wahrgenommen wurde. Die Variable

Betreuungsdauer erfasste die Dauer des gesamten Klinikaufenthalts in Tagen. Die Variable *Wiederaufnahme* beschrieb, ob die jeweilige Person bereits eine Therapie an der HSFK begonnen hatte. Die *Inanspruchnahme von Suchthilfe* bezog sich hingegen auf jegliche zuvor wahrgenommene Angebote des Suchthilfesystems außerhalb der HSFK. In der Rubrik *KostenträgerInnen* wurde erfasst, wer finanziell für die Therapie aufkam (*Rentenversicherung*, *Krankenversicherung* etc.) und die Variable *vermittelnde Instanzen* beschrieb, welche Institution die Überweisung zur Entwöhnungstherapie tätigte (*Krankenhaus*, *Suchtberatung*, *SelbstmelderIn* etc.). Zusätzlich waren noch einige Variablen zum Behandlungsende dokumentiert. Die *Art der Beendigung der Therapie* beschrieb, ob eine Therapie zeitlich zum Beispiel *regulär* oder *vorzeitig* beendet wurde. Hieran anschließend wurde die *Problematik am Behandlungsende* in *erfolgreich*, *gebessert*, *unverändert* oder *verschlechtert* von den jeweiligen BezugstherapeutInnen eingeschätzt. Die Variable *Weitervermittlung am Behandlungsende* erfasste zudem, ob Personen nach der Therapie an eine weiterführende Suchtbehandlungseinrichtung vermittelt werden konnten.

3.3 Stichprobenbildung

3.3.1 Gesamtstichprobe

Die ursprüngliche Gesamtstichprobe bestand aus N = 1888 Fällen. Es wurden keine Fälle aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen, da diese im klassischen Sinne kaum vorhanden waren. Häufig waren fehlende Werte bereits in das Kodierungsschema der *Basisdokumentation* eingepflegt, wie beispielsweise durch die Kodierung *keine Angabe*. Da diese Kodierung allerdings nicht für jede Variable vorhanden war, war hier keine aussagekräftige Analyse fehlender Werte möglich.

Wiederaufgenommene Fälle konnten identifiziert werden, es war jedoch aufgrund datenschutzrechtlicher Maßnahmen nicht möglich, mehrere Fälle einer Person zuzuordnen. Somit wäre es nur machbar gewesen, Wiederaufnahmen (n=359) zu exkludieren und nicht den zeitlich letzten Fall einer jeden Person zu verwenden. Da Wiederaufnahmen jedoch in der Entwöhnungstherapie einen beträchtlichen Teil der Fälle ausmachen (hier 19% der ursprünglichen Gesamtstichprobe), wurden diese in den verwendeten Stichproben nicht ausgeschlossen. Die Stichprobe sollte so naturalistisch wie möglich gehalten und nicht künstlich verzerrt werden. Somit ergaben sich keine Änderungen an der ursprünglichen Gesamtstichprobe. Sie blieb bei N = 1888 Fällen.

3.3.2 Gruppenbildung

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage sollten die Fälle mit und ohne MS miteinander verglichen werden. In einem ersten Schritt war daher eine Einteilung der Gesamtstichprobe in zwei Gruppen notwendig.

Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen (n = 167)

Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörungen (n = 1659)

Gruppe 1 wurden alle Fälle zugeteilt, die Diagnosen im Bereich F13 oder F55 aufwiesen. In Gruppe 2 befanden sich alle Fälle ohne F13 oder F55 Diagnose. Insgesamt wurden nur Fälle ausgeschlossen, die einen aktuellen Substanzgebrauch (Kodierung *Abhängigkeit: Substanzgebrauch* der Variablen *ICD F Diagnose ZF)* von mindestens einer Substanz aus dem Spektrum der Diagnosen F10 bis F19 aufwiesen (n = 62). Diese Maßnahme wurde vorgenommen, um einen akuten Einfluss von Intoxikation auf die untersuchten Variablen auszuschließen. Ausgenommen war hier lediglich Tabakkonsum (Variable *ICD F17 Diagnose ZF*), da die Entwöhnungstherapie eine Abstinenz nicht bindend forderte sowie der Konsum von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55), da hierfür kein aktueller Substanzgebrauch erfasst wurde. Gruppe 1 bestand somit aus n = 167 Fällen, Gruppe 2 aus n = 1659 Fällen. In Tabelle 3 ist eine Übersicht der Verteilung der F13 und F55 Diagnosen in Gruppe 1 dargestellt. Eine vollständige Aufschlüsselung aller Diagnosen beider Gruppen findet sich im Ergebnisteil sowie im Anhang Teil A.

Tabelle 3: *F13 und F55 Diagnosen der Gruppe 1 (n = 167)*

	Schädlicher Gebrauch		Abhängigkeit: abstinent	
	n	*%**	*n*	*%**
F13 Barbiturate	3	1.8	5	3.0
F13 Benzodiazepine	20	11.0	66	39.5
F13 andere Sedativa, Hypnotika	7	4.2	20	11.0

	n	%*	*n*	%*
F55.0 Antidepressiva	50	29.9	-	-
F55.1 Laxantien	7	4.2	-	-
F55.2 Analgetika	31	18.6	-	-

Anmerkungen: * *Prozentangaben beziehen sich auf die Gruppengröße n= 167*

3.3.3 Subgruppenbildung

Die dritte Forschungsfrage zielte auf eine weiterführende Vertiefung der Analyse ab, indem die Fälle mit unterschiedlichen MS untereinander verglichen werden sollten. Die Teilstichprobe von Gruppe 1 diente hierbei als Grundlage. Hieraus wurden folgende Subgruppen anhand der konsumierten Medikamentenklassen gebildet:

Subgruppe 1a: Fälle mit F13 Benzodiazepine und/oder F13 andere Sedativa/ Hypnotika Diagnosen (n = 83)

Subgruppe 1b: Fälle mit F55.0 Antidepressiva Diagnose (n = 34)

Subgruppe 1c: Fälle mit F55.2 Analgetika Diagnose (n = 16)

Subgruppe 1d: Fälle mit einer Kombination aus F13 Benzodiazepine, F13 andere Sedativa/ Hypnotika, F55.0 Antidepressiva und F55.2 Analgetika Diagnosen (n = 19)

Die Subgruppen beinhalteten alle im verwendeten Datensatz dokumentierten Medikamente, die eine ausreichend große Fallzahl an Diagnosen aufwiesen. Die Diagnosen F13 Barbiturate (n = 8) und F55.1 Laxantien (n = 7) wurden aus diesem Grund aus der Gruppenbildung ausgeschlossen und wurden nur in der Gesamtstichprobe und in Gruppe 1 inkludiert. Generell wurde ein Fall einer der Subgruppen 1a bis 1d zugeordnet, wenn eine Substanzstörung der jeweiligen Medikamente dokumentiert war. Gruppe 1a fasste die Diagnosen F13 Benzodiazepine und F13 andere Sedativa/ Hypnotika zusammen, da die Substanzen in der Regel ähnliche Wirkweisen zeigen (Barth, 2016; Soyka 2016). Somit ergab sich eine Gesamtstichprobengröße von n = 152 zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage, mit den Subgruppenstichproben n = 83 für Gruppe 1a, n = 34 für Gruppe 1b, n = 16 für Gruppe 1c und n = 19 für Gruppe 1d.

3.4 Statistische Datenanalyse

Die statistische Datenanalyse wurde mithilfe der Software *IBM SPSS Statistics Version 21* durchgeführt. Die erste Forschungsfrage zielte auf eine deskriptive Beschreibung der Gesamtstichprobe ab. Die zweite Forschungsfrage erforderte zu ihrer Beantwortung einen Gruppenvergleich zweier unabhängiger Stichproben und die dritte Forschungsfrage einen deskriptiven Gruppenvergleich mehrerer unabhängiger Stichproben.

Es wurden für alle Forschungsfragen Häufigkeitsanalysen zur deskriptiven Beschreibung der Daten verwendet. Ergebnisse wurden als prozentuale Häufigkeiten präsentiert, für metrische Variablen wurden zudem Maße der zentralen Tendenz angegeben (Median (*Mdn*), Mittelwert (*M*) und Standardabweichung (*SD*)). Im Fließtext wurde hierbei immer der Median verwendet, da dieser als robuster gegenüber Ausreißern gilt (Field, 2009). Für die Gruppenanalysen wurden vergleichende Testverfahren angewendet. Da die Prüfung der Verteilungsvoraussetzungen der metrischen Variablen zeigte, dass die Varianzen zwar meist homogen (Levene-Test: $p > 0.05$), die Daten der Subgruppen größtenteils aber nicht normalverteilt waren (Shapiro-Wilk-Test: $p < 0.05$), wurden keine parametrische Verfahren eingesetzt. Stattdessen wurde der non-parametrische Pearson Chi-Quadrat-Tests (χ^2) für kategoriale Daten verwendet. Wenn die Voraussetzungen zur Stichprobengröße (Minimum 80% der erwarteten Häufigkeiten ≥ 5) für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt waren, wurde auf den exakten Fisher Test (χ^2) zurückgegriffen (Field, 2009). Für ordinale und metrische Daten wurde der ebenfalls non-parametrische Mann-Whitney-Test (*U*) für den Vergleich zweier Gruppen bzw. der Kruskal-Wallis-Test (*H*) für Vergleiche von mehr als zwei Gruppen verwendet. Alle genannten Tests vergleichen die Verteilungen innerhalb der Gruppen auf Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede (Field, 2009). Bei $p < 0.05$ wurde von einem signifikanten Unterschied in der Verteilung innerhalb der Gruppen ausgegangen. Für jedes Ergebnis wurde die jeweilige Teststatistik (χ^2, *U*, H), der *p*-Wert und wenn möglich eine zugehörige Effektstärke berichtet. Für den Mann-Whitney-Test wurde die Effektstärke *r* ($r = z/\sqrt{N}$), für den Pearson Chi-Quadrat-Test die Effektstärke Cramer's *V* gewählt. Beide Maße können bei Werten ≥ 0.10 als kleiner Effekt, bei Werten ≥ 0.30 als mittlerer Effekt und bei Werten ≥ 0.50 als großer Effekt interpretiert werden (Cohen, 1992).

4. Ergebnisse

Es werden zunächst soziodemografische Merkmale und anschließend Merkmale bezüglich der psychiatrischen Diagnosen und Behandlungscharakteristika genauer betrachtet. Die Ergebnisse der drei Forschungsfragen werden hierbei pro Variable jeweils in einem Abschnitt gebündelt dargestellt. Der erste Teil eines jeden Abschnitts beschreibt die Gesamtstichprobe (N = 1888), gefolgt von dem Vergleich der Personengruppen mit und ohne medikamentenbezogene Substanzstörungen (Gruppe 1, n = 167; Gruppe 2, n= 1659). Im dritten Teil werden dann die Subgruppen der Gruppe mit MS miteinander verglichen (Gruppe 1a: Benzodiazepin und andere Sedativa/ Hypnotika, n = 83; Gruppe 1b: Antidepressiva, n = 34; Gruppe 1c: Analgetika, n = 16; Gruppe 1d: Kombinationen, n = 19). Die vollständigen Ergebnisse befinden sich zudem im Anhang Teil A.

4.1 Soziodemografie

4.1.1 Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe der RehabilitandInnen zu Behandlungsbeginn lag bei 48 Jahren (Mdn = 48.0, M = 46.7, SD = 10.7). Sie waren überwiegend männlich (72.6 %).

Die Gruppe mit MS war im Mittel ebenfalls 48 Jahre alt (Mdn = 48.0, M = 47.9, SD = 10.7), genauso wie die Gruppe ohne MS (Mdn = 48.0, M = 46.8, SD = 10.7). Es lag kein signifikanter Unterschied vor (U = 133911.0, z = -0.71, p = 0.48, r = -0.02). In Gruppe 1 (MS) waren 51.5% männlich, in Gruppe 2 (ohne MS) waren dies deutlich mehr (74.5%). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war signifikant ($\chi^2(1) = 40.19$, $p < 0.01$, $V = 0.15$). Es bestand ein geringer Effekt.

Im Subgruppenvergleich der Gruppe mit MS lag der Altersdurchschnitt zu Betreuungsbeginn bei den Fällen mit einer F13 Diagnose (1a) bei 49 Jahren (Mdn = 49.0, M = 50.2, SD = 9.8), bei den Fällen mit einer F55.0 Diagnose (1b) bei 47 Jahren (Mdn = 46.5, M = 46.1, SD = 8.5), bei den Fällen mit einer F55.2 Diagnose (1c) bei 44 Jahren (Mdn = 43.5, M = 44.6, SD = 12.9) und bei den Fällen mit einer Kombination dieser Diagnosen (1d) bei 50 Jahren (Mdn = 50.0, M = 50.5, SD = 10.9). Der Unterschied zwischen den Subgruppen war nicht signifikant ($H(3) = 6.4$, $p = 0.92$). Im Subgruppenvergleich der Geschlechterverteilung zeigten sich signifikante Unterschiede von einer geringen Effektstärke ($\chi^2(3) = 10.42$, $p = 0.02$, $V = 0.26$). In

Gruppe 1a waren 62.7% der Fälle männlich, in Gruppe 1b 41.2%, in Gruppe 1c 50.0% und in Gruppe 1d 26.3%. Im Gegensatz zur Gesamtstichprobe bestand somit in der Subgruppe der Analgetikakonsumierenden (1c) ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. In den Subgruppen der Antidepressivakonsumierenden (1b) und der Kombinationskonsumierenden (1d) waren mehr weibliche als männliche Fälle. Die Geschlechterverteilungen der Gesamtstichprobe und der Gruppen- sowie Subgruppenanalyse sind in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

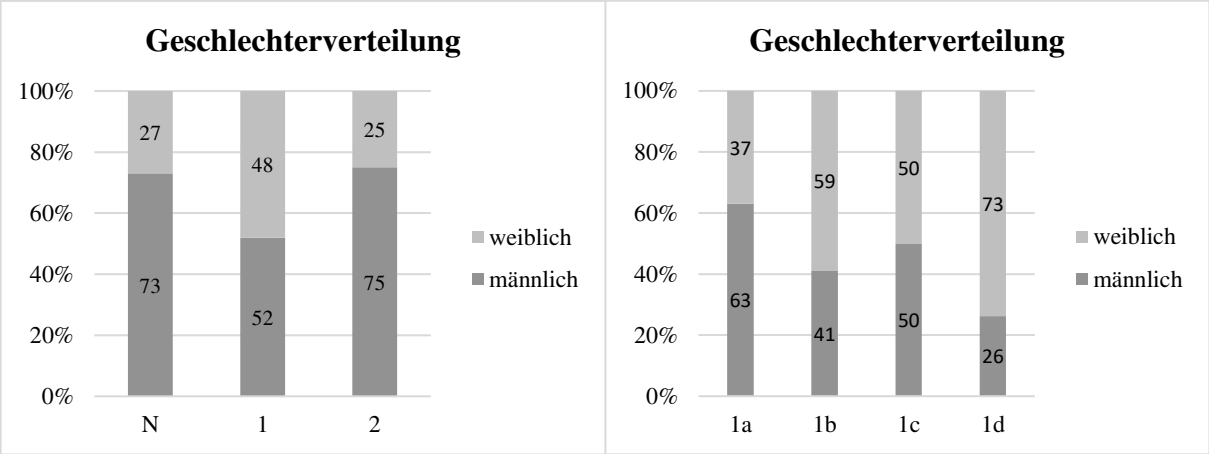

Abbildung 1: *Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe (N), Gruppen und Subgruppen*

4.1.2 Nationalität und Migration

88.9% der Gesamtstichprobe hatten eine deutsche Staatsbürgerschaft. Zusätzlich war dokumentiert, dass 11.3% selbst nach Deutschland immigrierten und in 4.2% der Fälle eine Immigration der Eltern vorlag.

Die Ergebnisse zeigten zudem, dass 85.6% aus Gruppe 1 und 89.3% aus Gruppe 2 die deutsche Staatsbürgerschaft hatten. Der Gruppenunterschied in Bezug auf die Nationalität war nicht signifikant ($\chi^2(1) = 2.05$, $p = 0.15$, $V = 0.03$). Von den Fällen, die eine MS aufwiesen, immigrierten 13.2% selbst nach Deutschland, bei 7.8% waren es die Eltern. In Gruppe 2 immigrierten 11.2% selbst und in 4.0% der Fälle die Eltern. Der Unterschied zwischen der Gruppenzugehörigkeit in Bezug auf eine eigene Migration war nicht signifikant ($\chi^2(1) = 0.58$, $p = 0.45$, $V = 0.02$). Es waren jedoch signifikant mehr Eltern von Fällen mit MS immigriert als Eltern von Fällen ohne MS ($\chi^2(1) = 5.08$, $p = 0.02$, $V = 0.05$)

Die Subgruppenanalyse ist in Abbildung 2 dargestellt. In Gruppe 1a belief sich der Anteil an Fällen mit einer deutschen Staatsbürgerschaft auf 86.7%, in Gruppe 1b auf 97.1%,

in Gruppe 1c auf 75.0% und in Gruppe 1d auf 57.9%. Die Unterschiede waren signifikant, es zeigte sich ein mittlerer Effekt ($\chi^2(3) = 14.29$, $p = 0.01$, $V = 0.32$). In der Subgruppe der Analgetikakonsumierenden war somit der Anteil an Fällen mit deutscher Staatsbürgerschaft am höchsten, in der Subgruppe der Kombinationskonsumierenden am niedrigsten. Es immigrierten 15.7% aus Gruppe 1a, 5.9% aus Gruppe 1b, 6.3% aus Gruppe 1c und 26.3% aus Gruppe 1d selbst. Hier lag kein signifikanter Unterschied vor, es zeigte sich allerdings ein geringer Effekt ($\chi^2(3) = 4.85$, $p = 0.17$, $V = 0.19$). Zudem war eine Immigration der Eltern für Gruppe 1a und 1b in circa 8% der Fälle dokumentiert (1a: 8.4%, 1b: 8.8%), für Gruppe 1c waren es 12.5% der Fälle. In der Gruppe der Kombinationskonsumierenden (1d) betraf dies keinen Fall. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen in Bezug auf eine Immigration der Eltern ($\chi^2(3) = 2.16$, $p = 0.51$, $V = 0.12$).

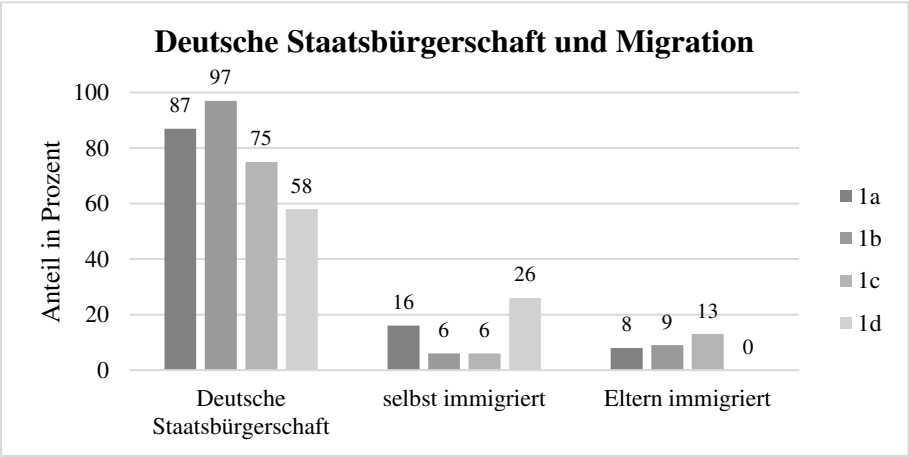

Abbildung 2: *Deutsche Staatsbürgerschaft und Migration der Subgruppen*

4.1.3 Familienstand und Kinder

51.4% der Gesamtstichprobe waren ledig, 24.2% geschieden, 12.2% verheiratet und zusammenlebend und 8.2% verheiratet und getrenntlebend. Zudem hatten 5.8% nach eigenen Angaben ein eigenes Kind unter 18 Jahren, 3.1% zwei Kinder und 0.6% mehr als zwei Kinder. 6.0% lebten mit einem Kind (leiblich oder nicht leiblich) unter 18 Jahren gemeinsam in einem Haushalt, 3.5% mit zwei Kindern und 0.8% mit mehr als zwei Kindern.

Im Gruppenvergleich war in beiden Gruppen der größte Anteil ledig (1: 34.1%, 2: 52.2%). Zudem waren 29.3% der Fälle mit MS und 23.7% der Fälle ohne MS geschieden.

Verheiratet und zusammenlebend waren 15.0% (1) bzw. 11.9% (2) und verheiratet und getrennt lebend waren circa 8% beider Gruppen (1: 7.8%, 2: 8.2%). Der Unterschied im Familienstand zwischen den zwei Gruppen war nicht signifikant ($\chi^2(5) = 6.59$, $p = 0.25$, $V = 0.06$). Circa 90% der Fälle mit MS und ohne MS hatten keine eigenen Kinder (1: 89.8%, 2: 90.9%). 6.6% (1) bzw. 5.7% (2) hatten ein Kind unter 18 Jahren und 3.6% (1) bzw. 2.8% (2) hatten zwei Kinder. Zudem war dokumentiert, dass kein Fall aus Gruppe 1 und 0.7% aus Gruppe 2 drei oder mehr Kinder hatte. Zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 lag kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die durchschnittliche Anzahl eigener Kinder vor ($U = 135549.5$, $z = -0.80$, $p = 0.44$, r = -0.02). Ebenso verhielt es sich mit der durchschnittlichen Anzahl an Kindern, die im eigenen Haushalt lebten ($U = 135806.0$, $z = -0.90$, $p = 0.37$, r = -0.02). 89.2% der Fälle mit MS und 91.2% der Fälle ohne MS lebten ohne Kinder in ihrem Haushalt, 4.8% (1) bzw. 5.9% (2) lebten mit einem Kind unter 18 Jahren zusammen und 6.0% (1) bzw. 2.9% (2) mit zwei Kindern.

Im Subgruppenvergleich der Gruppe 1 waren die meisten Fälle ledig (1a: 42.2%, 1b: 44.1%, 1c: 56.3%). Eine Ausnahme bildeten die Kombinationskonsumierenden (10.5% ledig), hier waren die meisten Fälle geschieden (36.8%). Ebenfalls geschieden waren 31.1% der Benzodiazepin- bzw. Sedativa- oder Hypnotikakonsumierenden, genauso wie 23.5% der Antidepressivakonsumierenden und 37.5% der Analgetikakonsumierenden. Stärkere Schwankungen zeigten sich zwischen den Subgruppen im Anteil der verheirateten Fälle (zusammen- und getrenntlebend - 1a: 19.3%, 1b: 32.3%, 1c: 0.0%, 1d: 47.4%). Insgesamt war der Unterschied im Familienstand zwischen den Subgruppen nicht signifikant, es lag ein kleiner Effekt vor ($\chi^2(12) = 20.20$, $p = 0.06$, $V = 0.21$). Zudem bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich der durchschnittlichen Anzahl eigener Kinder ($H(3) = 6.4$, $p = 0.57$) und der durchschnittlichen Anzahl an Kindern, die im eigenen Haushalt lebten ($H(3) = 2.2$, $p = 0.55$). Den größten Anteil an Fällen mit eigenen Kindern gab es unter den Kombinationskonsumierenden (1a: 8.6%, 1b: 7.8%, 1c: 0.0%, 1d: 10.5%). Der Anteil an Fällen mit Kindern unter 18 Jahren im eigenen Haushalt war in der Subgruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden am höchsten (1a: 10.8%, 1b: 8.8%, 1c: 0.0%, 1d: 10.5%).

4.1.4 Wohnsituation

Die überwiegende Mehrheit der RehabilitandInnen wohnte einen Tag vor Behandlungsbeginn selbstständig (69.1%). Zudem befanden sich 15.5% der Fälle bereits in einer (Fach-)Klinik oder stationären Rehabilitation. 6.5% wohnten bei anderen Personen und 2.3% befanden sich im ambulant betreuten Wohnen.

Die Gruppenanalyse zeigte, dass circa 70% in beiden Gruppen selbständig wohnten (1: 73.7%, 2: 69.1%) und sich 17.4% (1) bzw. 15.4% (2) in einer Klinik oder stationären Rehabilitation befanden. Außerdem lebten 5.4% der Fälle mit MS und 6.4% ohne MS bei anderen Personen und etwa 2% (1: 1.8%, 2: 2.2%) wurden an ihrem Wohnort ambulant betreut. Der Unterschied in der Wohnsituation zwischen den Gruppen war nicht signifikant ($\chi^2(9) = 7.30$, $p = 0.55$, $V = 0.07$).

Im Subgruppenvergleich zeigte sich ein ähnliches Bild. Dieses ist in Abbildung 3 veranschaulicht. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen mit MS in Bezug auf die Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn, es zeigte sich allerdings ein kleiner Effekt ($\chi^2(18) = 19.01$, $p = 0.36$, $V = 0.21$).

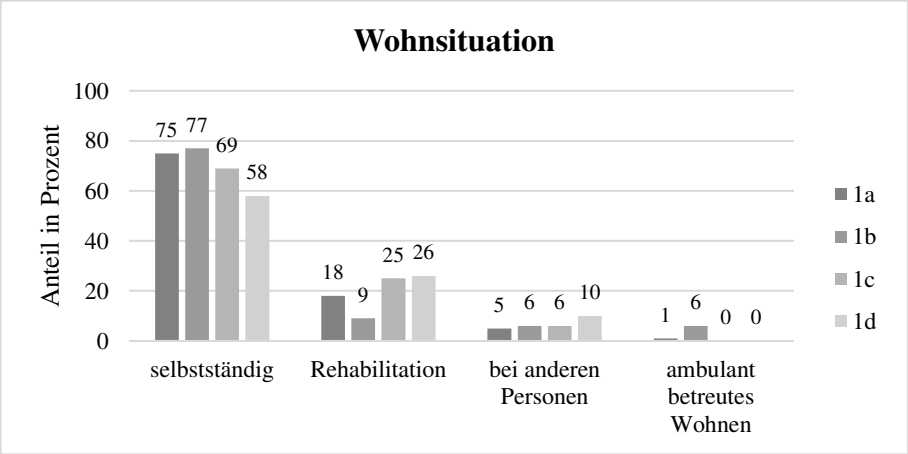

Abbildung 3: *Wohnsituation der Subgruppen am Tag vor Behandlungsbeginn*

4.1.5 Schul- und Bildungsabschluss

Als höchsten Schulabschluss gaben 41.7% der Gesamtstichprobe einen Realschulabschluss an, 28.6% einen Haupt- oder Volksschulabschluss, 19.8% eine (Fach-)Hochschulreife und 2.5% einen Sonderschulabschluss. 6.4% hatten keinen Schulabschluss. Zusätzlich hatten 58.3% eine abgeschlossene Lehrausbildung, 9.3% einen Hochschulabschluss und 2.3% einen Meisterabschluss. 27.1% hatten keinen weiteren Ausbildungsabschluss.

Im Gruppenvergleich war der Anteil an Fällen mit Realschulabschluss in der Gruppe mit MS höher (1: 47.3%, 2: 41.3%) und der Anteil an Fällen mit Haupt- oder Volksschulabschluss etwa gleich (1: 26.3%, 2: 26.0%). 16.2% mit MS und 20.3% ohne MS hatten eine

(Fach-)Hochschulreife und 1.2% (1) bzw. 2.7% (2) einen Sonderschulabschluss. In beiden Gruppen sind circa 6% ohne Schulabschluss abgegangen (1: 6.0%, 2: 6.3%). Insgesamt war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf den höchsten Schulabschluss nicht signifikant ($\chi^2(6) = 10.66$, $p = 0.09$, $V = 0.01$). Im Hinblick auf den höchsten Bildungsabschluss zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied ($\chi^2(6) = 6.18$, $p = 0.37$, $V = 0.06$). 53.3% (1) bzw. 59.4% (2) hatten eine abgeschlossene Lehrausbildung, 12.6% (1) bzw. 9.2% (2) einen Hochschulabschluss und 1.2% (1) bzw. 2.3% (2) einen Meisterabschluss. Auch der prozentuale Anteil an Fällen ohne weiteren Abschluss war etwa gleich (1: 28.7%, 2: 26.3%).

Die Schul- und Bildungsabschlüsse der Subgruppen mit MS sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Der größte Anteil der Subgruppen 1a, 1b und 1c hatte einen Realschulabschluss, in der Subgruppe 1d hatte die Mehrheit einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Zudem stellte eine abgeschlossene Lehrausbildung in allen Subgruppen den größten Anteil weiterer Bildungsabschlüsse dar. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen in Bezug auf die Verteilung der Schulabschlüsse, es konnte allerdings ein kleiner Effekt gezeigt werden ($\chi^2(15) = 19.40$, $p = 0.11$, $V = 0.21$). Genauso gestaltete sich der Unterschied in der Verteilung der Bildungsabschlüsse ($\chi^2(12) = 11.32$, $p = 0.43$, $V = 0.16$).

Tabelle 4: *Schul- und Bildungsabschlüsse der Subgruppen*

	Subgruppen*				Teststatistik			
	1a	*1b*	*1c*	*1d*	*p*	χ^2**	*df*	*V*
Schulabschlüsse					0.11	19.40	15	0.21
(Fach-)Abitur	18.1	17.6	12.5	15.8				
Realschule	43.4	61.8	37.5	31.6				
Haupt-/Volksschule	26.5	8.8	37.5	52.6				
Sonderschule	1.2	2.9	0.0	0.0				
Kein Schulabschluss	4.8	8.8	12.5	0.0				
Bildungsabschlüsse					0.43	11.32	12	0.16
Hochschulabschluss	13.3	14.7	6.3	15.8				
Meisterabschluss	1.2	2.9	0.0	0.0				
Lehrausbildung	56.6	55.9	43.8	52.6				
Kein weit. Abschluss	26.5	14.7	43.8	31.6				

Anmerkungen: * *Anteile in Prozent, Subgruppengrößen 1a = 83, 1b = 34, 1c = 16, 1d = 19*
** *Exakter Test nach Fisher*

4.1.6 Erwerbssituation

In Abbildung 4 ist die Erwerbssituation der Gesamtstichprobe sowie der Gruppen und Subgruppen einen Tag vor Behandlungsbeginn gebündelt dargestellt. In der Gesamtstichprobe waren 59.7% arbeitslos und bezogen Arbeitslosengeld (ALG) I oder II. Die zweitgrößte Gruppe stellten Angestellte und Beamte dar (23.3%). An dritter Stelle folgten berentete bzw. pensionierte Fälle mit 11.1%. Zudem waren 1.7% der Gesamtstichprobe selbstständig.

In Gruppe 1 waren 54.5% der Fälle arbeitslos und bezogen ALG, in Gruppe 2 war der Anteil mit 59.6% etwas höher. Das Gleiche galt für den Unterschied zwischen den Anteilen an angestellten und verbeamteten Fällen (1: 20.4%, 2: 24.0%). Hingegen waren prozentual mehr Fälle mit MS als ohne MS im Ruhestand (1: 18.6%, 2: 10.6%). Zusätzlich waren 1.2% (1) bzw. 1.7% (2) freiberuflich. Insgesamt bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Verteilung der Erwerbssituation ($\chi^2(10) = 19.48$, $p = 0.04$, $V = 0.10$).

In der Subgruppenanalyse zeigte sich ein ähnliches Bild. Der Anteil an Fällen, die arbeitslos waren, war in der Subgruppe der Analgetikakonsumierenden mit 68.8% am höchsten (1a: 55.5%, 1b: 50.0%, 1c: 68.8%, 1d: 47.4%). Hingegen hatte die Subgruppe der Antidepressivakonsumierenden mit 32.4% den größten Anteil an verbeamteten bzw. angestellten Fällen (1a: 20.5%, 1b: 32.4%, 1c: 12.5%, 1d: 10.5%). Die Kombinationskonsumierenden hatten mit 31.6% den größten Anteil an berenteten und pensionierten Fällen (1a: 20.5%, 1b: 5.9%, 1c: 12.5%, 1d: 31.6%) sowie mit 5.3% den größten Anteil an Selbständigen (1a: 1.2%, 1b: 0.0%, 1c: 0.0%, 1d: 5.3%). Die Unterschiede zwischen den Subgruppen waren nicht signifikant, es bestand ein kleiner Effekt ($\chi^2(21) = 23.27$, $p = 0.33$, $V = 0.23$).

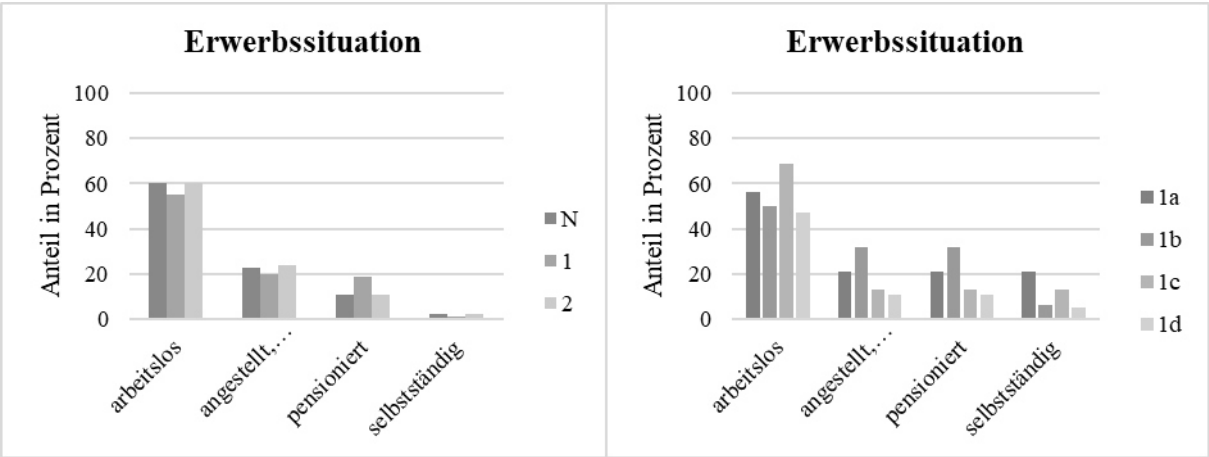

Abbildung 4: *Erwerbssituation der Gesamtstichprobe, Gruppen und Subgruppen am Tag vor Behandlungsbeginn*

4.2 Psychiatrische Diagnosen

4.2.1 ICD F1 und F55 Diagnosen

Die vollständige Übersicht der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Gesamtstichprobe ist der Abbildung 5 zu entnehmen. Insgesamt hatten 99.0% eine F10 Diagnose (Alkohol). Es wurden bei 0.8% ein schädlicher Gebrauch, bei 97.1% eine Abhängigkeit mit gegenwärtiger Abstinenz und bei 1.1% eine Abhängigkeit mit gegenwärtigem Substanzgebrauch diagnostiziert. Zusätzlich hatten 81.6% eine Diagnose im Bereich Tabakkonsum (F17), in den meisten Fällen mit einem gegenwärtigen Substanzgebrauch (8.6% schädlicher Gebrauch; 4.6% Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent; 68.4% Abhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch). Die drittgrößte Kategorie substanzbezogener Störungen betraf die Cannabinoide (F12: 22.9%). Hier hatten 7.3% einen schädlichen Gebrauch, 14.5% eine Abhängigkeit mit gegenwärtiger Abstinenz und 1.1% eine Abhängigkeit mit gegenwärtigem Substanzgebrauch. Zusätzlich war in 10.4% der Fälle eine F14 Diagnose (Kokain) und in 8.5% der Fälle eine F15 Diagnose (Stimulanzien) dokumentiert. Außerdem hatten 6.5% eine F13 Diagnose, darunter 0.5% bezüglich Barbituraten (0.2% schädlicher Gebrauch; 0.3% Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent). Den größten Anteil machten innerhalb der Sedativa und Hypnotika allerdings mit 5.0% die Diagnosen zu Benzodiazepin aus (1.1% schädlicher Gebrauch; 3.7% Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent; 0.2% Abhängigkeit, Substanzgebrauch). 1.7% hatten zudem eine Diagnose bezüglich anderer Sedativa oder Hypnotika (0.5% schädlicher Gebrauch; 1.1% Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent; 0.1% Abhängigkeit, gegenwärtig Substanzgebrauch).

Mit Blick auf den schädlichen Gebrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen (F55) hatten 2.8% eine F55.0 Diagnose (Antidepressiva), 0.4% eine F55.1 Diagnose (Laxantien) und 1.7% eine F55.2 Diagnose (Analgetika).

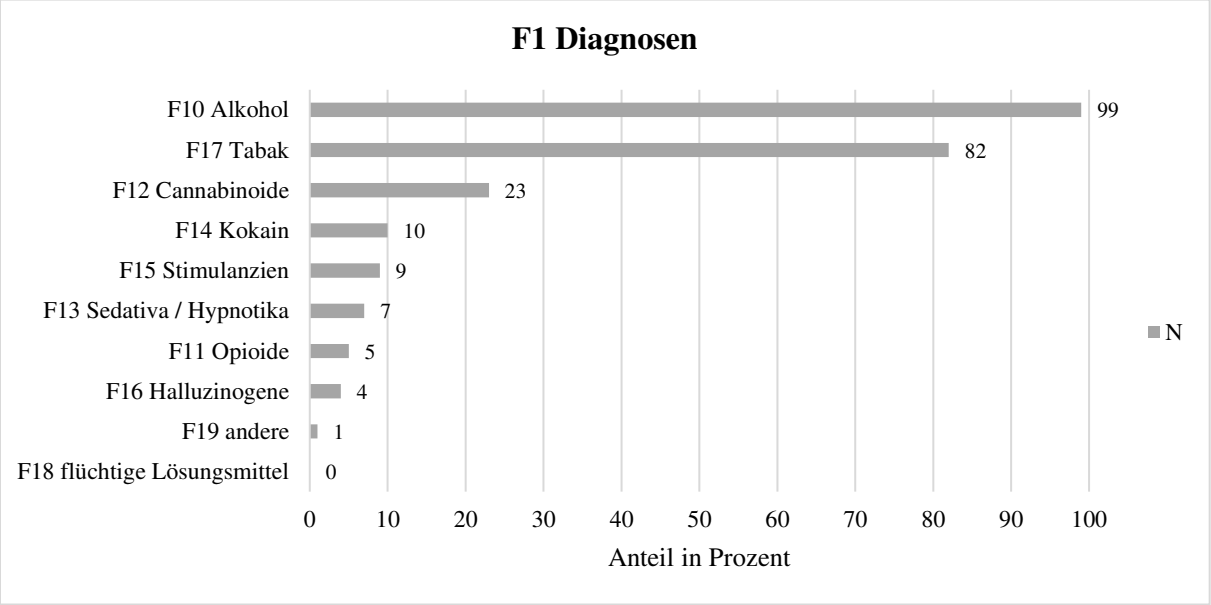

Abbildung 5*: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Gesamtstichprobe*

Abbildung 6 fasst den Gruppenvergleich der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zusammen. In der Gruppe mit MS hatten 4.2% einen schädlichen Gebrauch von Alkohol, in der Gruppe ohne MS waren es 0.5%. Dagegen hatten 87.4% in der Gruppe mit MS und 99.2% in der Gruppe ohne MS eine Alkoholabhängigkeit (gegenwärtig abstinent). Die Unterschiede in der Verteilung der F10 Diagnosen zwischen den Gruppen waren insgesamt signifikant mit einem geringen Effekt ($\chi^2(2) = 65.97$, $p < 0.01$, $V = 0.26$). Ein schädlicher Tabakgebrauch war in 12.6% der Fälle aus Gruppe 1 und 8.3% der Fälle aus Gruppe 2 dokumentiert. Abhängig, aber abstinent waren circa 5% beider Gruppen (1: 5.4%, 2: 4.7%), abhängig und konsumierend waren 54.5% der Fälle mit MS und 69.1% der Fälle ohne MS. Die Unterschiede in der Verteilung waren signifikant ($\chi^2(3) = 15.74$, $p < 0.01$, $V = 0.09$). In Bezug auf Cannabinoide (F12) hatten deutlich mehr Fälle mit MS eine Diagnose als Fälle ohne MS (schädlicher Gebrauch – 1: 10.2%, 2: 7.1%; Abhängigkeit, abstinent – 1: 21.0%, 2: 13.9%). Es bestand ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(2) = 9.20$, $p = 0.01$, $V = 0.07$). Zusätzlich lagen signifikant mehr Diagnosen für die Gruppe mit MS bezüglich Kokain (F14 - 1: 16.2%, 2: 8.9%, $\chi^2(2) = 9.30$, $p = 0.01$, $V = 0.07$), anderer Stimulanzien (F15 – 1: 4.8%, 2: 0.9%; $\chi^2(2) = 13.89$, $p < 0.01$, $V = 0.10$), Heroin (F11 – 1: 5.4%, 2: 2.7%; $\chi^2(2) = 12.33$, $p = 0.02$, $V = 0.10$), anderer Opiate (F11 – 1: 9.0%, 2: 1.1%; $\chi^2(2) = 35.54$, $p < 0.01$, $V = 0.19$) und LSD (F16 – 1: 6.0%, 2: 2.6%, $\chi^2(2) = 10.19$, $p < 0.01$, $V = 0.09$) vor.

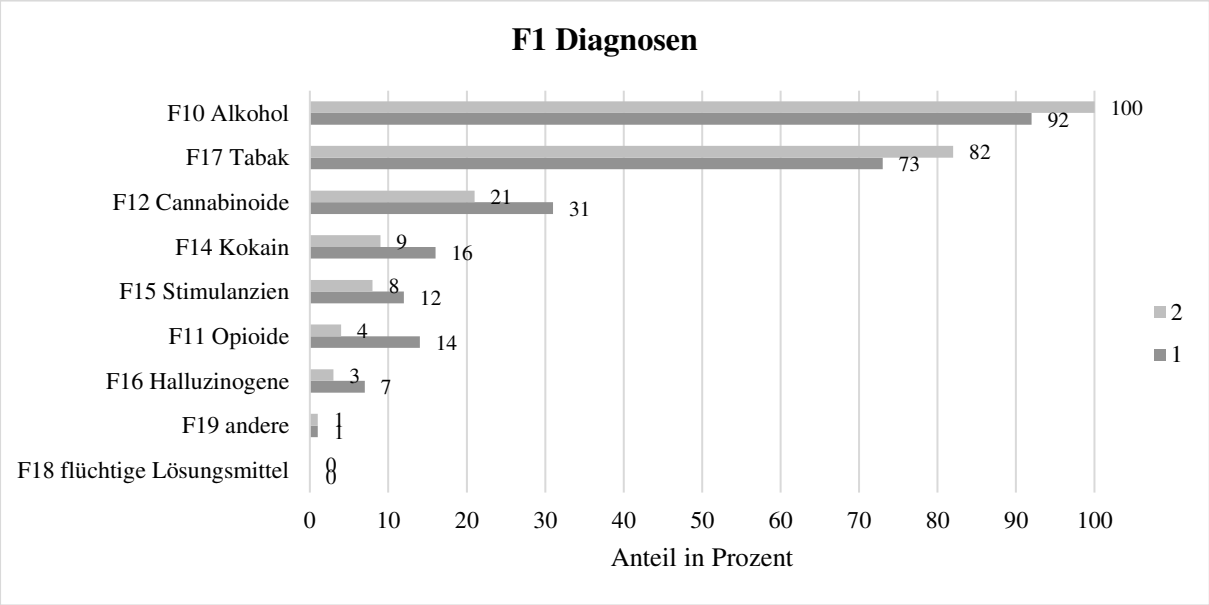

Abbildung 6*: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Gruppen*

Alle psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Subgruppen inklusive Teststatistik sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Im Subgruppenvergleich zeigten sich deutliche Unterschiede in den F10 Diagnosen (Alkohol), sowohl im schädlichen Gebrauch (1: 3.6%, 2: 2.9%, 3: 0.0%, 4: 10.5%) als auch in der Abhängigkeit mit aktueller Abstinenz (1: 86.7%, 2:97.1%, 2: 100%, 4: 63.2%). Diese waren insgesamt signifikant, mit einem geringen Effekt ($\chi^2(6) = 13.63$, $p = 0.01$, $V = 0.23$). In Bezug auf Tabak (F17) hatten 73.5% der Benzodiazepin- bzw. andere Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden, 61.8% der Antidepressivakonsumierenden, 81.3% der Analgetikakonsumierenden und 73.7% der Kombinationskonsumierenden eine Diagnose. Der Unterschied war nicht signifikant und hatte eine kleine Effektstärke ($\chi^2(3) = 2.54$, $p = 0.47$, $V = 0.13$). Mit Blick auf die F12 Diagnosen (Cannabinoide) hatten in Gruppe 1a und Gruppe 1c 12.0% bzw. 12.5% einen schädlichen Gebrauch, in Gruppe 1b und 1d waren es 5.9% bzw. 5.3%. Eine Abhängigkeit mit gegenwärtiger Abstinenz hatten 16.5% (1a), 11.8% (1b) bzw. 6.3% (1c) und 15.8% (1d). Die dokumentierten Unterschiede im Cannabinoidkonsum waren nicht signifikant ($\chi^2(6) = 7.47$, $p = 0.25$, $V = 0.17$). Zusätzlich bestanden signifikante Unterschiede im Opioidgebrauch (F11), mit dem höchsten Anteil an Diagnosen in der Subgruppe der Kombinationskonsumierenden und dem geringsten Anteil unter den Antidepressivakonsumierenden (1a: 15.7%, 1b: 2.9%, 1c: 6.3%, 1d: 36.8%; $\chi^2(3) = 10.97$, $p < 0.01$, $V = 0.28$).

Tabelle 5*: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen der Subgruppen*

	Subgruppen*						
	1a	*1b*	*1c*	*1d*	χ^2 **	*p*	*V*
F10 Alkohol	90.4	100	100	73.7	10.44	0.01	0.29
F11 Opioide	15.7	2.9	6.3	36.8	10.97	0.01	0.29
F12 Cannabinoide	38.6	17.6	18.8	21.1	6.67	0.08	0.22
F14 Kokain	20.5	8.8	6.3	5.3	4.49	0.21	0.19
F15 Stimulanzien	13.3	8.8	6.3	0.0	2.83	0.40	0.15
F16 Halluzinogene	10.8	0.0	6.3	0.0	5.30	0.10	0.20
F 17 Tabak	73.5	61.8	81.3	73.7	2.40	0.51	0.13

Anmerkungen: * *Anteile in Prozent, Subgruppengrößen 1a = 83, 1b = 34, 1c = 16, 1d = 19*
** *Exakter Test nach Fisher*

4.2.2 Polytoxikomanie

Insgesamt hatten 12.2% der Gesamtstichprobe die Diagnose eines multiplen Substanzmissbrauchs. Diese Diagnose wurde vergeben, wenn mindestens drei Diagnosen aus dem Bereich F10 bis F19 vorlagen.

In der Gruppe mit MS befanden sich signifikant mehr Fälle mit Polytoxikomanie als in der Gruppe ohne MS (1: 22.8%, 2: 10.1%; $\chi^2(2) = 25.57$, $p < 0.01$, $V = 0.12$).

Auch im Subgruppenvergleich war der Unterschied signifikant ($\chi^2(6) = 15.54$, $p = 0.01$, $V = 0.23$). Hier hatten 30.1% aus Subgruppe 1a, 5.9% aus Subgruppe 1b, 6.3% aus Subgruppe 1c und 21.1% aus Subgruppe 1d einen multiplen Substanzgebrauch.

4.2.3 ICD F63.0 und F50 Diagnosen

In der Gesamtstichprobe hatten 3.8% eine Diagnose bezüglich pathologischem Spielen (F63.0), wovon sich etwa die Hälfte (1.6%) auf Geldspielautomaten bezog. Zusätzlich war in 2.8% der Fälle eine Essstörung (F50) dokumentiert. Die größten Anteile stellten hier Bulimia nervosa (1.4%) und Anorexia nervosa (0.6%) dar.

Im Gruppenvergleich hatten 5.4% der Gruppe mit MS und 3.6% der Gruppe ohne MS eine F63.0 Diagnose. In Gruppe 1 war es hauptsächlich das Spielen an Geldspielautomaten (3.6%), in Gruppe 2 waren es ebenfalls Geldspielautomaten (1.3%), aber auch andere Sorten

an Spielen (1.3%). Insgesamt bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen ($\chi^2(6) = 14.66$, $p = 0.02$, $V = 0.11$). In der Gruppe mit MS hatten prozentual mehr Fälle eine Essstörung (7.2%) als in der Gruppe ohne MS (2.3%). Hierbei stellte die Diagnose Bulimia nervosa in beiden Gruppen den größten Anteil dar (1: 4.8%, 2: 1.0%). Der Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne MS war signifikant und zeigte einen kleinen Effekt ($\chi^2(6) = 17.52$, $p < 0.01$, $V = 0.11$).

In den Subgruppen waren 3.6% der F13 Konsumierenden, 1.8% der Antidepressivakonsumierenden, 6.2% der Analgetikakonsumierenden und 5.3% der Kombinationskonsumierenden von pathologischem bzw. zwanghaftem Spielen betroffen. Hier war kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen vorhanden ($\chi^2(6) = 7581$, $p = 0.31$, $V = 0.13$). Es bestand ebenfalls kein signifikanter Unterschied bezüglich der F50 Diagnosen ($\chi^2(6) = 6.01$, $p = 0.28$, $V = 0.14$). Gruppe 1d hatte mit 15.8% den größten Anteil an Essstörungen, in Gruppe 1b war kein Fall mit einer Essstörung dokumentiert (1a: 6.0%, 1b: 0.0%, 1c: 6.2%, 15.8%).

4.2.4 Weitere ICD F Diagnosen

In der Gesamtstichprobe hatten 31.7% eine F6 Diagnose. Den größten Anteil machten hier mit 27.7% die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60) aus. Außerdem hatten 2.3% eine F2 Diagnose (0.7% Schizophrenie, 0.6% induzierte wahnhafte Störung), 10.4% eine affektive Störung (F3) (5.1% rezidivierende depressive Störung, 3.4% depressive Episode) und 4.3% eine F4 Diagnose (1.2% Anpassungsstörung, 1.3% phobische Störung). 0.7% hatten zudem eine Intelligenzminderung (F7).

In der Gruppe mit MS hatten 34.1% eine F6 Diagnose (28.1% F60), in der Gruppe ohne MS waren es 31.2% (27.5% F60). Die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant ($\chi^2(5) = 5.06$, $p = 0.43$, $V = 0.05$). Auch im Bereich der F2 Diagnosen gab es keinen signifikanten Unterschied (1: 1.2%, 2: 2.5%; $\chi^2(6) = 1.75$, $p = 0.95$, $V = 0.03$). Eine affektive Störung hatten 22.8% der Fälle mit MS (9.6% rezidivierende depressive Störung, 9.0% depressive Episode) und 9.3% der Fälle ohne MS (4.8% rezidivierende depressive Störung, 3.0% depressive Episode). Hier lag ein signifikanter Unterschied vor ($\chi^2(5) = 28.61$, $p < 0.01$, $V = 0.13$), genauso wie im Bereich der F4 Diagnosen ($\chi^2(7) = 45.34$, $p < 0.01$, $V = 0.18$). In der Gruppe mit MS hatten 15.0% eine F4 Diagnose (4.2% phobische Störung, 4.8% andere Angststörung), in der Gruppe ohne MS waren es hingegen 3.2% (1.0% phobische Störung, 1.0% Anpassungsstörung).

Die ICD F Diagnosen der Subgruppen inklusive Vergleichsstatistik sind in Tabelle 6 aufgelistet. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich bei den affektiven Störungen.

Hier hatten 15.7% der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden eine F3 Diagnose sowie 38.2% der Antidepressivakonsumierenden, 6.2% der Analgetikakonsumierenden und 42.1% der Kombinationskonsumierenden.

Tabelle 6: *weitere ICD F Diagnosen der Subgruppen*

	Subgruppen*						
	1a	1b	1c	1d	χ^2 **	*p*	*V*
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.2	2.9	0.0	0.0	6.07	0.70	0.12
F3 Affektive Störungen	15.7	38.2	6.2	42.1	19.50	0.01	0.22
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11.8	17.6	12.5	26.3	17.81	0.13	0.22
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	28.9	32.4	43.7	36.8	3.36	0.77	0.10

Anmerkungen: ** Anteile in Prozent, Subgruppengrößen 1a = 83, 1b = 34, 1c = 16, 1d = 19*
*** Exakter Test nach Fisher*

4.3 Behandlungscharakteristika

4.3.1 Therapieform und Betreuungsdauer

Die Therapieform der Gesamtstichprobe sowie der Gruppen und Subgruppen ist in Abbildung 7 veranschaulicht. In der vorliegenden Gesamtstichprobe befanden sich 72.7% in stationärer Behandlung, 6.5% in teilstationärer Behandlung und 20.9% in einer Kombinationsbehandlung (zunächst stationär, dann teilstationär). Im Mittel dauerte die Entwöhnungstherapie 84 Tage, was exakt 12 Wochen und somit der regulären Therapiezeit entsprach (*Mdn* = 84.0, *M* = 73.7, *SD* = 30.5). Jeweils 12.5% der Fälle lagen unter 28 Tagen und über 105 Tagen Aufenthaltsdauer in der HSFK.

Im Gruppenvergleich waren 79.0% der Fälle mit MS und 71.8% der Fälle ohne MS in stationärer Behandlung, circa 5% waren in teilstationärer Behandlung (1: 4.8%, 2: 6.4%) und 16.2% (1) bzw. 21.8% (2) in einer Kombinationsbehandlung. Insgesamt bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Verteilung der Therapieform ($\chi^2(2) = 4.00$, $p = 0.14$, $V = 0.05$). In der Gruppe mit MS betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 83 Tage (*Mdn* = 83.0, *M* = 67.5, *SD* = 33.6), in der Gruppe ohne MS waren es durchschnittlich 84 Tage (*Mdn* = 84.0, *M* = 75.0, *SD* = 29.9). Allerdings betrug die Behandlungsdauer in

Gruppe 1 in jeweils 25% der Fälle unter 38 und über 87 Tage, in Gruppe 2 waren es jeweils 25% der Fälle unter 60 und über 91 Tage. Die Verteilung der Behandlungsdauer innerhalb der Gruppen unterschied sich daher signifikant *(U* =121010.0, z = -2.74, p = 0.01, r = -0.06).

Mit Blick auf die Subgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, es bestand ein geringer Effekt ($\chi^2(6) = 7.43$, $p = 0.22$, $V = 0.17$). In der Gruppe der Analgetikakonsumierenden befand sich der größte Anteil an Fällen in stationärer Behandlung (1a: 73.5%, 1b: 88.2%, 1c: 93.8%, 1d: 73.7%), hingegen waren nur in den Subgruppen der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden und der Antidepressivakonsumierenden Fälle in teilstationärer Behandlung dokumentiert (1a: 6.0%, 1b: 5.9%, 1c: 0.0%, 1d: 0.0%). Der größte prozentuale Anteil an Kombinationsbehandlungen fand sich in der Gruppe der Kombinationskonsumierenden (1a: 20.5%, 1b: 5.9%, 1c: 6.3%, 1d: 26.3%). In der Subgruppe der Benzodiazepin- bzw. Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 81 Tage, bei den anderen drei Subgruppen waren es 84 Tage (1a: *Mdn* = 81.0, *M* = 66.5, *SD* = 33.8; 1b: *Mdn* = 84.0, *M* = 68.6, *SD* = 31.2; 1c: *Mdn* = 84.0, *M* = 65.5, *SD* = 36.2; 1d: *Mdn* = 84.0, *M* = 82.1, *SD* = 30.7). Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Verteilung ($H(3) = 3.49$, $p = 0.33$).

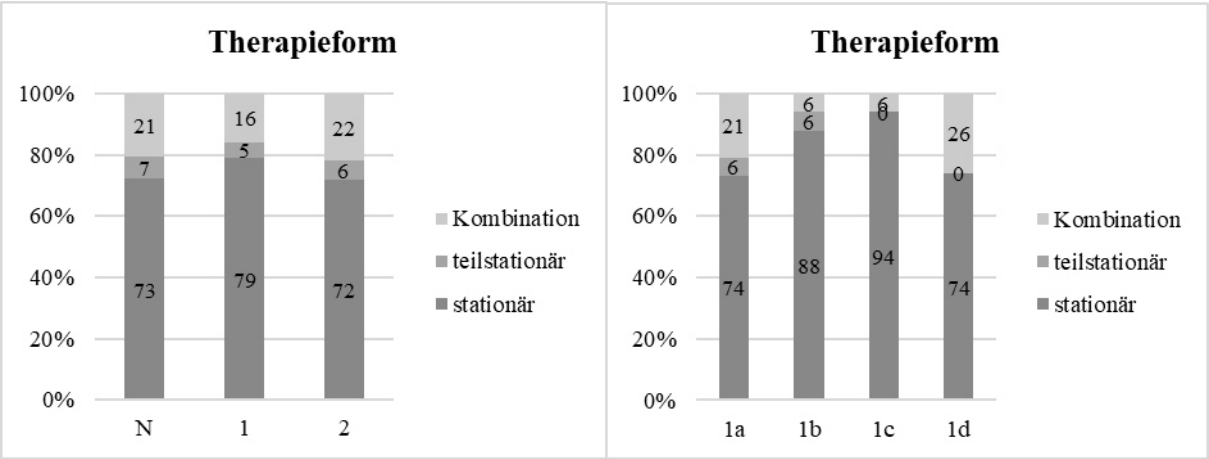

Abbildung 7: *Therapieform der Gesamtstichprobe, Gruppen und Subgruppen*

4.3.2 Wiederaufnahme und vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfe

In den meisten Fällen wurde bereits zuvor ein oder mehrere Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen. 19% der Fälle in der Gesamtstichprobe waren Wiederaufnahmen,

hatten also mindestens einen früheren Aufenthalt zur Entwöhnungstherapie in der HSFK. Außerdem war dokumentiert, dass 95.0% bereits einen betreuten Entzug und 59.0% eine stationäre Entwöhnungstherapie gemacht hatten. 57.7% nahmen zuvor medizinische Notfallhilfe in Anspruch, 57.4% eine ambulante Behandlung, 38.6% eine psychiatrische Behandlung und 34.7% eine Psychotherapie. Zudem besuchten 25.9% der Gesamtstichprobe eine Selbsthilfegruppe vor dem Aufenthalt in der Klinik.

Im Gruppenvergleich waren 18.0% der Fälle mit MS und 19.2% der Fälle ohne MS Wiederaufnahmen. Der Unterschied war nicht signifikant ($\chi^2(2) = 0.95$, $p = 0.78$, $V = 0.01$). Allgemein hatten sich in beiden Gruppen circa 95% bereits einer Entgiftung (1: 95.8%, 2: 95.1%; $\chi^2(2) = 7.08$, $p = 0.03$, $V = 0.06$) und circa 60% einer stationären Entwöhnungstherapie (1: 61.1%, 2: 58.7%; $\chi^2(2) = 3.15$, $p = 0.21$, $V = 0.04$) unterzogen. Auch in der medizinischen Notfallhilfe (1: 57.5%, 2: 57.1%; $\chi^2(2) = 5.79$, $p = 0.05$, $V = 0.06$) und der ambulanten Behandlung (1: 56.9%, 2: 56.9%, $\chi^2(2) = 8.59$, $p = 0.01$, $V = 0.07$) gab es kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. Hingegen hatten in der Gruppe mit MS signifikant mehr Fälle eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen als Fälle ohne MS (1: 53.3%, 2: 36.9%; $\chi^2(2) = 26.83$, $p < 0.01$, $V = 0.12$). Ebenso gestaltete es sich mit der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten (1: 44.9%, 2: 33.5%; $\chi^2(2) = 14.56$, $p = 0.01$, $V = 0.09$). In Bezug auf den Besuch von Selbsthilfegruppen lag der Anteil der Fälle ohne MS signifikant höher (1: 21.6%, 2: 23.9%; $\chi^2(2) = 6.34$, $p = 0.04$, $V = 0.06$).

In der Subgruppe der Antidepressivakonsumierenden befanden sich prozentual gesehen die meisten Fälle mit Wiederaufnahmen (23.5%), gefolgt von der Gruppe der Benzodiazepin- bzw. Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden (21.7%) und den Analgetikakonsumierenden (12.5%). Den geringsten Anteil an Wiederaufnahmen hatte die Gruppe der Kombinationskonsumierenden (5.3%). Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant, es zeigte sich ein geringer Effekt ($\chi^2(3) = 3.41$, $p = 0.32$, $V = 0.15$). Die Subgruppen unterschieden sich nur in der Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungstherapie signifikant ($\chi^2(6) = 13.12$, $p = 0.02$, $V = 0.24$). Den größten prozentualen Anteil hatte hier die Gruppe der Benzodiazepin- bzw. Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden, den kleinsten Anteil die Gruppe der Kombinationskonsumierenden (1a: 68.7%, 1b: 61.8%, 1c: 43.8%, 1d: 42.1%). Es zeigte sich jedoch ein geringer Effekt in allen genannten Kategorien ($V = 0.16$ bis 0.24). Die vollständigen Daten inklusive Teststatistik sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: *Vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten der Subgruppen*

	Subgruppen*						
Zuvor in Anspruch genommen	1a	1b	1c	1d	χ^2 **	*p*	*V*
Entgiftung/ Entzug	96.4	97.1	81.3	100	12.24	0.09	0.18
Stationäre Entwöhnungstherapie	68.7	61.8	43.8	42.1	13.12	0.02	0.24
Medizinische Notfallhilfe	51.8	67.6	62.5	52.6	10.34	0.07	0.19
Ambulante Behandlung	65.1	55.9	43.8	42.1	9.89	0.09	0.19
Psychiatrische Behandlung	51.8	50.0	37.5	57.9	6.37	0.32	0.16
Psychotherapeutische Behandlung	47.0	38.2	18.8	52.6	9.19	0.12	0.19
Selbsthilfegruppe	27.7	26.5	18.8	5.3	9.92	0.08	0.20

Anmerkungen: * *Anteile in Prozent, Subgruppengrößen 1a = 83, 1b = 34, 1c = 16, 1d = 19,*
** *Exakter Test nach Fisher*

4.3.3 KostenträgerInnen

Verantwortlich für die Finanzierung der Entwöhnungsbehandlung war in 85.5% der Gesamtstichprobe die Rentenversicherung und in 14.1% der Fälle die Krankenversicherung. Die übrigen Anteile wurden durch andere Institutionen finanziert.

In 79.6% der Fälle mit MS und in 86.3% der Fälle ohne MS wurde die Behandlung durch die Rentenversicherung finanziert. Der Unterschied zwischen den Gruppen war hier signifikant ($\chi^2(2) = 8.12$, $p = 0.02$, $V = 0.07$). Zudem wurden signifikant mehr Behandlungen der Fälle mit MS als ohne MS von den Krankenkassen finanziert (1: 20.4%, 2: 13.3%; $\chi^2(2) = 9.74$, $p = 0.01$, $V = 0.08$).

Im Subgruppenvergleich gab es ebenfalls signifikante Unterschiede in Bezug auf die Finanzierung durch Renten- und Krankenkassen (Rentenversicherung - $\chi^2(6) = 15.53$, $p = 0.01$, $V = 0.23$; Krankenversicherung - $\chi^2(6) = 15.08$, $p = 0.01$, $V = 0.21$). Es wurden 97.1% der Behandlungen der Antidepressivakonsumierenden (1b), circa 76% der Behandlungen der Sedativa-/Hypnotika- und Analgetikakonsumierenden (1a: 77.1%, 1c: 75.0%) und 63.2% der Behandlungen der Kombinationskonsumierenden durch die Rentenkassen finanziert. Hingegen bezahlten die Krankenkassen 36.8% der Therapien der Kombinationsbehandlungen, circa 24% der Therapien der Sedativa-/Hypnotika- und Analgetikakonsumierenden (1a: 22.9%, 1c: 25.0%) und 2.9% der Behandlungen der Antidepressivakonsumierenden.

4.3.4 Vermittelnde Instanzen

Die Übermittlung an die Klinik geschah meist durch eine vermittelnde Instanz. Dies waren in 59.9% Krankenhäuser und in 28.2% Fachambulanzen, Suchtberatungs- oder Suchtbehandlungsstellen. In 7.4% hatten sich die Personen selbst gemeldet, ohne eine vermittelnde Instanz.

66.5% der Fälle mit MS und 59.7% ohne MS waren über die Vermittlung eines Krankenhauses in die Entwöhnungstherapie gelangt. In 22.2% (1) bzw. 28.6% (2) hatten Fachambulanzen, Suchtberatungs- oder Suchtbehandlungsstellen vermittelt und 5.4% (1) bzw. 7.6% (2) waren SelbstmelderInnen. Der Gruppenunterschied in den vermittelnden Instanzen war nicht signifikant, es bestand ein kleiner Effekt ($\chi^2(17) = 27.11$, $p = 0.06$, $V = 0.13$).

In der Subgruppenanalyse zeigte sich, dass in drei Subgruppen circa ein Dreiviertel der Fälle über ein Krankenhaus vermittelt worden war (1a: 71.1%, 1c: 75.0%, 1d: 73.3%). In der Gruppe der Antidepressivakonsumierenden waren es 41.2%, ebenso viele waren über eine Fachambulanz, eine Suchtberatungs- oder eine Suchtbehandlungsstelle vermittelt worden. Bei den Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden waren es 22.9% und bei den Analgetika- und Kombinationskonsumierenden 6.3% (1c) bzw. 5.3% (1d). Über alle Subgruppen hinweg betrug der Anteil an SelbstmelderInnen circa 6% (1a: 6.0%, 1b: 5.9%, 1c: 6.3%, 1d: 5.3%). Die Unterschiede in Bezug auf die vermittelnde Instanz waren signifikant, es bestand ein mittlerer Effekt ($\chi^2(18) = 36.10$, $p < 0.01$, $V = 0.30$). Der Subgruppenvergleich ist zusätzlich in Abbildung 8 veranschaulicht.

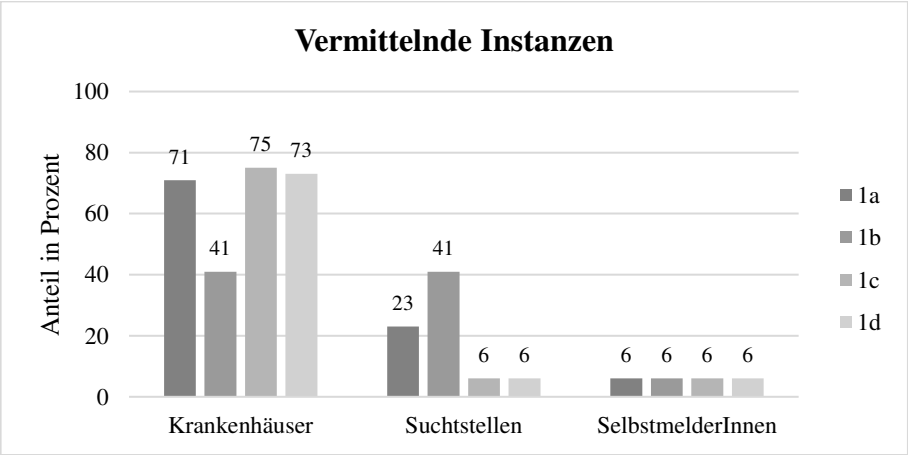

Abbildung 8: *Vermittelnde Instanzen der Subgruppen*

4.3.5 Beendigung der Therapie und Problematik am Behandlungsende

Die Daten der Gesamtstichprobe und der Gruppen sind in Abbildung 9 dargestellt. 55.9% der Gesamtstichprobe beendeten ihre Therapie regulär nach Beratung bzw. Behandlungsplan. Vorzeitig verließen 24.5% die Klinik ohne ärztliches oder therapeutisches Einverständnis und 8.2% auf ärztliche oder therapeutische Anweisung. In 7.8% fand ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform statt. Die Suchtproblematik wurde zum Behandlungsende zu 2.5% als erfolgreich, zu 69.5% als gebessert, zu 23.4% als unverändert und zu 2.9% als verschlechtert eingeschätzt.

In der Gruppe mit MS beendeten 50.3% die Therapie regulär nach Beratung oder Behandlungsplan, in der Gruppe ohne MS waren es 57.5%. Vorzeitig und ohne therapeutisches bzw. ärztliches Einverständnis verließen die Therapie 26.9% der Fälle mit MS und 23.4% der Fälle ohne MS. Vorzeitig und auf ärztliche/ therapeutische Anweisung waren es 11.4% (1) bzw. 7.5% (2). In 4.2% der Fälle mit MS und 8.3% der Fälle ohne MS fand ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform statt. Insgesamt unterschieden sich die Gruppen signifikant ($\chi^2(7) = 17.82$, $p = 0.01$, $V = 0.10$). In beiden Gruppen mit und ohne MS wurde die Problematik am Behandlungsende zu circa 3% als erfolgreich beurteilt (1: 2.5%, 2: 3.0%). Zudem wurden im Vergleich mehr Fälle ohne MS als gebessert (1: 64.7%, 2: 71.3%) und mehr Fälle mit MS als unverändert (1: 27.5%, 2: 22.4%) eingestuft. Als verschlechtert galt die Problematik der jeweiligen Person in 3.0% (1) bzw. 2.1% (2) der Fälle. Die Unterschiede in der Verteilung waren nicht signifikant ($\chi^2(4) = 3.85$, $p = 0.41$, $V = 0.04$).

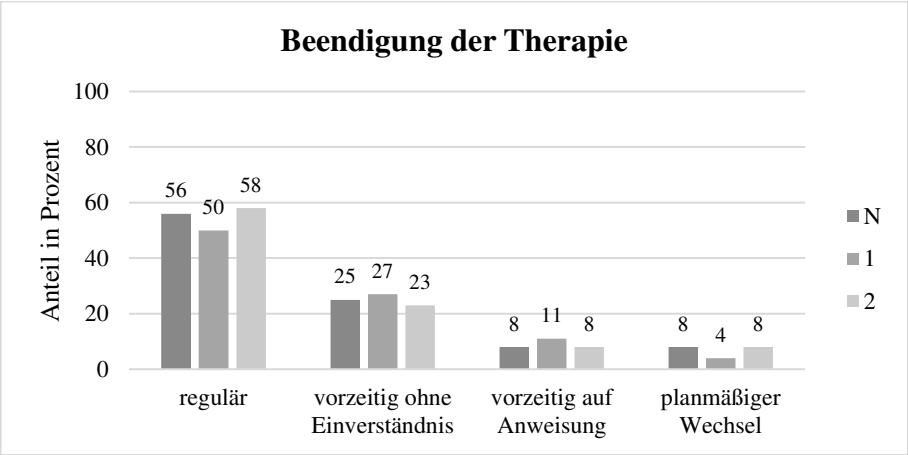

Abbildung 9: *Beendigung der Therapie der Gesamtstichprobe und Gruppen*

Im Subgruppenvergleich zeigte sich in Bezug auf die Art der Beendigung der Therapie ein ähnliches Bild wie in der Gruppenanalyse, hier gab es allerdings keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2(15) = 9.69$, $p = 0.81$, $V = 0.17$). In circa 50% der Fälle wurde die Therapie regulär beendet (1a: 48.2%, 1b: 52.9%, 1c: 56.3%, 1d: 57.9%). Den größten Anteil an Fällen, die die Therapie vorzeitig und ohne ärztliches oder therapeutisches Einverständnis verließen, hatte die Gruppe der Kombinationskonsumierenden (1a: 28.9%, 1b: 20.6%, 1c: 18.8%, 1d: 31.6%). Bei der vorzeitig und auf ärztliche oder therapeutische Veranlassung geschehenen Beendigung war es die Gruppe der Antidepressivakonsumierenden, die den größten Anteil ausmachte (1a: 10.8%, 1b: 11.8%, 1c: 6.3%, 1d: 5.3%). Eine planmäßige Verlegung in eine andere Therapieform fand in etwa 5% der Fälle statt (1a: 3.6%, 1b: 5.9%, 1c: 6.3%, 1d: 5.3%). In Abbildung 10 ist die Einschätzung der Problematik am Behandlungsende für die einzelnen Subgruppen veranschaulicht. Insgesamt unterschieden sich die Gruppen signifikant, es lag ein kleiner Effekt vor ($\chi^2(12) = 23.46$, $p < 0.01$, $V = 0.27$).

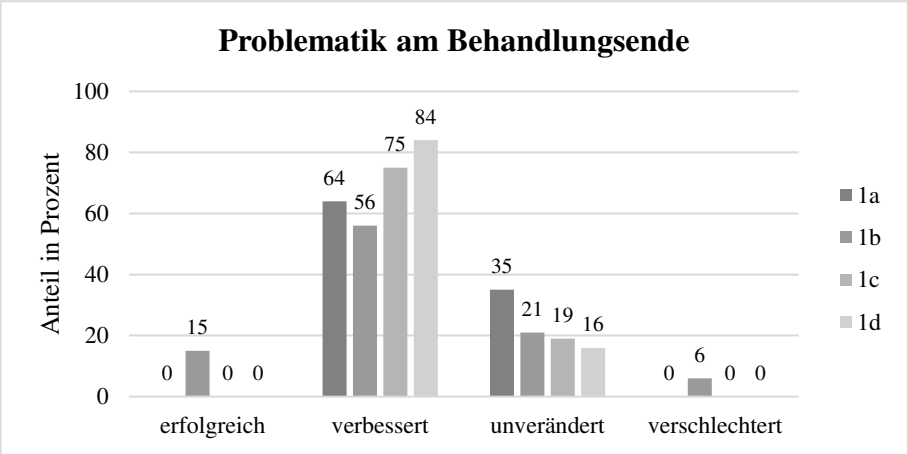

Abbildung 10: *Einschätzung der Problematik der Subgruppen am Behandlungsende*

4.3.6 Weitervermittlung am Behandlungsende

Von der Gesamtstichprobe konnten 82.4% der Fälle an eine Suchthilfeeinrichtung, die an die Entwöhnungstherapie anknüpfte, weitervermittelt werden.

Im Gruppenvergleich konnten 80.2% der Fälle aus Gruppe 1 und 82.9% der Fälle aus Gruppe 2 weitervermittelt werden. Es bestand kein signifikanter Unterschied ($\chi^2(2) = 1.25$, $p = 0.50$, $V = 0.02$).

Der größte Anteil an weitervermittelten Fällen lag in der Subgruppe der Kombinationskonsumierenden vor (1d: 89.5%). Es wurde allerdings auch der Großteil der anderen Subgruppen weitervermittelt (1a: 75.9%, 1b: 88.2%, 1c: 87.5%). Insgesamt bestand kein signifikanter Unterschied in der Anzahl der Weitervermittlungen zwischen den Subgruppen, es lag ein kleiner Effekt vor ($\chi^2(3) = 3.34$, $p < 0.33$, $V = 0.16$).

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Studie

Ziel der vorliegenden Ausführungen war es, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Kontext der Entwöhnungstherapie genauer zu betrachten und zu vergleichen. Vor allem in Bezug auf Medikamente ist dies in vorangegangener Forschung noch nicht ausreichend diskutiert worden (Dauber et al., 2016; Soyka et al., 2005), obwohl Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch in Deutschland eine große Untergruppe der substanzbezogenen Störungen darstellen (DHS, 2015; Gomes de Matos, 2016). Die aktuelle Studie näherte sich der Thematik mithilfe einer Sekundäranalyse von insgesamt 1888 Fällen von 2012 bis 2016 aus einer Berliner Suchtentwöhnungsklinik für Alkohol, Medikamente und Mischkonsum mit dem Schwerpunkt Alkohol. Hierbei wurden neben der Gesamtstichprobe auch Unterschiede zwischen den Personengruppen mit und ohne medikamentenbezogenen Substanzstörungen und Unterschiede innerhalb der Gruppe mit MS analysiert.

Zwischen den Gruppen mit und ohne MS konnten bezüglich der Soziodemografie signifikante Unterschiede in der Geschlechterverteilung, einer Immigration der Eltern und der Erwerbssituation ermittelt werden. Im Bereich der psychiatrischen Diagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede in den substanzbezogenen Diagnosen F10 (Alkohol), F11 (Opioide), F12 (Cannabinoide), F14 (Kokain), F16 (Halluzinogene) und F17 (Tabak). Außerdem bestanden signifikante Gruppenunterschiede in der Anzahl an Fällen mit multiplem Substanzmissbrauch und den Diagnosen zu pathologischem Spielen (F63.0), Essstörungen (F50), affektiven Störungen (F3) und neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4). Mit Blick auf die Behandlungscharakteristika konnten signifikante Unterschiede in der Behandlungsdauer, der vorherigen Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten, den KostenträgerInnen und der Art der Beendigung der Therapie festgestellt werden.

In der Subgruppenanalyse zeigten sich signifikante soziodemografische Unterschiede

in der Geschlechterverteilung und der Anzahl an Fällen mit einer deutschen Staatsbürgerschaft. Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen konnten signifikante Differenzen in den alkohol- und opioidbezogenen Störungen (F10 und F11), der Anzahl an Fällen mit multiplem Substanzmissbrauch sowie den affektiven Störungen (F3) ermittelt werden. Zusätzlich unterschieden sich die Subgruppen signifikant in der Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten, den KostenträgerInnen der Therapie, den vermittelnden Instanzen und der Einschätzung der Problematik am Behandlungsende.

5.2 Implikationen der Ergebnisse

5.2.1 Soziodemografie

Die Gesamtstichprobe war im Mittel 48 Jahre alt und männlich (72%) und lag damit im Durchschnitt der PatientInnen deutscher (teil-)stationärer Rehabilitationseinrichtungen (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017). Interessanterweise zeigte sich, dass sich das Geschlechterverhältnis innerhalb der analysierten Gruppen und Subgruppen mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen hiervon unterschied. In der Gruppe mit MS war lediglich etwa die Hälfte der Fälle männlich und in den Subgruppen gab es nur in der Gruppe der Sedativ-/Hypnotikakonsumierenden mehr männliche als weibliche Fälle. In den anderen Subgruppen war das Geschlechterverhältnis entweder ausgeglichen (Analgetikakonsumierende), oder es gab mehr weibliche als männliche Fälle (Antidepressiva- und Kombinationskonsumierende). Somit ist zu erkennen, dass im Gegensatz zu den meisten substanzbezogenen Störungen ein relativ hoher Frauenanteil von MS betroffen ist (Dauber et al., 2016; Gomes de Matos et al., 2016). Dies steht im Einklang mit anderen Forschungsarbeiten zu Medikamentenkonsum (Cotto, Davis, Dowling, Elcano, Staton & Weiss, 2010; DHS, 2016; Guerlais et al., 2015), in denen verschiedene Gründe für dieses Phänomen diskutiert werden. Zum einen werden Arzneimittel häufiger an Frauen als an Männer verschrieben (Cotto et al., 2010), was zum Beispiel auf eine stärkere Auseinandersetzung mit der eigenen physischen und psychischen Gesundheit zurückzuführen sein könnte (Cotto et al., 2010; Simoni-Wastila, Ritter & Strickler, 2004). Zusätzlich entwickeln Frauen im Allgemeinen aus biologischen sowie psychologischen Gründen schneller eine Abhängigkeit (Cotto et al., 2010; Tuchman, 2010). Das eigene Geschlecht scheint jedoch keinen direkten Einfluss auf die reguläre Teilnahme an einer Entwöhnungsbehandlung zu haben (Spiesshofer, Keller, Endrass, Meyer, Moskvitin & Rossegger, 2011).

Nichtsdestotrotz erscheint es wichtig, vor allem in der Therapie medikamentenbezogener Substanzstörungen spezielle Angebote für Frauen einzurichten und zu fördern, um so den Bedürfnissen weiblicher Konsumentinnen gerecht zu werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass viele Studien zeigten, dass soziale Unterstützung und die eigene familiäre Situation einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung, Manifestation und Therapie von substanzbezogenen Störungen haben (McCabe, 2008; Spiesshofer et al., 2011; Weissinger & Missel, 2012). So wiesen beispielsweise alkoholabhängige Personen ohne feste Partnerschaft ein Jahr nach ihrer Therapie deutlich niedrigere Abstinenzraten auf als liierte Personen (Missel et al., 2014). In der vorliegenden Gesamtstichprobe war etwa die Hälfte aller Fälle ledig. Es bestanden keine deutlichen Unterschiede im Familienstand zwischen den Fällen mit und ohne medikamentenbezogener Störung. Auffallend war jedoch, dass von den Analgetikakonsumierenden niemand verheiratet war oder ein Kind hatte. Generell hatten nur jeweils 10% der Fälle mindestens ein eigenes Kind unter 18 Jahren oder lebten mit einem zusammen. Diese Zahl liegt deutlich unter dem deutschen Durchschnitt, nach dem aktuell circa 20% aller Frauen kinderlos bleiben (Statistisches Bundesamt, 2015). Es scheint hier keine deutlichen Unterschiede zwischen alkohol- und medikamentenabhängigen Personen zu geben, sondern eher ein generelles Phänomen der Substanzabhängigkeit zu sein. Da sich eine Substanzabhängigkeit gravierend auf die eigenen sozialen Strukturen auswirkt (Barth, 2016), ist es nicht weiter verwunderlich, dass auch die eigene Reproduktion davon betroffen ist. Es kann jedoch im Rahmen dieser Studie nicht ausgeschlossen werden, dass die sehr niedrige Zahl von 10% auch durch eventuell fehlerhafte Selbstangaben zustande kam. Die Ergebnisse sprechen in jedem Fall dafür, soziale Strukturen und vor allem das Thema Elternschaft in die Therapie mit einzubeziehen und zu fördern (Bailey et al., 2013; Williams, 2014; Winkler, 2007), wie es auch bereits in viele Einrichtungen der Suchthilfe der Fall ist.

Bezüglich der Schul- und Bildungsabschlüsse konnten keine signifikanten Unterschiede berichtet werden. Im Subgruppenvergleich zeigte sich allerdings die Tendenz, dass der Anteil an Fällen mit Realschulabschluss oder (Fach-)Hochschulreife unter den Antidepressivakonsumierenden am höchsten und unter den Analgetika- und Kombinationskonsumierenden am niedrigsten war. Dieser Trend setzte sich in den weiterführenden Bildungsabschlüssen fort. Studien zeigten, dass die Chancen für eine erfolgreiche Absolvierung einer Entwöhnungstherapie für Personen mit einer hohen Schulbildung erhöht sind (Brand, Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschl, 2015; Schmidt, Küfner, Löhnert, Kolb, Zemlin & Soyka, 2009; Spiess-

hofer et al., 2011). Dies bedeutet allerdings nicht, dass Personen ohne hohen Bildungsabschluss nicht therapiefähig sind (Brand et al., 2015; Weissinger & Missel, 2012). Es kann vielmehr eine Implikation dafür sein, individuell auf das jeweilige Bildungsniveau zu achten und eine Sensibilität für die eventuell dahinterstehenden, kognitiven Fähigkeiten der jeweiligen Person zu entwickeln.

Ein festes Arbeitsverhältnis gilt als wichtiger Faktor für das Gelingen einer Entwöhnungstherapie (Fleischmann, 2015; Spiesshofer et al., 2011). Es bietet Struktur und ist sinnstiftend. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass Personen, die eine Arbeitsstelle haben, noch bis zu einem gewissen Maße fähig sind, alltägliche Verpflichtungen zu erfüllen. Studien haben gezeigt, dass erwerbstätige Menschen eher abstinent bleiben (Dauber et al., 2016; Missel et al., 2014) und Arbeitslosigkeit ein erhöhtes Risiko für Therapieabbrüche darstellt (Schmidt et al., 2009; Spiesshofer et al., 2011). In der vorliegenden Studie waren 60% der Fälle arbeitslos und bezogen ALG, 23% waren angestellt oder verbeamtet und 11% berentet bzw. pensioniert. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied. So waren in der Gruppe mit MS weniger Fälle arbeitslos und mehr Fälle pensioniert. Dieses Ergebnis kann mit den gesellschaftlichen Charakteristika von Alkohol und Medikamenten in Verbindung gebracht werden. Währen Alkohol als Genussmittel gilt, werden Medikamente meist eingenommen um eine Funktion zu erfüllen und die jeweilige Person leistungsfähiger zu machen (Barth, 2016; Lindenmeyer, 2005). Im Rahmen der Entwöhnungstherapie ist eine Reintegration in den Arbeitsmarkt ein zentraler Bestandteil (Fleischmann, 2015). Dies wird durch spezielle ergotherapeutische Angebote, durch begleitete, schrittweise Wiedereingliederungen in bestehende Strukturen und durch Praktika sowie Belastungs- und Arbeitsproben erreicht (Fleischmann, 2015; Weissinger & Missel, 2012). Auch wenn die Fälle mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen in der vorliegenden Studie seltener arbeitslos waren als die Fälle ohne MS, so ist auch in dieser Gruppe eine erfolgreiche, gesundheitsfördernde Rückführung in den Arbeitsmarkt ohne Einnahme des jeweiligen Suchtmittels von großer Bedeutung.

5.2.2 Psychiatrische Diagnosen

Mit Blick auf die psychiatrischen (Sucht-)Diagnosen hatten 99% der Gesamtstichprobe eine F1 Diagnose (Alkohol), 82% eine F17 Diagnose (Tabak), 23% eine F12 Diagnose (Cannabinoide), 7% eine F13 Diagnose (Sedativa und Hypnotika) und 5% eine F55 Diagnose (nicht abhängigkeitserzeugende Substanzen). Zudem gab es deutliche Unterschiede im Gruppen- und Subgruppenvergleich. In der Gruppe mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen

hatten signifikant weniger Fälle eine alkohol- und tabakbezogene Substanzstörung. Das umgekehrte Bild zeigte sich bei den cannabis-, kokain-, stimulanzien-, heroin-, LSD- und opioidbezogenen Substanzstörungen. Der Unterschied innerhalb der alkoholbezogenen Substanzstörungen könnte der Ausrichtung der Klinik, aus der die Daten stammen, geschuldet sein. So waren Personen ohne MS normalerweise wegen ihres Alkoholkonsums in Behandlung. Es kann daher vermutet werden, dass Personen mit einem klinisch relevanten Medikamentenkonsum im Allgemeinen mehr substanzbezogene Komorbiditäten aufweisen. Hierzu passt auch, dass in der vorliegenden Studie mehr Fälle mit MS als ohne MS einen multiplen Substanzkonsum dokumentiert hatten. Interessant ist außerdem, dass sich auch zwischen den Subgruppen mit MS signifikante Unterschiede innerhalb der substanzbezogenen Störungen zeigten. In den Subgruppen der Antidepressiva- und Analgetikakonsumierenden hatten alle Fälle eine F10 Diagnose (Alkohol), in der Subgruppe der Kombinationskonsumierenden war es nur ein Dreiviertel der Fälle. Im Vergleich hierzu hatten die Kombinationskonsumierenden mit 37% den größten Anteil an F11 Diagnosen (Opioide). Sedativa-/Hypnotikakonsumierende hatten mit 30% den höchsten Anteil an Polytoxikomanie. Der Konsum unterschiedlicher Medikamente scheint somit auch mit einem unterschiedlichen Konsum weiterer Substanzen einherzugehen. Studien haben bereits den möglichen Zusammenhang zwischen Arzneimittelmissbrauch und dem Konsum anderer legaler sowie illegaler Drogen beschrieben (Kraus & Augustin, 2001; McCabe et al., 2017; Pinotek, Kraus, Gomes de Matos & Pabst, 2013). Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 (Pinotek et al., 2013) wurden unter anderem das männliche Geschlecht, ein junges Erwachsenenalter, eine geringe Schulbildung und ein lediger oder geschiedener Familienstand als Risikofaktoren für substanzbezogene Komorbiditäten extrahiert. Für die Behandlung der Abhängigkeit sind bei substanzbezogenen Komorbiditäten zudem komplizierte Wechselwirkungen (DHS, 2015; Soyka et al., 2005) und erschwerte Behandlungsverläufe zu erwarten (DHS, 2015; Weissinger & Missel, 2012).

Abgesehen von den substanzbezogenen Störungen lagen in der Gruppe mit MS ebenfalls signifikant mehr Fälle mit zwanghaftem bzw. pathologischem Spielen (F63.0), Essstörungen (F50), affektiven Störungen (F3) und neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4) vor. Der generelle Anteil an psychiatrischen Komorbiditäten scheint somit bei medikamentenbezogenen Substanzstörungen erhöht zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass psychiatrische Komorbiditäten den Behandlungsverlauf erschweren und verlängern (Fleischmann, 2015; Preuss, 2008). Es herrscht jedoch Unklarheit über das Bedingungsgefüge sub-

stanzbezogener und andere psychischer Störungen. So kann ein regelmäßiger Arzneimittelmissbrauch ein Risikofaktor für affektive sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sein (Soyka, 2016; Zullig & Divin, 2012). Andere Studien zeigten aber auch, dass psychische Vorerkrankungen im Sinne der Selbstmedikationshypothese (Robinson, Sareen, Cox & Bolton, 2009; Soyka, 2016) und anderen Erklärungsmodellen (Brucker, 2008; Küfner & Soyka, 2017) zu einer Substanzabhängigkeit führen können.

Innerhalb der Subgruppen bestanden lediglich zwischen den F3 Diagnosen signifikante Unterschiede. Von den Antidepressiva- und Kombinationskonsumierenden hatten jeweils etwa 40% eine affektive Störung, in der Subgruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden waren es 16% und in der Subgruppe der Analgetikakonsumierenden nur 6%. Somit kann geschlussfolgert werden, dass Fälle, die eine klinische Indikation für Antidepressiva aufwiesen, diese häufiger missbräuchlich verwendeten. Das ist naheliegend, da Personen mit affektiven Störungen eher mit Antidepressiva in Berührung kommen und somit ein Missbrauch wahrscheinlicher ist. Die Möglichkeit eines missbräuchlichen Antidepressivakonsums und dessen Auswirkungen sind bisher kaum beforscht worden, und bedarf daher einer intensiveren, wissenschaftlichen Betrachtung (DHS, 2015; Evans & Sullivan, 2014; Soyka, 2016).

Insgesamt stellten Persönlichkeitsstörungen die größte Gruppe weiterer ICD F Diagnosen dar (32% der Gesamtstichprobe). Es kann somit von einem hohen Zusammenhang zwischen Persönlichkeits- und substanzbezogenen Störungen ausgegangen werden. Studien haben gezeigt, dass sich eine komorbide Persönlichkeitsstörung erschwerend auf den Verlauf einer Entwöhnungstherapie auswirken kann (Blanco, Secades-Villa, García-Rodríguez, Labrador-Mendez, Wang & Schwartz, 2013; Spiesshofer et al., 2011; Tull & Gratz, 2012), was im Rahmen einer Therapie definitiv berücksichtigt werden sollte.

5.2.3 Behandlungscharakteristika

Die überwiegende Mehrheit der Fälle befand sich in stationärer Behandlung mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 12 Wochen. Dies zeigte sich über alle Gruppen und Subgruppen hinweg und steht im Einklang mit den aktuellen Zahlen der deutschen Suchthilfe (Braun et al., 2017; Dauber et al., 2016).

Unterschiede ergaben sich bezüglich der vorherigen Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten. Generell werden vergangene Suchtbehandlungen als Risikofaktor für einen Behandlungsabbruch gesehen, da sie auf erschwerte Behandlungsverläufe und Chronifizierungen hindeuten (Schmidt et al., 2009; Spiesshofer et al., 2011). Während signifikant mehr Fälle mit

MS in der Vergangenheit eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hatten, hatten signifikant mehr Fälle ohne MS PsychotherapeutInnen und Selbsthilfegruppen aufgesucht. Ob diese Unterschiede von Bedeutung für eine Entwöhnungsbehandlung sind, bleibt aktuell offen. Zusätzlich hatten signifikant mehr Fälle der Subgruppen der Sedativa-/Hypnotika- und Antidepressivakonsumierenden bereits eine Entwöhnungstherapie besucht. Studien zeigten, dass die Erfolgsprognosen bei sich wiederholenden Entwöhnungstherapie sinken, was jedoch ebenfalls durch die erhöhte Schwere und Chronifizierung einer länger zu behandelnden Suchterkrankung erklärt werden kann (Fleischmann, 2015). Somit kann vermutet werden, dass Personen mit Sedativa-/Hypnotikakonsum oder Antidepressivakonsum eher von einer Chronifizierung ihrer Abhängigkeit betroffen sind. Eine andere Interpretation wäre jedoch, dass diese Person sich regelmäßiger in psychiatrische Behandlung begeben und somit eine höhere Veränderungsmotivation aufweisen. Die genauen Ursachen bleiben in diesem Punkt zukünftiger Forschung überlassen.

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik von 2015 (Dauber et al., 2016) erfolgten 62% der stationären Vermittlungen durch Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, während 18% der Personen über Krankenhäuser vermittelt wurden. In der vorliegenden Stichprobe einer stationären und teilstationären Entwöhnungstherapie sind diese Verhältnisse etwas verschoben. 60% der Fälle wurden über Krankenhäuser und 28% über (Sucht-)Beratungsstellen an die Klinik vermittelt. Innerhalb der Subgruppen war vor allem die Subgruppe der Antidepressivakonsumierenden auffallend, in der nur 41% über Krankenhäuser und ebenso viele über Beratungsstellen vermittelt wurden. Während es für einen Krankenhausaufenthalt zahlreiche Gründe gibt, ist der Grund für den Besuch einer Suchtberatungsstelle eindeutig mit der Thematisierung einer Suchtproblematik verknüpft. Daher kann spekuliert werden, dass aus der Gruppe der Personen mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen vor allem Personen mit einem problematischen Antidepressivakonsum eigenständig über Beratungsstellen den Kontakt zum Suchthilfesystem aufnehmen. Daraus schlussfolgernd könnte es sich hier um eine relativ problembewusste und therapiemotivierte Subgruppe handeln, was jedoch in zukünftiger Forschung untersucht werden müsste.

In der Gruppe mit MS beendeten signifikant weniger Fälle die Therapie regulär als in der Gruppe ohne MS. Dieses Ergebnis lässt sich mit den Unterschieden in der Behandlungsdauer in Einklang bringen, wo 25% der Fälle mit MS kürzer als 38 Tage in Behandlung waren, während in der Gruppe ohne MS 25% unter 60 Tagen blieben. Zusammengefasst sprechen diese Ergebnisse dafür, dass Personen mit einer medikamentenbezogenen Substanzstörung

stärker gefährdet sind, die Therapie frühzeitig und weniger erfolgreich zu beenden. Dies könnte mit einer Reihe von Faktoren zusammenhängen, wie beispielsweise den erhöhten psychiatrischen Komorbiditäten (Fleischmann, 2015) und einer mangelnden Ausrichtung des Suchthilfesystems auf die spezifische Behandlung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit (Dauber et al., 2016; Soyka, 2015; Soyka et al., 2005).

Hieran anschließend gab es zwischen den Subgruppen signifikante Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Problematik am Behandlungsende. Der größte Anteil an Fällen, die als unverändert eingestuft wurden, bestand in der Gruppe der Sedativa-/Hypnotikakonsumierenden. Der größte Anteil an Fällen, die als verbessert eingestuft wurden, befand sich hingegen unter den Kombinationskonsumierenden. Dies passt wiederum zu der Annahme, dass die Verläufe von Personen mit einem Sedativa- bzw. Hypnotikakonsum eher schwierig und chronifiziert sind.

5.3 Limitationen der Untersuchung

Die Studie soll mit ihren Ergebnissen Erkenntnisse bezüglich der Untersuchung von Personen mit medikamentenbezogenen Substanzstörungen und deren Versorgung im Suchthilfesystem in Deutschland liefern, um so einen Beitrag in diesem Forschungsbereich zu leisten. Die Ergebnisse unterliegen allerdings einigen Einschränkungen, deren Betrachtung zur Einordnung und Weiterführung der vorliegenden Studie relevant ist.

Die verwendete Stichprobe war nicht allgemein repräsentativ für Person mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch in Deutschland. Sie stellte vielmehr einen Ausschnitt dieser Populationen dar. Das liegt zum einen daran, dass die Entwöhnungsbehandlung per se bereits als fortgeschrittene Stufe innerhalb des deutschen Suchthilfesystems einzuordnen ist (Fleischmann, 2015; Weissinger & Missel, 2012). Sie schließt somit nur eine ausgesuchte Teilmenge der Gesamtpopulation mit substanzbezogenen Störungen ein. Allein die Dunkelziffer an Personen, die zwar ein substanzbezogenes Suchtproblem haben, aber aus vielerlei Gründen nie professionell behandelt wurden, ist extrem hoch (Pinotek et al., 2015; Soyka et al., 2016). Diese Fälle wurden mit dem gewählten Studiendesign nicht erfasst, genauso wenig wie alle Fälle, die zwar im deutschen Suchthilfesystem ankommen, aber nicht an einer (teil-)stationären Entwöhnungstherapie teilnehmen. Zum anderen wurden die Daten der vorliegenden Stichprobe nur in einer Klinik erhoben, welche auf Alkohol, Medikamente und Mischkonsum mit dem Schwerpunkt Alkohol spezialisiert ist. Hierdurch war die Stichprobe auf einen Standort fokussiert. Zusätzlich sind Personen, die illegale Drogen und Medikamente

in Kombination verwenden, von vornherein exkludiert, da sie in der Regel in anderen Spezialkliniken behandelt werden.

Ein weiterer Punkt betrifft die Art der Datenerhebung. Die verwendeten Daten wurden im Klinikalltag im Rahmen von Anamnesegesprächen und Therapiesitzungen erhoben. Es wurde für alle Personen die gleiche Eingabemaske mit größtenteils gleichen Kodierungen verwendet. Trotzdem kann die Erhebung nicht als standardisiert angesehen werden, da die Angaben von Fall zu Fall durch unterschiedliche behandelnde Personen und zu variierenden Therapiezeitpunkten erfragt und eingegeben wurden. Zusätzlich fußten die meisten Daten auf retrospektiven Angaben der jeweiligen RehabilitandInnen. Hierbei musste auf eine wahrheitsgemäße Angabe vertraut werden, wodurch Verzerrungen durch Erinnerungs- und soziale Effekte nicht ausgeschlossen werden können (Klein & Fischer-Kerli, 2000; Matthes, Reimer & Künster, 2007; Mittag et al., 2013). Zusätzlich wurden psychometrische Verfahren aus pragmatischen Gründen nur selten verwendet. Die vorliegenden Daten hatten jedoch den Vorteil, dass sie den Klinikalltag und die dort behandelten Fälle realistisch und ungefiltert über fünf Jahre hinweg abbildeten, was in einer punktuellen Erhebung durch externe UntersuchungsleiterInnen in dieser Form nicht möglich wäre.

Neben der gewählten Stichprobe und der Art der Erhebung müssen auch die Subgruppengrößen kritisch betrachtet werden. Während die Gesamtstichprobe eine gute und die Gruppen mit und ohne MS eine respektable Größe aufweisen, fallen die Subgruppen zahlenmäßig klein aus. Vor allem die Ergebnisse der Subgruppen der Analgetika- und Kombinationskonsumierenden können mit 16 bzw. 19 Fällen nur als vorläufige Hinweise interpretiert werden, welche weiter beforscht werden müssen (Küfner & Rösner, 2008). Generell stehen die geringen Fallzahlen nicht für eine geringe Auftrittshäufigkeit medikamentenbezogener Substanzstörungen in der Gesellschaft, sondern vielmehr symptomatisch für das Problem der geringen Anteile an Personen mit MS im deutschen Suchthilfesystem (Leune, 2014; Soyka, 2016; Weissinger & Missel, 2012). Es wäre somit wichtig zu untersuchen, welche Personen mit MS überhaupt im Suchthilfesystem ankommen, ob es systematische Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne professioneller Hilfe gibt und wie Personen, die nicht im Suchthilfesystem sind, besser erreicht werden können.

Eine inhaltliche Problematik stellten zudem die substanzbezogenen Komorbiditäten dar. Diese wurden in den Ergebnissen zwar für die Gesamtstichprobe, die Gruppen und die Subgruppen ausführlich beschrieben, allerdings wurden sie nicht initial in der Gruppen- und Subgruppenbildung berücksichtigt. Dies war vor allem aufgrund der Stichprobengröße nicht

möglich, da ansonsten die (Sub-)Gruppengrößen für eine sinnvolle statistische Analyse zu klein geworden wären. Daher kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die ermittelten Unterschiede auf etwas anderes als die (spezifischen) medikamentenbezogenen Substanzstörungen zurückzuführen sind. Es besteht die Möglichkeit, dass die Unterschiede auf dem Konsum anderer Substanzen oder auch auf völlig anderen Faktoren basieren. Die vorliegende Studie beschreibt lediglich Korrelationen, kausale Schlüsse können somit nicht gezogen werden. Hierfür sind prospektive Langzeitstudien nötig, welche nicht auf einer klinischen Stichprobe basieren (Küfner & Rösner, 2008; Soyka, 2016).

Zusätzlich gibt es einige Limitationen in Folge der gegebenen Dokumentationsweise. So war es technisch nicht möglich, wiederaufgenommene Fälle einer Person zuzuordnen. Es besteht daher insbesondere in den kleinen Subgruppen die Gefahr, dass sich hinter den angegebenen Fallzahlen nur eine geringe Anzahl an Personen verbirgt. Auch deshalb können die Ergebnisse der Subgruppenanalyse nur als mögliche Tendenzen interpretiert werden. Außerdem konnte aufgrund der fehlenden Kodierung ein aktueller Konsum nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen (F55.0 bis F55.2) bei der Ermittlung der Fälle mit einem aktuellen Substanzkonsum nicht berücksichtigt werden. Daher ist es durchaus möglich, dass Fälle mit einem aktuellen schädlichen Konsum von Antidepressiva, Analgetika oder Laxantien in der Gruppen- und Subgruppenanalyse enthalten waren, während alle Fälle mit einem aktuellen Konsum anderer psychotroper Substanzen (F1x.24 bis F1x.26) aussortiert wurden.

5.4 Ausblick und Fazit

Die vorliegende Studie beschäftigte sich mit dem wichtigen Thema des klinisch relevanten Alkohol- und Medikamentenkonsums. Hierzu gab es bereits umfassende Untersuchungen (Dauber et al., 2016; Gomes de Matos, 2016; Soyka, 2016). Nach bisherigem Forschungsstand ist jedoch unklar, inwieweit sich Personen mit alkohol- und medikamentenbezogenen Substanzstörungen voneinander unterscheiden und ob eine gemeinsame Behandlung im Suchthilfesystem sinnvoll ist (Dauber et al., 2016; Lindenmeyer, 2005; Soyka, 2015). Ziel der Studie war es, die Gesamtpopulation einer Entwöhnungstherapie zu beschreiben sowie eventuelle Unterschiede zwischen den Personen mit alkohol- und medikamentenbezogenen Substanzstörungen zu untersuchen. Es konnten einige soziodemografische, psychiatrische und behandlungscharakteristische Unterschiede zwischen diesen beiden Substanzgruppen aufgezeigt werden. Zusätzlich wurden einzelne Medikamentenklassen miteinander verglichen und vor-

läufige Tendenzen zu den Subgruppen mit Hypnotika-/ Sedativakonsum, Antidepressivakonsum, Analgetikakonsum und Kombinationskonsum berichtet.

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit ist ein gesellschaftlich hoch relevantes Thema in Deutschland, welches dringend weiter beforscht werden sollte (Dauber et al. 2016; DHS, 2016; Soyka et al., 2005). Vor allem mögliche Unterschiede zu anderen substanzbezogenen Störungen sowie zwischen den verschiedenen Medikamentenklassen sollten hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Konkret kann dies durch weitere, umfassende klinische und gesamtgesellschaftlich repräsentative Stichproben erfolgen und sowohl mit querschnittlichen, aber auch längsschnittlichen Studiendesigns umgesetzt werden. Es ist wichtig, all diese Aspekte zu inkludieren, da nur so ein ganzheitliches Forschungsbild entstehen kann (Teesson, Farrugia, Mills, Hall & Baillie, 2012). Zusätzlich sollte die vorliegende Studie um weitere Analysen derselben oder einer erweiterten Stichprobe ergänzt werden. Hierbei könnten substanzbezogene Komorbiditäten und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Rubriken Soziodemografie, psychiatrische Diagnosen und Behandlungscharakteristika eine sinnvolle Fortführung darstellen. Zudem wäre eine Unterteilung der Stichprobe in die einzelnen Behandlungsformen (stationär, teilstationär, kombiniert) interessant, ebenso wie der flächendeckende Vergleich der vorgestellten Ergebnisse mit Daten der deutschen Gesamtbevölkerung.

Alles in allem ist es von zentraler Bedeutung, medikamentenbezogene Substanzstörungen weiter zu beforschen, um so zusätzliche Erkenntnisse zu erlangen und ein stärkeres Bewusstsein für die Relevanz des Themas in unserer Gesellschaft mitzugestalten.

6. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-Sucht] (Hrsg.). (2016). *S3-Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.* Abgerufen am 20.10.2017 von www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf

Arria, A. M. & Compton, W. M. (2017). Complexities in understanding and addressing the serious public health issues related to the nonmedical use of prescription drugs. *Addictive Behaviors, 65(2),* 215-217. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.09.002

Bailey, J. A., Hill, K. G., Guttmannova, S. O., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & McMahon, R. J. (2013). The association between parent early adult drug use disorder and later observed parenting practices and child behavior problems: testing alternate models. *Developmental Psychology, 49(5),* 887-899. doi: 10.1037/a0029235

Barth, V. (2016). *Sucht und Komorbidität*. Landsberg am Lech: ecomed-Storck GmbH.

Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2009). *Neurowissenschaften. Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Beckmann, U. & Naumann, B. (2014). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014*, 231-247. Lengerich: Verlag Pabst Science Publishers.

Blanco, C., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Labrador-Mendez, M., Wang, S. & Schwartz, R. P. (2013). Probability and predictors of remission from life-time prescription drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research, 47,* 42-49. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.019

Brand, H., Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015). Bildung und Sucht: Eine explorative Untersuchung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik. *Sucht, 61(2),* 69-78. doi: 10.1024/0939-5911.a000353

Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Brucker, D. L. (2008). Prescription drug abuse among persons with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation, 29,* 105-115.

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2007). *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, *1*(3), 98-101.

Cotto, J. H., Davis, E., Dowling, G. J., Elcano, J. C., Staton, A. B. & Weiss, S. R. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine, 7(5),* 402-413. doi: 10.1016/j.genm.2010.09.004

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2016). *Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).* München: Institut für Therapieforschung.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (Hrsg.). (2016). *Jahrbuch Sucht 2016. Daten und Fakten.* Hamm: Herausgeber.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (Hrsg.). (2015). *Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, 5.* Hamm: Herausgeber.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] & BARMER GEK (Hrsg.). (2013). *Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege.* Hamm, Berlin: Herausgeber.

Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV] (Hrsg.). (2016). *Rehabilitation 2015. Statistik der Deutschen Rentenversicherung.* Berlin: Herausgeber.

Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV] (Hrsg.). (2002). *Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven.* DRV-Schriften, 32. Frankfurt a. Main: Herausgeber.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Hogrefe.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung [DBB] (Hrsg.). (2016). *Drogen und Suchtbericht 2016*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung [DBB] (Hrsg.). (2014). *Drogen und Suchtbericht 2014*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Evans, E. & Sullivan, M. (2014). Abuse and misuse of antidepressants. *Substance Abuse Rehabilitation, 14,* 107-120. doi: 10.2147/SAR.S37917

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.

Fleischmann, H. (2015). Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger und andere Formen der Postakutbehandlung. *PSYCHup2date, 9,* 73-88. doi: 10.1055/s-0041-100326

Ford, J., Reckdenwald, A. & Marquardt, B. (2014). Prescription drug misuse and gender. *Substance Use & Misuse, 49,* 852-851. doi: 10.3109/10826084.2014.880723

Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R. (2001). Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde. *Sucht, 47(2),* 88-103.

Glaeske, G. (2015). Medikamente 2013 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015*, 102-126. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Glaeske, G. (2012). Medikamentenabhängigkeit: Die verheimlichte Sucht. *Sucht, 13(4),* 39-43. doi: 10.1055/s-0032-1321403

Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, K. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht, 62*(5), 271-281. doi:10.1024/0939-5911/a000445

Guerlais, M., Grall-Bronnec, M., Feuillet, F., Géradin, M., Jolliet, P. & Victorri-Vigneau, C. (2015). Dependence on prescription benzodiazepines and z-drugs among young to middle-aged patients in France. *Substance Use & Misuse, 50,* 320-327. doi: 10.3109/10826084.2014.980952

Haider, S. I., Johnell, K., Thorslund, M. & Fastbom, J. (2007). Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992–2002. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, 45,* 643-653.

Holloway, K. R., Bennett, H. T., Parry, O. & Gorden, C. (2014). Characteristics and consequences of prescription drug misuse among university students in the United Kingdom. *Journal of Substance Use, 19(1-2),* 156-163. doi: 10.3109/14659891.2013.765513

Holz, A. (2001). Die Zukunft der Beratungsstellen. In Wienberg, G. & Driessen, M. (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit,* 63-84. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Holzbach, R., Martens, M., Kalke, J. & Raschke, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 53,* 319-325. doi: 10.1007/s00103-010-1029-8

Hüllinghorst, R. (2007). Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2007*, 145-159. Geesthacht: Neuland.

Kelly, B. C., Rendina, H. J., Vuolo, M., Wells, B. E. & Parsons, J. T. (2015). A typology of prescription drug misuse: A latent class approach to differences and harms. *Drug and Alcohol Review, 34,* 211-220. doi: 10.1111/dar.12192

Klein, T. & Fischer-Kerli, D. (2000). Die Zuverlässigkeit retrospektiv erhobener Lebensverlaufsdaten. Analysen zur Partnerschaftsbiografie des Familiensurveys. *Zeitschrift für Soziologie, 29(4),* 294-312. doi: 10.1515/zfsoz-2000-0403

Knopf, H. & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56, 868-877.

Köhler, J., Grünbeck, P. & Soyka, M. (2007). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. *Nervenarzt, 78,* 536-546. doi: 10.1007/s00115-006-2107-x

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht, 47*, 7-86.

Küfner, H. & Soyka, M. (2017). Psychologische Suchttheorien als Erklärungsansätze. *Nervenheilkunde, 6,* 439-456.

Küfner, H. & Rösner, S. (2008). Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs bei Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen (PHAR-MON, ehemals: ebis-med). *Gesundheitswesen, 70,* 305-314. doi: 10.1055/s-2008-1078724

Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction, 106(12),* 2086-2109. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x

Lange, N., Neeb, K. & Missel, P. (2014). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell, 1,* 25-33.

Leune J., (2014). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014*, 181-202. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Lindenmeyer, J. (2016). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe Verlag. doi: 10.1026/02791-000

Lindenmeyer, J. (2005). *Lieber schlau als blau.* Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mann, K., Lemenager, T. & Hoffmann, S. (2013). The PREDICT study team. Results of a double-blind, placebo-controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. *Addiction Biology, 18,* 937-946. doi: 10.1111/adb.12012

Matthes, B., Reimer, M. & Künster, R. (2007). Techniken und Werkzeuge zur Unterstützung der Erinnerungsarbeit bei der computergestützten Erhebung retrospektiver Längsschnittdaten. *Methoden – Daten – Analysen, 1(1),* 69-92.

McCabe, S. E. (2008). Screening for drug abuse among medical and non-medical users of prescription drugs in a probability sample of college students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162(3),* 225-231. doi: 10.1001/archpediatrics.2007.41

McCabe, S. E., Veliz, P., Boyd, C. J. & Schulenberg, J. E. (2017). Medical and nonmedical use of prescription sedatives and anxiolytics: Adolescents' use and substance use disorder symptoms in adulthood. *Addict Behavior, 65*, 296-301. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.021

Missel, P., Jung, C., Herder, F., Fischer, R., Bachmeier, R. & Funke, W. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell, 1,* 5-18.

Mittag, O., Kohlmann, T., Meyer, T., Meyer-Moock, S., Meffert, C., Farin, E., Gerdes, N., Pohontsch, N., Moock, J., Jelitte, M., Löschmann, C., Bitzer, E.-M. & Raspe, H. (2013). Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 52(2),* 119-125. doi: 10.1055/s-0032-1314876

Mugunthan, K., McGuire, T. & Glasziou, P. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, *61(590),* 573-578. doi: 10.3399/bjgp11X593857

Novak, S., Hakansson, A., Martinez-Raga, J., Reimer, J., Krotki, K. & Varughese, S. (2016). Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry, 16(274).* doi: 10.1186/s12888-016-0909-3

Oude Voshaar, R. C., Couvee, J. E. & Balkom, A. (2006) Strategies for discontinuing longterm benzodiazepine use: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 189,* 213-220. doi: 10.1192/bjp.189.3.213

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht, 59*(6), 321-331. doi: 10.1024/0939-5911.a000275

Pelissolo, A., Maniere, F., Boutges, B, Allouche, M., Richard-Berthe, C. & Corruble, E. (2007). Anxiety and depressive disorders in 4.425 long term benzodiazepine users in general practice. *Encephale*, *33(1)*, 32-38. doi: 10.1016/S0013-7006(07)91556-0

Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995-2015.* München: Institut für Therapieforschung.

Pinotek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Sucht, 59(6),* 347-354. doi: 10.1024/0939-5911.a000277

Preuss, U. (2008). Abhängigkeitserkrankungen und Psychosen: Erkenntnisse und Kontroversen in Vorbereitung auf neue Klassifikationssysteme. *Die Psychiatrie, 2,* 61-68.

Queri, S., Servaty, M., Eckstein, G. & Tretter, F. (2005). Patientenstromanalyse im Münchner Suchthilfesystem – eine Pilotstudie. *Gesundheitswesen*, *67*, 763-769. doi: 10.1055/s-2005-858794

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J. & Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disroders, 23,* 38-45. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.013

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [SLS e.V.] (Hrsg.). (2017). *Sucht 2016. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen: Sucht 2016*. Dresden: Herausgeber.

Schmidt, P., Küfner, H., Löhnert, B., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2009). Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung – Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 77,* 451-456. doi: 10.1055/s-0028-1109501

Schneider, B., Mielke, D., Bachmeier, R. (2014). Effektivität der ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht aktuell, 1*, 34-43.

Seitz, H. K., Bühringer, G., & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008*, 205-209. Geesthacht: Neuland.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G., Strickler, G. Gender and other factors associated with the non-medical use of abusable prescription drugs. *Substance Use & Misuse, 39(1),* 1-23. doi: 0.1081/JA-120027764

Soyka, M. (2016). *Medikamentenabhängigkeit: Entstehungsbedingungen–Klinik–Therapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Soyka, M. (2015). Benzodiazepine. Abhängigkeit von Hypnotika und Tranquilizern. *Der Neurologe & Psychiater, 16(11),* 42-48.

Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt, 76,* 72-77. doi: 10.1007/s00115-004-1828-y

Soyka, M. (2000) Missbrauch und Abhängigkeit von ärztlich verordneten Medikamenten. In Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H. et al. (Hrsg.), *Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Psychiatrie der Gegenwart, 6,* 471-487. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Spiesshofer, M., Keller, A., Endrass, J., Meyer, T., Moskvitin, K. & Rosegger, A. (2011). Indikatoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162(2),* 66-71. doi: 10.4414/sanp.2011.02234

Statistisches Bundesamt (2015). *Daten zu Geburten, Familien und Kinderlosigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Tabellen mit neuer Hochrechnung anhand der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011.* Wiesbaden: Herausgeber.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (Hrsg.). (2015*). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health.* Rockville, MD: Herausgeber.

Teesson, M., Farrugia, P., Mills, K., Hall, W. & Baillie, A. (2012). Alcohol, tobacco, and prescription drugs: the relationship with illicit drugs in the treatment of substance users. *Substance Use & Misuse, 47,* 971-1012. doi: 0.3109/10826084.2012.663283

Tholen, K. (2012). Nicht-opioide Analgetika und schwach wirkende Opioide. In Glaeske, G. & Schicktanz, C. (Hrsg.), *BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, *14*, 96-113. Siegburg: Asgard.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases, 29,* 127-138. doi: 10.1080/ 10550881003684582

Tull, M. T. & Gratz, K. L. (2012). The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. *Drug and Alcohol Dependence, 121,* 97-102. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.08.014

Weissinger, V. & Missel, P. (2012). Fachverband Sucht e.V.: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung. *Sucht Aktuell, 19(2).*

Williams, I. L. (2014). Desilencing Fatherhood: Making the Invisible Visible Within Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 9,* 160-185. Doi: 10.1080/1556035X.2014.906784

Winkler, K. (2007). Behandlungsangebote für substanzabhängige Mütter kleiner Kinder: Bindungstheoretische Überlegungen. *Sucht, 53(1),* 23-32. Doi: 10.1463/2007.01.04

Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V. & Wüst, G. (2004) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell, 2*, 5-15.

Zullig, K. J. & Divin, A. L. (2012). The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors, 37(8),* 890-899. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.008

7. Anhang

7.1 Anhang A - Ergebnisse

Tabelle A1.1: ***Soziodemografie – Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Gesamt-stichprobe***		Gruppen**** 1		Gruppen**** 2		Teststatistik des Gruppenvergleichs**			
		N	%	*n*	%	*n*	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
Geschlecht								0.00	40.19	1	0.15
	Männlich	1370	72.6	86	51.5	1236	74.5				
	Weiblich	518	27.4	81	48.5	423	25.5				
Nationalität								0.15	2.05	1	0.03
	Deutsch	1678	88.9	143	85.6	1481	89.3				
	Ausländisch	210	11.1	24	14.4	178	10.7				
Migration											
	Selbst immigriert	213	11.3	22	13.2	186	11.2	0.45	0.58	1	0.02
	Eltern immigriert	80	4.2	13	7.8	67	4.0	0.02	5.08	1	0.05
Familienstand								0.28	6.26*	5	0.06
	Keine Angabe	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Ledig	970	51.4	72	43.1	866	52.2				
	Verheiratet, zusammenlebend	231	12.2	25	15.0	198	11.9				
	Verheiratet, getrennt lebend	155	8.2	13	7.8	136	8.2				
	Geschieden	457	24.2	49	29.3	393	23.7				
	Verwitwet	73	3.9	8	4.8	64	3.9				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	χ^2	*df*	*V*
Wohnsituation								0.55	7.30*	9	0.07
	Keine Angabe	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Selbstständig	1305	69.1	123	73.7	1147	69.1				
	Bei anderen Personen	123	6.5	9	5.4	107	6.4				
	Ambulant betreut	44	2.3	3	1.8	37	2.2				
	(Fach-)Klinik, Reha.-Einrichtung	292	15.5	29	17.4	256	15.4				
	(Übergangs-)Wohnheim	53	2.8	1	0.6	47	2.8				
	JVA, Maßregelvollzug	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	15	0.8	0	0.0	13	0.8				
	Sonstiges	42	2.2	1	0.6	39	2.4				
	Ohne Wohnung	10	0.5	1	0.6	9	0.5				
Schulabschluss								0.09	10.66*	6	0.08
	Keine Angabe	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Kein Abschluss	120	6.4	10	6.0	104	6.3				
	Sonderschule	48	2.5	2	1.2	44	2.7				
	Haupt-, Volksschule	540	28.6	44	26.3	475	28.6				
	Realschule	787	41.7	79	47.3	685	41.3				
	(Fach-)Gymnasium	374	19.8	27	16.2	337	20.3				
	Andere Abschlüsse	17	0.9	5	3.0	12	0.7				
Bildungs-abschluss								0.37	6.12*	6	0.06
	Keine Angaben	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Aktuell in Ausbildung	6	0.3	0	0.0	5	0.3				
	Kein Abschluss	512	27.1	48	28.7	436	26.3				
	Lehrausbildung	1101	58.3	89	53.3	986	59.4				
	Meister, Technik	43	2.3	2	1.2	38	2.3				
	Hochschulabschluss	176	9.3	21	12.6	152	9.2				
	Andere Abschlüsse	48	2.5	7	4.2	40	2.3				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
Erwerbs-situation								0.04	19.48*	10	0.10
	Ausbildung	7	0.4	0	0.0	7	0.4				
	Angestellt, verbeamtet	440	23.3	34	20.4	398	24.0				
	Selbstständig, freiberuflich	33	1.7	2	1.2	29	1.7				
	Sonstiges	11	0.6	0	0.0	9	0.5				
	Berufliche Rehabilitation	5	0.3	1	0.6	4	0.2				
	Arbeitslos nach SGB III	174	9.2	18	10.8	154	9.3				
	Arbeitslos nach SGB II	954	50.5	73	43.7	845	50.9				
	Schule, Studium	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Hausfrau, -mann	12	0.6	3	1.8	9	0.5				
	Rente, Pension	210	11.1	31	18.6	172	10.4				
	Sonstiger Nichterwerb	40	2.1	5	3.0	30	1.8				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Gesamtstichprobe (N = 1888)/ **** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n = 1659)*

Tabelle A1.2: ***Soziodemografie – Subgruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Subgruppen***								Teststatistik des Subgruppenvergleichs**			
		1a		1b		1c		1d					
		n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
Geschlecht										0.01	10.41	3	0.26
	Männlich	52	62.7	14	41.2	8	50.0	5	26.3				
	Weiblich	31	37.3	20	58.8	8	50.0	14	19.2				
Nationalität										0.00	14.29*	3	0.32
	Deutsch	72	86.7	33	97.1	12	75.0	11	57.9				
	Ausländisch	11	13.3	1	2.9	4	25.0	8	42.1				
Migration													
	Selbst immigriert	13	15.7	2	5.9	1	6.3	5	26.3	0.17	4.85*	3	0.19
	Eltern immigriert	7	8.4	3	8.8	2	12.5	0	0.0	0.51	2.16*	3	0.12

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
Familienstand										0.06	20.20	12	0.21
	Ledig	35	42.2	15	44.1	9	56.3	2	10.5				
	Verheiratet, zusammenlebend	11	13.3	8	23.5	0	0.0	5	26.3				
	Verheiratet, getrennt lebend	5	6.0	3	8.8	0	0.0	4	21.1				
	Geschieden	26	31.3	8	23.5	6	37.5	7	36.8				
	Verwitwet	6	7.2	0	0.0	1	6.3	1	5.3				
Wohnsituation										0.36	19.01*	18	0.21
	Selbstständig	62	74.7	26	76.5	11	68.8	11	57.9				
	Bei anderen Personen	4	4.8	2	5.9	1	6.3	2	10.5				
	Ambulant betreut	1	1.2	2	5.9	1	6.3	2	10.5				
	(Fach-)Klinik, Reha.-Einrichtung	15	18.1	3	8.8	4	25.0	5	26.3				
	(Übergangs-)Wohnheim	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Sonstige	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	Ohne Wohnung	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
Schulabschluss										0.11	19.40*	15	0.22
	Kein Abschluss	4	4.8	3	8.8	2	12.5	0	0.0				
	Sonderschule	1	1.2	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Haupt-, Volksschule	22	26.5	3	8.8	6	37.5	10	52.6				
	Realschule	36	43.4	21	61.8	6	37.5	6	31.6				
	(Fach-)Gymnasium	15	18.1	6	17.6	2	12.5	3	15.8				
	Andere Abschlüsse	5	6.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
Bildungs-abschluss										0.43	11.32*	12	0.16
	Kein Abschluss	22	26.5	5	14.7	7	43.8	6	31.6				
	Lehrausbildung	47	56.6	19	55.9	7	43.8	10	52.6				
	Meister, Technik	1	1.2	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Hochschulabschluss	11	13.3	5	14.7	1	6.3	3	15.8				
	Andere Abschlüsse	2	2.4	4	11.8	1	6.3	0	0.0				

Variablen		*n (1a)*	*%*	*n (1b)*	*%*	*n (1c)*	*%*	*n (1d)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
Erwerbs-situation										0.33	23.27	21	0.23
	Angestellt, verbeamtet	17	20.5	11	32.4	2	12.5	2	10.5				
	Selbstständig, freiberuflich	1	1.2	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
	Berufliche Rehabilitation	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Arbeitslos nach SGB III	11	13.3	3	8.8	1	6.3	1	5.3				
	Arbeitslos nach SGB II	35	42.2	14	41.2	10	62.5	8	42.1				
	Hausfrau, -mann	1	1.2	1	2.9	0	0.0	1	5.3				
	Rente, Pension	17	20.5	2	5.9	2	12.5	6	31.6				
	Sonstiger Nichterwerb	1	1.2	2	5.9	1	6.3	0	0.0				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

Tabelle A1.3: ***Soziodemografie - Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (metrische Variablen)***

Variable	Gesamtstichprobe**			Gruppen***						Teststatistik des Gruppenvergleichs*			
				1			2						
	Md	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*p*	*U*	*z*	*r*
Alter	48.0	46.8	10.7	48.0	47.9	10.7	48.0	46.8	10.7	0.48	133911	-0.71	-0.02
	N	*%*		*n*	*%*		*n*	*%*					
Eigene Kinder	179	9.5		17	10.2		151	9.1		0.44	135550	-0.8	-0.01
Kinder im Haushalt	194	10.3		18	10.8		146	8.8		0.37	135806	-0.9	-0.02

Anmerkungen: ** Mann-Whitney-Test (U)/ ** Gesamtstichprobe (N = 1888)/ *** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n= 1659)*

Tabelle A1.4: ***Soziodemografie - Subgruppenvergleich (metrische Variablen)***

Variable	Subgruppen**												Teststatistik des Subgruppenvergleichs*		
	1a			1b			1c			1d					
	Md	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*p*	*H*	*df*
Alter	49.0	50.2	9.8	46.5	46.1	8.5	43.5	44.6	12.9	50.0	50.5	10.9	0.92	6.4	3
	n	%		*n*	%		*n*	%		*n*	%				
Eigene Kinder	7	8.6		3	7.8		0	0.0		2	10.5		0.57	6.4	3
Kinder im Haushalt	9	10.8		3	8.8		0	0.0		2	10.5		0.55	2.2	3

Anmerkungen: * *Kruskal-Wallis-Test (H)/ ** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

Tabelle A2.1: ***Psychiatrische, substanzbezogene Diagnosen – Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Gesamt-stichprobe***		Gruppen****				Teststatistik des Gruppenvergleichs**			
				1		2					
		N	%	*n*	%	*n*	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F10 Alkohol								0.00	65.97*	2	0.26
	Keine Diagnose	18	1.0	14	8.4	4	0.2				
	Schädlicher Gebrauch	16	0.8	7	4.2	9	0.5				
	Abhängigkeit, abstinent	1834	97.1	146	87.4	1646	99.2				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	20	1.1	-		-					
F10 gesamt								0.00	103.06	1	0.24
	Keine Diagnose	18	1.0	14	8.4	4	0.2				
	Diagnose	1870	99.0	153	91.6	1655	99.8				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F11 Heroin								0.00	12.33*	2	0.10
	Keine Diagnose	1828	96.8	158	94.6	1615	97.3				
	Schädlicher Gebrauch	15	0.8	6	3.6	8	0.5				
	Abhängigkeit, abstinent	45	2.4	3	1.8	36	2.2				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	0	0.0	-		-					
F11 Methadon								0.34	2.54*	2	0.03
	Keine Diagnose	1874	99.3	165	98.8	1650	99.5				
	Schädlicher Gebrauch	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Abhängigkeit, abstinent	11	0.6	2	1.2	7	0.4				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	1	0.1	-		-					
F11 Bupren-orphin	Keine Diagnose	1888	100	-		-					
F11 andere Opiate								0.00	35.54*	2	0.19
	Keine Diagnose	1848	97.9	152	91.0	1640	98.9				
	Schädlicher Gebrauch	3	0.2	3	1.8	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	33	1.7	12	7.2	19	1.1				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	4	0.2								
F11 gesamt								0.00	39.10	1	0.15
	Keine Diagnose	1793	95.0	143	85.6	1594	96.3				
	Diagnose	95	5.0	24	14.4	61	3.7				
F12 Cannabinoide								0.01	9.20	2	0.07
	Keine Diagnose	1458	77.2	115	68.9	1311	79.0				
	Schädlicher Gebrauch	137	7.3	17	10.2	118	7.1				
	Abhängigkeit, abstinent	273	14.5	35	21.0	230	13.9				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	20	1.1	-		-					
F12 gesamt								0.00	9.16	1	0.07
	Keine Diagnose	1458	77.2	115	68.9	1311	79.0				
	Diagnose	430	22.8	52	31.1	348	21.0				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F13 Barbitu-rate									-		
	Keine Diagnose	1880	99.6	159	95.2	1659	100				
	Schädlicher Gebrauch	3	0.2	3	1.8	-					
	Abhängigkeit, abstinent	5	0.3	5	3.0	-					
	Abhängigkeit, nicht abstinent	0	0.0	-		-					
F13 Benzo-diazepine									-		
	Keine Diagnose	1794	95.0	81	49.5	1659	100				
	Schädlicher Gebrauch	21	1.1	20	11.0	-					
	Abhängigkeit, abstinent	70	3.7	66	39.5	-					
	Abhängigkeit, nicht abstinent	3	0.2	-		-					
F13 andere Sedativa/ Hypnotika									-		
	Keine Diagnose	1857	98.4	140	84.8	1659	100				
	Schädlicher Gebrauch	9	0.5	7	4.2	-					
	Abhängigkeit, abstinent	20	1.1	20	11.0	-					
	Abhängigkeit, nicht abstinent	2	0.1			-					
F13 gesamt									-		
	Keine Diagnose	1765	93.5	56	33.5	1695	100				
	Diagnose	123	6.5	111	66.5	-					
F14 Kokain								0.10	9.30	2	0.07
	Keine Diagnose	1692	89.6	140	83.8	1511	91.1				
	Schädlicher Gebrauch	64	3.4	10	6.0	51	3.1				
	Abhängigkeit, abstinent	123	6.5	17	10.2	97	5.8				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	9	0.5	-		-					
F14 Crack								0.04	6.81*	2	0.08
	Keine Diagnose	1880	99.6	165	98.8	1655	99.8				
	Schädlicher Gebrauch	1	0.1	1	0.6	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	7	0.4	1	0.6	4	0.2				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	0	0.0	-		-					
F14 gesamt								0.00	9.20	1	0.07
	Keine Diagnose	1692	89.6	140	83.8	1511	91.1				
	Diagnose	196	10.4	27	16.2	148	8.9				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F15 Ampheta-min								0.52	1.32	2	0.03
	Keine Diagnose	1751	92.7	152	91.0	1546	93.2				
	Schädlicher Gebrauch	50	2.6	5	3.0	44	2.7				
	Abhängigkeit, abstinent	83	4.4	10	6.0	69	4.2				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	4	0.2	-		-					
F15 MDMA								0.76	0.76*	2	0.03
	Keine Diagnose	1859	98.5	166	99.4	1633	98.4				
	Schädlicher Gebrauch	14	0.7	1	0.6	12	0.7				
	Abhängigkeit, abstinent	15	0.8	0	0.0	14	0.8				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	0	0.0	-		-					
F15 andere Stimulanzien								0.00	13.89*	2	0.10
	Keine Diagnose	1863	98.7	159	95.2	1644	99.1				
	Schädlicher Gebrauch	13	0.7	5	3.0	8	0.5				
	Abhängigkeit, abstinent	10	0.5	3	1.8	7	0.4				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	2	0.01	-		-					
F15 gesamt								0.06	3.45	1	0.04
	Keine Diagnose	1728	91.5	147	88.0	1529	92.2				
	Diagnose	160	8.5	20	12.0	130	7.8				
F16 LSD								0.01	10.19*	2	0.09
	Keine Diagnose	1825	96.7	157	94.0	1615	97.3				
	Schädlicher Gebrauch	29	1.5	8	4.8	19	1.1				
	Abhängigkeit, abstinent	28	1.5	2	1.2	25	1.5				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	6	0.3	-		-					
F16 Mescalin								0.09	9.94*	1	0.07
	Keine Diagnose	1885	99.8	166	99.4	1659	100				
	Schädlicher Gebrauch	3	0.2	1	0.6	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	0	0.0	-		-					
	Abhängigkeit, nicht abstinent	0	0.0	-		-					

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F16 andere								0.26	2.28*	2	0.03
Halluzinogene	Keine Diagnose	1868	98.9	164	98.2	1644	99.1				
	Schädlicher Gebrauch	12	0.6	2	1.2	9	0.5				
	Abhängigkeit, abstinent	7	0.4	1	0.6	6	0.4				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	1	0.1	-		-					
F16 gesamt								0.01	7.70	1	0.07
	Keine Diagnose	1814	96.1	155	92.8	1608	96.9				
	Diagnose	74	3.9	12	7.2	51	3.1				
F17 Tabak								0.00	15.74	3	0.09
	Keine Diagnose	348	18.4	46	27.5	298	17.8				
	Schädlicher Gebrauch	162	8.6	21	12.6	138	8.3				
	Abhängigkeit, abstinent	87	4.6	9	5.4	78	4.7				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	1291	68.4	91	54.5	1147	69.1				
F17 gesamt								0.00	9.38	1	0.07
	Keine Diagnose	348	18.4	46	27.5	296	17.8				
	Diagnose	1540	81.6	121	72.5	1363	82.2				
F18 flüchtige								1.00	0.20*	1	0.01
Lösungsmittel	Keine Diagnose	1885	99.8	167	100	1657	99.9				
	Schädlicher Gebrauch	0	0.0	-		-					
	Abhängigkeit, abstinent	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	1	0.1	-		-					
F18 gesamt								1.00	0.20*	1	0.01
	Keine Diagnose	1885	99.8	167	100	1657	99.9				
	Diagnose	3	0.2	0	0.0	2	0.1				
F19 andere								0.29	2.77*	2	0.03
psychotrope	Keine Diagnose	1873	99.2	165	98.8	1648	99.3				
Substanzen	Schädlicher Gebrauch	4	0.2	1	0.6	2	0.1				
	Abhängigkeit, abstinent	10	0.5	1	0.6	9	0.5				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	1	0.1	-		-					

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F19 gesamt								0.34	0.61*	1	0.02
	Keine Diagnose	1873	99.2	165	98.8	1648	99.3				
	Diagnose	15	0.8	2	1.2	11	0.7				
F55.0 Anti-depressiva									-		
	Keine Diagnose	1835	97.2	117	70.1	1659	100				
	Diagnose	53	2.8	50	29.9	-					
F55.1 Laxan-tien									-		
	Keine Diagnose	1881	99.6	160	95.8	1659	100				
	Diagnose	7	0.4	7	4.2	-					
F55.2 Analge-tika									-		
	Keine Diagnose	185	98.3	136	81.4	1659	100				
	Diagnose	32	1.7	31	18.6	-					
Polytoxiko-manie								0.00	25.57	2	0.12
	Gegeben	230	12.2	38	22.8	168	10.1				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Gesamtstichprobe (N =1888)/ **** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n = 1659)*

Tabelle A2.2: ***Weitere psychiatrische Diagnosen – Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Gesamt-stichprobe***		Gruppen****				Teststatistik des Gruppenvergleichs**			
				1		2					
		N	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F63.0								0.02	14.66*	6	0.11
Pathologisch./	Keine Diagnose	1817	96.2	158	94.6	1600	96.4				
zwanghaftes	Geldspielautomaten	30	1.6	6	3.6	23	1.4				
Spielen	Kleines Spiel	3	0.2	0	0.0	3	0.2				
	Großes Spiel	5	0.3	0	0.0	4	0.2				
	Wetten	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Andere	25	1.3	0	0.0	24	1.4				
	Mehrere	6	0.3	3	3.3	3	0.2				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F50								0.01	17.52*	6	0.11
Essstörungen	Keine Diagnose	1836	97.2	155	92.8	1621	97.7				
	Atypische Anorexia	5	0.3	0	0.0	5	0.3				
	Bulimia nervosa	27	1.4	8	3.8	17	1.0				
	Atypische Bulimie	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	Essattacken bei anderen psych. Störungen	5	0.3	1	0.6	4	0.2				
	Erbrechen bei anderen psych. Störungen	1	0.1	0	0.0	1	0.1				
	Anorexia nervosa	12	0.6	3	1.8	9	0.5				
F2 Schizo-								0.95	1.75*	6	0.03
phrenie,	Keine Diagnose	1844	9	165	98.8	1618	97.5				
schizotype,	F20 Schizophrenie	13	0.7	1	0.6	11	0.7				
wahnhafte	F22 anhaltende wahnhafte S.	3	0.2	0	0.0	3	0.2				
Störungen	F23 akute vorübergehende	2	0.2	0	0.0	4	0.2				
	psychotische S.	4									
	F25 induzierte wahnhafte S.	11	0.6	1	0.6	10	0.6				
	F28 sonstige nichtorganische psychotische S.	1	0.1	0	0.0	1	0.1				
	F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	12	0.6	0	0.0	12	0.7				
F3 Affektive								0.00	28.61*	5	0.13
Störungen	Keine Diagnose	1692	89.6	129	77.2	1504	90.7				
	F31 bipolare affektive S.	24	1.3	6	3.6	18	1.1				
	F32 depressive Episode	65	3.4	15	9.0	49	3.0				
	F33 rezidivierende depressive S.	97	5.1	16	9.6	79	4.8				
	F34 anhaltende affektive Stö- rung	9	0.5	1	0.6	8	0.5				
	F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	1	0.1	0	0.0	1	0.1				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F4 Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen								0.00	45.34*	7	0.18
	Keine Diagnose	1806	95.7	142	85.0	1606	96.8				
	F40 phobische S.	24	1.3	7	4.2	17	1.0				
	F41 andere Angststörungen	19	1.0	8	4.8	11	0.7				
	F42 Zwangsstörung	6	0.3	2	1.2	4	0.2				
	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpass.-S.	22	1.2	4	2.4	16	1.0				
	F44 dissoziative Störung	2	0.1	1	0.6	1	0.1				
	F45 somatoforme S.	8	0.4	3	1.8	3	0.2				
	F48 andere neurotische S.	1	0.1	0	0.0	1	0.1				
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen								0.18	4.02	1	0.05
	Keine Diagnose	1886	99.9	166	99.4	1658	99.9				
	F51 nichtorganische Schlafstörung	2	0.01	1	0.6	1	0.1				
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen								0.43	5.06*	5	0.05
	Keine Diagnose	1291	68.4	110	65.9	1142	68.8				
	F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen	523	27.7	47	28.1	457	27.5				
	F61 kombinierte, andere Persönlichkeitsstörung	70	3.7	10	6.0	55	3.3				
	F62 andauernde Persönlichkeitsänderung	3	0.2	0	0.0	3	0.2				
	F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1	0.1	0	0.0	1	0.1				
F7 Intelligenzminderung								0.74	0.85*	3	0.02
	Keine Diagnose	1874	99.3	166	99.4	1646	99.2				
	F70 leichte Intelligenzmin.	9	0.5	1	0.6	8	0.5				
	F72 schwere Intelligenzmin.	2	0.1	0	0.0	2	0.1				
	F79 nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	3	0.2	0	0.0	3	0.2				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F8									-		
Entwicklungs-störungen	Keine Diagnose	1887	99.9	167	100	1659	100				
	F81 umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten	1	0.1	-		-					
F9								1.00	0.10	1	0.01
Verhaltens-, emotionale Störungen mit Beginn in Ki. und Jugend	Keine Diagnose	1886	99.9	176	100	1658	99.9				
	F91 S. des Sozialverhalten	1	0.1	-		-					
	F92 kombinierte S. des Sozialverhaltens und d. Emotionen	1	0.1	0	0.0	1	0.1				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Gesamtstichprobe (N = 1888)/ **** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n = 1659)*

Tabelle A2.3: ***Psychiatrische, substanzbezogene Diagnosen – Subgruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Subgruppenanalyse***								Teststatistik des Subgruppenvergleichs**			
		1a		1b		1c		1d					
		n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F10 Alkohol										0.01	13.63*	6	0.23
	Keine Diagnose	8	9.6	0	0.0	0	0.0	5	26.3				
	Schädlicher Gebrauch	3	3.6	1	2.9	0	0.0	2	10.5				
	Abhängigkeit, abstinent	72	86.7	33	97.1	16	100	12	63.2				
F10 gesamt										0.01	10.44*	3	0.29
	Keine Diagnose	8	9.6	0	0.0	0	0.0	5	26.3				
	Diagnose	75	90.4	34	100	16	100	14	73.7				

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F11 Heroin										1.00	2.15*	6	0.10
	Keine Diagnose	77	92.8	33	97.1	16	100	18	94.7				
	Schädlicher Gebrauch	4	4.8	1	2.9	0	0.0	1	5.3				
	Abhängigkeit, abstinent	2	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F11 Methadon										0.03	7.29*	3	0.31
	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	17	89.5				
	Schädlicher Gebrauch	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.5				
	Abhängigkeit, abstinent	-		-		-		-					
F11 Buprenor.													
	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				
F11 andere Opiate										0.02	12.56*	6	0.23
	Keine Diagnose	76	91.6	34	100	15	93.8	13	68.4				
	Schädlicher Gebrauch	2	2.4	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
	Abhängigkeit, abstinent	5	6.0	0	0.0	1	6.3	5	26.3				
F11 gesamt										0.01	10.97*	3	0.28
	Keine Diagnose	70	84.3	33	97.1	15	93.8	12	63.2				
	Diagnose	13	15.7	1	2.9	1	6.3	7	36.8				
F12 Cannabinoide										0.25	7.47*	6	0.16
	Keine Diagnose	51	61.4	28	82.4	13	81.3	15	78.9				
	Schädlicher Gebrauch	10	12.0	2	5.9	2	12.5	1	5.3				
	Abhängigkeit, abstinent	22	26.5	4	11.8	1	6.3	3	19.7				
F12 gesamt										0.08	6.67*	3	0.22
	Keine Diagnose	51	61.4	28	82.4	13	81.3	15	78.9				
	Diagnose	32	38.6	6	17.6	3	18.8	4	21.1				
F13 Barbiturate											-		
	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				
F13 Benzo-diazepine											-		
	Keine Diagnose	17	20.5	34	100	16	100	4	21.1				
	Schädlicher Gebrauch	19	22.9	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
	Abhängigkeit, abstinent	47	56.6	0	0.0	0	0.0	14	73.7				

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F13 andere Sedativa/ Hypnotika											-		
	Keine Diagnose	61	73.5	34	100	16	100	15	78.9				
	Schädlicher Gebrauch	6	7.2	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
	Abhängigkeit, abstinent	16	19.3	0	0.0	0	0.0	3	15.8				
F13 gesamt											-		
	Keine Diagnose	0	0.0	34	100	16	100	2	10.5				
	Diagnose	83	100	0	0.0	0	0.0	17	89.5				
F14 Kokain										0.30	6.43*	6	0.16
	Keine Diagnose	66	79.5	31	91.2	15	93.8	18	94.7				
	Schädlicher Gebrauch	8	9.6	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	9	10.8	3	8.8	0	0.0	1	5.3				
F14 Crack										1.00	4.31*	6	0.07
	Keine Diagnose	81	97.6	34	100	16	100	19	12.7				
	Schädlicher Gebrauch	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F14 gesamt										0.21	4.49*	3	0.19
	Keine Diagnose	66	79.5	31	91.2	15	93.8	18	94.7				
	Diagnose	17	20.5	3	8.8	1	6.3	1	5.3				
F15 Amphetamin										0.70	3.42*	6	0.12
	Keine Diagnose	75	90.4	33	97.1	15	93.8	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	3	3.6	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	5	6.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
F15 MDMA										1.00	2.15*	3	0.07
	Keine Diagnose	82	98.8	34	100	16	100	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F15 andere Stimulanzien										1.00	1.77*	6	0.10
	Keine Diagnose	77	92.8	32	94.1	16	100	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	4	4.8	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	2	2.4	1	2.9	0	0.0	0	0.0				

Variablen		*n* (1a)	*%*	*n* (1b)	*%*	*n* (1c)	*%*	*n* (1d)	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
F15 gesamt										0.40	2.83*	3	0.15
	Keine Diagnose	72	86.7	31	91.2	15	93.8	19	100				
	Diagnose	11	13.3	3	8.8	1	6.3	0	0.0				
F16 LSD										0.43	6.02*	6	0.14
	Keine Diagnose	75	90.4	34	100	15	93.8	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	7	8.4	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F16 Mescalin										0.11	5.44*	3	0.24
	Keine Diagnose	83	100	34	100	15	93.8	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F16 andere Halluzinogene										0.32	3.19*	3	0.16
	Keine Diagnose	82	98.8	34	100	15	93.8	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	1	1.2	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F16 gesamt										0.10	5.30*	3	0.20
	Keine Diagnose	74	89.2	34	100	15	93.8	19	100				
	Diagnose	9	10.8	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
F17 Tabak										0.74	5.91*	9	0.12
	Keine Diagnose	22	26.5	13	38.2	3	18.8	5	26.3				
	Schädlicher Gebrauch	11	13.3	4	11.8	1	6.3	3	15.8				
	Abhängigkeit, abstinent	4	4.8	1	2.9	0	0.0	2	10.5				
	Abhängigkeit, nicht abstinent	46	55.4	16	47.1	12	75	9	47.4				
F17 gesamt										0.51	2.40*	3	0.13
	Keine Diagnose	22	26.5	13	38.2	3	18.8	5	26.3				
	Diagnose	61	73.5	21	61.8	13	81.3	14	73.7				
F18 flüchtige Lösungsmittel											-		
	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F19 andere psychotrope Substanzen										1.00	4.31*	6	0.07
	Keine Diagnose	81	97.6	34	100	16	100	19	100				
	Schädlicher Gebrauch	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
	Abhängigkeit, abstinent	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F19 gesamt										1.00	1.31*	3	0.11
	Keine Diagnose	81	97.6	34	100	16	100	19	100				
	Diagnose	2	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F55.0 Antidepressiva											-		
	Keine Diagnose	83	100	0	0.0	16	100	6	31.6				
	Diagnose	0	0.0	34	100	0	0.0	13	68.4				
F55.1 Laxantien											-		
	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				
	Diagnose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F55.2 Analgetika											-		
	Keine Diagnose	83	100	34	100	0	0.0	7	36.8				
	Diagnose	0	0.0	0	0.0	16	100	12	63.2				
Polytoxikomanie										0.01	15.55*	6	0.23
	Gegeben	25	30.1	2	5.9	1	6.3	4	21.1				

Anmerkungen: **Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

Tabelle A2.4: ***Weitere psychiatrische Diagnosen – Subgruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Subgruppenanalyse***								Teststatistik des Subguppenvergleichs**			
		1a		1b		1c		1d					
		n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F63.0 Pathologisch./ zwanghaftes Spielen										0.31	5.81*	6	0.13
	Keine Diagnose	80	96.4	30	88.2	15	93.8	18	94.7				
	Geldspielautomaten	2	2.4	3	8.8	1	6.3	0	0.0				
	Mehrere	1	1.2	1	2.9	0	0.0	1	5.3				
F50 Essstörungen										0.28	6.09*	6	0.14
	Keine Diagnose	78	94.0	34	100	15	93.8	16	84.2				
	Bulimia nervosa	3	3.6	0	0.0	1	6.3	2	10.5				
	Anorexia nervosa	2	2.4	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte S.										0.70	6.08*	6	0.12
	Keine Diagnose	82	98.8	33	97.1	16	100	19	100				
	F20 Schizophrenie	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	F25 induzierte wahnhafte S.	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F3 affektive Störungen										0.01	19.50*	9	0.22
	Keine Diagnose	70	84.3	21	61.8	15	93.8	11	57.9				
	F31 bipolare affektive S.	5	6.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0				
	F32 depressive Episode	4	4.8	5	14.7	0	0.0	5	26.3				
	F33 rezidivierende depressive S.	4	4.8	7	20.6	1	6.3	3	15.8				

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
F4										0.13	17.81*	15	0.22
Neurotische,	Keine Diagnose	74	89.2	28	82.4	14	87.5	14	73.7				
Belastungs-,	F40 phobische S.	4	4.8	2	5.9	1	6.3	0	0.0				
somatoforme	F41 andere Angststörungen	4	4.8	2	5.9	0	0.0	2	10.5				
Störungen	F42 Zwangsstörung	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung	1	1.2	1	2.9	0	0.0	1	5.3				
	F45 somatoforme S.	0	0.0	1	2.9	0	0.0	2	10.5				
F5 Verhaltens-										1.00	2.15*	3	0.07
auffälligkeiten	Keine Diagnose	82	98.8	34	100	16	100	19	100				
mit körperl. Störungen	F51 nichtorganische Schlafstörung	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
F6Persönlich-										0.77	3.36*	6	0.10
keits- und	Keine Diagnose	59	71.1	23	67.6	9	56.3	12	63.2				
Verhaltens-	F60 spezifische Persönlich-	18	21.7	10	29.4	6	37.5	6	31.6				
störungen	keitsstörungen												
	F61 kombinierte, andere Persönlichkeitsstörung	6	7.2	1	2.9	1	6.3	1	5.3				
F7 Intelligenz-										0.11	5.44*	3	0.24
minderung	Keine Diagnose	83	100	34	100	15	93.8	19	100				
	F70 leichte Intelligenzmin-	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0				
	derung												
F8 Entwick-											-		
lungsstörungen	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				
F9 V.- u. emot.											-		
S. in Ki. u. Ju.	Keine Diagnose	83	100	34	100	16	100	19	100				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

Tabelle A3.1: ***Behandlungscharakteristika – Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (kategoriale Variablen)***

Variablen		Gesamt-stichprobe***		Gruppen**** 1		Gruppen**** 2		Teststatistik des Gruppenvergleichs**			
		N	%	*n*	%	*n*	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
Form der Entwöhnungs-therapie								0.14	4.00	2	0.05
	Stationär	1372	72.7	132	79.0	1191	71.8				
	Teilstationär	122	6.5	8	4.8	107	6.4				
	Kombination	394	20.9	27	16.2	361	21.8				
Wieder-aufnahme								0.32	3.41*	3	0.15
	Gegeben	359	19.0	18	21.7	8	23.5				
Vorherige Inanspruch-nahme von Suchthilfe-angeboten	Medizinische Nothilfe	1090	57.7	96	57.5	948	57.1	0.03	6.97	2	0.06
	Entzug, Entgiftung	1793	95.0	160	95.8	1577	95.1	0.03	7.08	2	0.06
	Ambulante Behandlung	1084	57.4	95	56.9	944	56.9	0.01	8.59	2	0.07
	Ambulante Entwöhnungstherapie	129	6.8	9	5.4	117	7.1	0.01	9.02	2	0.07
	teilstationäre Entwöhnungstherapie	124	6.6	6	3.6	117	7.1	0.02	7.59	2	0.06
	Stationäre Entwöhnungstherapie	1113	59.0	102	61.1	974	58.7	0.18	3.15	2	0.04
	Kombinationstherapie	65	3.4	3	1.8	62	3.7	0.01	10.01	2	0.08
	Adaptionsbehandlung	164	8.7	14	8.4	148	8.9	0.09	4.91	2	0.05
	Ambulante sozialtherap. Maßnahmen	206	10.9	11	6.6	185	11.2	0.00	11.44	2	0.08
	Teilstationäre sozialtherap. Maßnahmen	95	5.0	4	2.4	91	5.5	0.00	11.20	2	0.09
	Stationäre sozialtherap. Maßnahmen	215	11.4	13	7.8	195	11.8	0.01	10.55	2	0.08
	Psychiatrische Behandlung	728	38.6	89	53.3	612	36.9	0.00	26.83	2	0.12
	Psychotherapie	655	34.7	75	44.9	556	33.5	0.00	14.56	2	0.09
	Selbsthilfegruppe	489	25.9	36	21.6	436	26.3	0.04	6.34	2	0.06

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ²*	*df*	*V*
	Substitutionsbehandlung	81	4.3	3	1.8	74	4.5	0.01	10.96	2	0.08
	Sonstige medizinische Maßnahmen	1054	55.8	100	59.9	914	55.1	0.01	9.86	2	0.07
	Sonstige Maßnahmen	352	18.6	25	15.0	318	19.2	0.01	9.02	2	0.07
Finanzierung											
	Institutionell	207	11.0	39	23.4	160	9.6	0.00	26.96*	2	0.13
	Selbstzahler	18	1.0	0	0.0	17	1.0	0.16	3.61*	2	0.05
	Rentenversicherung	1614	85.5	133	79.6	1431	86.3	0.02	8.12*	2	0.07
	Krankenversicherung	267	14.1	34	20.4	220	13.3	0.01	9.74*	2	0.08
	Sozialhilfe	9	0.5	0	0.0	9	0.5	0.28	2.70*	2	0.04
	Arbeitsagenturen, Jobcenter	8	0.4	0	0.0	8	0.5	0.37	2.63*	2	0.04
	Pflegeversicherung	4	0.2	0	0.0	4	0.2	0.62	1.05*	2	0.02
	Sonstige	15	0.8	2	1.2	13	0.8	0.40	1.72*	2	0.02
Vermittelnde Instanz								0.06	27.11*	17	0.13
	Keine, SelbstmelderIn	140	7.4	9	5.4	126	7.6				
	Familie	10	0.5	2	1.2	6	0.4				
	Krankenhaus	1131	59.9	111	66.5	990	59.7				
	Suchtberatungs-, Behandlungsstellen	533	28.2	37	22.2	474	28.6				
	ArbeitgeberIn, Schule	17	0.9	0	0.0	17	1.0				
	Ärztliche o. psychotherap. Betreuung	17	0.9	5	3.0	12	0.7				
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	12	0.6	2	1.2	10	0.6				
	Kosten-, Leistungsträger	10	0.5	0	0.0	10	0.6				
	Institutsambulanz	4	0.2	0	0.0	3	0.2				

Variablen		*N*	*%*	*n (1)*	*%*	*n (2)*	*%*	*p*	*χ^2*	*df*	*V*
Art der Therapie-beendigung								0.01	17.83*	7	0.10
	Regulär nach Behandlungsplan	1056	55.9	84	50.3	954	57.5				
	Vorzeitig auf ärztliche, therapeut. Veranlassung	154	8.2	19	11.4	125	7.5				
	Vorzeitig mit ärztlichem, therapeut. Einverständnis	48	2.5	8	4.8	40	2.4				
	Vorzeitig ohne ärztliches, therapeut. Einverständnis	463	24.5	45	26.9	388	23.4				
	Disziplinarisch	3	0.2	0	0.0	3	0.2				
	Außerplanmäßiger Wechsel	16	0.8	4	2.4	10	0.6				
	Planmäßiger Wechsel	147	7.8	7	4.2	138	8.2				
Problematik am Behand-lungsende								0.41	3.85*	4	0.04
	Keine Angabe	32	1.7	3	1.8	25	1.5				
	Erfolgreich	48	2.5	5	3.0	42	2.5				
	Gebessert	1312	69.5	108	64.7	1183	71.3				
	Unverändert	442	23.4	46	27.5	371	22.4				
	Verschlechtert	54	2.9	5	3.0	38	2.3				
Weiter-vermittlung								0.50	1.25*	2	0.02
	gegeben	1555	82.4	134	80.2	1376	82.9				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Gesamtstichprobe (N = 1888)/ **** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n = 1659)*

Tabelle A3.2: ***Behandlungscharakteristika – Subgruppenanalyse (kategoriale Variablen)***

Variablen		Subgruppenanalyse***								Teststatistik des Subgruppenvergleichs**			
		1a		1b		1c		1d					
		n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
Form der Entwöhnungstherapie										0.22	7.43*	6	0.17
	Stationär	61	73.5	30	88.2	15	93.8	14	73.7				
	Teilstationär	5	6.0	2	5.9	0	0.0	0	0.0				
	Kombination	17	20.5	2	5.9	1	6.3	5	26.3				
Wiederaufnahme										0.32	3.41*	3	0.15
	Gegeben	18	21.7	8	23.5	2	12.5	1	5.3				
Vorherige Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten													
	Medizinische Nothilfe	43	51.8	23	67.6	10	62.5	10	52.6	0.70	10.34*	6	0.19
	Entzug, Entgiftung	80	96.4	33	97.1	13	81.3	19	100	0.14	7.68*	6	0.18
	Ambulante Behandlung	54	65.1	19	55.9	7	43.8	8	9.1	0.09	9.89*	6	0.19
	Ambulante Entwöhnungstherapie	6	7.2	2	5.9	0	0.0	0	0.0	0.20	6.99*	6	0.17
	teilstationäre Entwöhnungstherapie	4	4.8	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0.29	5.84*	6	0.17
	Stationäre Entwöhnungstherapie	57	68.7	21	61.8	7	43.8	8	42.1	0.02	13.12*	6	0.24
	Kombinationstherapie	2	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.20	6.88*	6	0.17
	Adaptionsbehandlung	7	8.4	3	8.8	1	6.3	0	0.0	0.24	6.66*	6	0.17
	Ambulante sozialtherap. Maßnahmen	3	3.6	4	11.8	1	6.3	1	5.3	0.09	8.96*	6	0.18
	Teilstationäre sozialtherap. Maßnahmen	3	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.20	6.87*	6	0.17
	Stationäre sozialtherap. Maßnahmen	7	8.4	2	5.9	1	6.3	1	5.3	0.33	5.93*	6	0.15
	Psychiatrische Behandlung	43	51.8	17	50.0	6	37.5	11	57.9	0.32	6.37*	6	0.16
	Psychotherapie	39	47.0	13	38.2	3	18.8	10	52.6	0.16	9.19*	6	0.19

Variablen		*n* (1a)	%	*n* (1b)	%	*n* (1c)	%	*n* (1d)	%	*p*	χ^2	*df*	*V*
	Selbsthilfegruppe	23	27.7	9	26.5	3	18.8	1	5.3	0.08	9.92*	6	0.20
	Substitutionsbehandlung	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.16	7.76*	6	0.16
	Sonstige medizinische Maßnahmen	42	50.6	20	58.8	10	62.5	15	78.9	0.04	11.67*	6	0.21
	Sonstige Maßnahmen	11	13.3	4	11.8	4	25.0	3	15.8	0.17	8.02*	6	0.17*
Finanzierung													
	Institutionell	13	15.7	9	26.5	5	31.3	8	42.1	0.05	11.39*	6	0.19
	Rentenversicherung	64	77.1	33	97.1	12	75.0	12	63.2	0.01	15.53*	6	0.23
	Krankenversicherung	19	22.9	1	2.9	4	25.0	7	36.8	0.01	15.08*	6	0.21
	Sonstige	1	1.2	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0.38	6.76*	6	0.15
Vermittelnde Instanz										0.00	36.10*	18	0.30
	Keine, SelbstmelderIn	5	6.0	2	5.9	1	6.3	1	5.3				
	Familie	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3				
	Krankenhaus	59	71.1	14	41.2	12	75.0	14	73.7				
	Suchtberatungs-, Behandlungsstellen	19	22.9	14	41.2	1	6.3	1	5.3				
	Ärztliche o. psychotherap. Betreuung	0	0.0	3	8.8	1	6.3	1	5.3				
	Stationäre Reha.-Einricht.	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	5.3				
Art der Therapie-beendigung										0.81	9.69*	15	0.17
	Regulär nach Behandlungsplan	40	48.2	18	52.9	9	56.3	11	57.9				
	Vorzeitig auf ärztliche, therapeut. Veranlassung	9	10.8	4	11.8	1	6.3	1	5.3				
	Vorzeitig mit ärztlichem, therapeut. Einverständnis	5	6.0	3	8.8	0	0.0	0	0.0				
	Vorzeitig ohne ärztliches, therapeut. Einverständnis	24	28.9	7	20.6	3	18.8	6	31.6				
	Außerplanmäßiger Wechsel	2	2.4	0	0.0	2	12.5	0	0.0				
	Planmäßiger Wechsel	3	3.6	2	5.9	1	6.3	1	5.3				

Variablen		*n* (1a)	*%*	*n* (1b)	*%*	*n* (1c)	*%*	*n* (1d)	*%*	*p*	χ^2	*df*	*V*
Problematik am Behandlungs-ende										0.00	23.46*	12	0.27
	Keine Angabe	1	1.2	1	2.9	1	6.3	0	0.0				
	Erfolgreich	0	0.0	5	14.7	0	0.0	0	0.0				
	Gebessert	53	63.9	19	55.9	12	75.0	16	84.2				
	Unverändert	29	34.9	7	20.6	3	18.8	3	15.8				
	Verschlechtert	0	0.0	2	5.9	0	0.0	0	0.0				
Weiter-vermittlung										0.33	3.34*	3	0.16
	Gegeben	63	75.9	30	88.2	14	87.5	17	89.5				

Anmerkungen: ** Exakter Test nach Fisher/ ** Chi-Quadrat-Test (χ^2)/ *** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

Tabelle A3.3: ***Behandlungscharakteristika – Gesamtstichprobe und Gruppenvergleich (metrische Variablen)***

Variablen	Gesamtstichprobe**			Gruppen***						Teststatistik des Gruppenvergleichs*			
				1			2						
	Md	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*P*	*U*	*z*	*r*
Behandlungsdauer in Tagen	84.0	73.8	30.5	83.0	67.5	33.6	84.0	75.0	29.9	0.01	121010	-2.74	-0.06

Anmerkungen: ** Mann-Whitney-Test (U)/ ** Gesamtstichprobe (N = 1888)/ *** Gruppe 1: Fälle mit medikamentenbezogener Substanzstörung (n = 167), Gruppe 2: Fälle ohne medikamentenbezogene Substanzstörung (n = 1659)*

Tabelle A3.4: ***Behandlungscharakteristika – Subgruppenvergleich (metrische Variablen)***

Variablen	Subgruppen**												Teststatistik des Subgruppenvergleichs*		
	1a			1b			1c			1d					
	Md	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*p*	*H*	*df*
Behandlungs-dauer i. Tag.	81.0	66.5	33.8	84.0	68.6	31.2	84.0	65.6	36.2	84.0	82.1	30.7	0.33	3.49	3

Anmerkungen: ** Kruskal-Wallis-Test (H)/ ** Subgruppe 1a: Benzodiazepin oder andere Sedativa/ Hypnotika (n = 83), Subgruppe 1b: Antidepressiva (n = 34), Subgruppe 1c: Analgetika (n = 16), Subgruppe 1d: Kombinationen der genannten Medikamente (n = 19)*

7.2 Anhang B - Kodierungsschema

Tabelle B1: ***Kodierungsschema der Variablen zur Gruppen- und Subgruppenbildung***

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*	
X_Gruppeneinteilung	Gruppeneinteilung	0	Aktueller Konsum
		1	Gruppe 1
		2	Gruppe 2
X_Subgruppeneinteilung	Subgruppeneinteilung	0	Keine Zuteilung
		1	Subgruppe 1a
		2	Subgruppe 1b
		3	Subgruppe 1c
		4	Subgruppe 1d
X_aktueller_Konsum	Gegenwärtiger Substanzgebrauch	1	Nein
		2	Ja

Tabelle B2: ***Kodierungsschema der Variablen zur Soziodemografie (S)***

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*	
S_Alter	Alter in Jahren bei Betreuungsbeginn	keine	
S_Geschlecht	Geschlecht	0	Keine Angabe
		1	männlich
		2	weiblich
S_Nation	Nationalität	1	Deutsch
		2	Ausländisch
S_Migrant1	Person selbst immigriert	0	Keine Angabe
		1	Nein
		2	Ja
S_Migrant2	Eltern immigriert	0	Keine Angabe
		1	Nein
		2	Ja
S_Famsta	Familienstand	0	Keine Angabe
		1	Ledig
		2	Verheiratet, zusammenlebend
		3	Verheiratet, getrenntlebend
		4	Geschieden
		5	verwitwet
S_Kinder1	Anzahl eigener Kinder unter 18 Jahren	keine	
S_Kinder2	Anzahl Kinder u. 18 J. im eigenen Haushalt	keine	

Name	*Variablenlabel*		*Wertelabels*
S_Wohnung	Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn	0	Keine Angabe
		1	Selbstständig
		2	Bei anderen Personen
		3	Ambulant betreutes Wohnen
		4	(Fach-)Klinik, stationäre Reha.
		5	(Übergangs-)Wohnheim
		6	JVA, Maßregelvollzug
		7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle
		8	Sonstiges
		9	Ohne Wohnung
S_Schule	Höchster Schulabschluss	0	Keine Angabe
		1	Derzeit in Schulausbildung
		2	Ohne Schulabschluss abgegangen
		3	Sonderschulabschluss
		4	Haupt-, Volksschulabschluss
		5	Realschulabschluss
		6	(Fach-)Hochschulreife, Abitur
		7	Andere Abschlüsse
S_Ausbildung	Höchster Bildungsab-schluss	0	Keine Angabe
		1	Derzeit Hochschul-, Berufsausbildung
		2	Keine Hochschul-, Berufsausbildung
		3	Abgeschlossene Lehrausbildung
		4	Meister, Technik
		5	Hochschulabschluss
		6	Anderer Berufsabschluss
S_Erwerb	Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn	0	Keine Angabe
		1	Ausbildung
		2	Angestellt, beamtet
		3	Selbstständig, freiberuflich
		4	Sonstiger Erwerb
		5	In beruflicher Rehabilitation
		6	Arbeitslos nach SGB III
		7	Arbeitslos nach SGB II
		8	Schule, Studium
		9	Hausfrau, Hausmann
		10	Rente, Pension
		11	Sonstiger Nichterwerb

Tabelle B3: ***Kodierungsschema der Variablen zu den psychiatrischen Diagnosen (D)***

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*	
D_ICD1004_ Alkohol	Alkohol: ICD F10 Diagnose	0	Keine Diagnose
		10	Schädlicher Gebrauch
		20	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent
		21	Abh.: geg. a., schützende Umgebung
		22	Abh.: geg. a., Substitution
		23	Abh.: geg.a., aversive Mittel
		24	Abh.: geg. Substanzgebrauch
		25	Abh.: ständiger Substanzgebrauch
		26	Abh.: episodischer Substanzgebrauch
D_ICD1004_ Alkohol_ZF	Alkohol: ICD F10 Zusammenfassung	0	Keine Diagnose
		10	Schädlicher Gebrauch
		20	Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent
		24	Abhängigkeit: geg. Substanzgebrauch
D_F10_ZF	ICD F10 Diagnosen Zusammenfassung	0	Keine Diagnose
		1	Diagnose
D_ICD1114_ Heroin	Heroin: ICD F11 Diagnose		Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1114_ Heroin_ZF	Heroin: ICD F11 Zusammenfassung		Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1124_ Methadon	Methadon: ICD F11 Diagnose		Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1124_ Methadon_ZF	Methadon: ICD F11 Zusammenfassung		Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1134_ Buprenorphin	Buprenorphin: ICD F11 Diagnose		Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1134_ Buprenor-phin_ZF	Buprenorphin: ICD F11 Zusammenfassung		Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1144_ andereOpiate	Andere Opiate: ICD F11 Diagnose		Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1144_ andereOpi-ate_ZF	Andere Opiate: ICD F11 Zusammenfassung		Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F11_ZF	ICD F11 Diagnosen Zusammenfassung		Analog zu D_F10_ZF

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*
D_ICD1204_ Cannabino-ide_ZF	Cannabinoide: ICD F12 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F12_ZF	ICD F12 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1314_ Barbiturate	Barbiturate: ICD F13 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1314_ Barbiturate_ZF	Barbiturate: ICD F13 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1324_ Benzodiazepin	Benzodiazepine: ICD F13 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1324_ Benzodiaze-pin_ZF	Benzodiazepine: ICD F13 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1334_ andereSedativa	Andere Sedativa/ Hypno-tika: ICD F13 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1334_ andereSeda-tiva_ZF	Andere Sedativa/ Hypno-tika: ICD F13 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F13_ZF	ICD F13 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1414_ Kokain	Kokain: ICD F14 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1414_ Kokain_ZF	Kokain: ICD F14 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1424_ Crack	Crack: ICD F14 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1424_ Crack_ZF	Crack: ICD F14 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F14_ZF	ICD F14 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1514_ Amphetamin	Amphetamin: ICD F15 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*
D_ICD1514_ Ampheta-min_ZF	Amphetamin: ICD F15 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1524_ MDMA	MDMA: ICD F15 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1524_ MDMA_ZF	MDMA: ICD F15 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1534_ Andere Stimulanzien	Andere Stimulanzien: ICD F15 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1534_ AndStimulan-zien_ZF	Andere Stimulanzien: ICD F15 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F15_ZF	ICD F15 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1614_ LSD	LSD: ICD F16 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1614_ LSD_ZF	LSD: ICD F16 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1624_ Mescalin	Mescalin: ICD F16 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1624_ Mescalin_ZF	Mescalin: ICD F16 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_ICD1634_ Andere Halluzinogene	Andere Halluzinogene: ICD F16 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1634_ Andere Halluzino-gene_ZF	Andere Halluzinogene: ICD F16 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F16_ZF	ICD F16 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1704_ Tabak_ZF	Tabak: ICD F17 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*
D_F17_ZF	ICD F17 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1804_ flüchtigeLös	Flüchtige Lösungsmittel: ICD F18 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD8704_ flüchtige-Lös_ZF	Flüchtige Lösungsmittel: ICD F18 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F18_ZF	ICD F18 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD1904_ Andere_psy-chotropeS	Andere psychotrope Substanzen: ICD F19 Diagnose	Analog zu D_ICD1004_Alkohol
D_ICD1904_ Andere_psy-chotropeS_ZF	Andere psychotrope Substanzen: ICD F19 Zusammenfassung	Analog zu D_ICD1004_Alkohol_ZF
D_F19_ZF	ICD F19 Diagnosen Zusammenfassung	Analog zu D_F10_ZF
D_ICD5504_ Antidepressiva	Antidepressiva: ICD F55.0 Diagnose	0 Keine Angabe 1 Keine Diagnose 2 Diagnose
D_ICD5514_ Laxantien	Laxantien: ICD F55.1 Diagnose	0 Keine Angabe 1 Keine Diagnose 2 Diagnose
D_ICD5504_ Analgetika	Analgetika: ICD F55.2 Diagnose	0 Keine Angabe 1 Keine Diagnose 2 Diagnose
D_ICDPoly	Diagnose Polytoxikomanie	0 Keine Angabe 1 Nein 2 Ja
D_ICD_Patho-logischesSpiel	Pathologisches / zwang-haftes Spielen: ICD F63.0 Diagnose	0 Keine Diagnose 1 Geldspielautomaten 2 Kleines Spiel 3 Großes Spiel 4 Wetten 5 Andere 6 Mehrere

Name	*Variablenlabel*		*Wertelabels*
D_ICD_ Essstörungen	Essstörungen: ICD F50 Diagnosen	0	Keine Diagnose
		1	Atypische Anorexia
		2	Bulimia nervosa
		3	Atypische Bulimie
		4	Essattacken bei anderen psych. Stör.
		5	Erbrechen bei anderen psych. Stör
		6	Anorexia nervosa
D_ICD_PSY_ F2	Weitere ICD F Diagnosen: F2	0	Keine Diagnose
		20	F20 Schizophrenie
		22	F22 anhaltende wahnhafte Störung
		23	F23 akute vorübergehende psychot. S.
		25	F25 induzierte wahnhafte Störung
		28	F28 sonstige nichtorgan. psychot. S.
		29	F29 nicht näher bezeichnete nichtorgan. Psychose
D_ICD_PSY_ F3	Weitere ICD F Diagnosen: F3	0	Keine Diagnose
		31	F31 bipolare affektive Störung
		32	F32 depressive Episode
		33	F33 rezidivierende depressive Störung
		34	F34 anhaltende affektive Störung
D_ICD_PSY_ F4	Weitere ICD F Diagnosen: F4	0	Keine Diagnose
		40	F40 phobische Störung
		41	F41 andere Angststörungen
		43	F42 Reaktionen auf schwere Belastung, Anpassungsstörung
		44	F44 dissoziative Störung
		45	F45 somatoforme Störung
		48	F48 andere neurotische Störungen
D_ICD_PSY_ F5	Weitere ICD F Diagnosen: F5	0	Keine Diagnose
		51	F51 nichtorganische Schlafstörung
D_ICD_PSY_ F6	Weitere ICD F Diagnosen: F6	0	Keine Diagnose
		60	F60 spezifische Persönlichkeitsstörung
		61	F61 kombinierte, andere Persönlichk.
		62	F62 andauernde Persönl.-Änderung
		68	F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
D_ICD_PSY_ F7	Weitere ICD F Diagnosen: F7	0	Keine Diagnose
		70	F70 leichte Intelligenzminderung
		72	F72 schwere Intelligenzminderung
		79	F79 nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
D_ICD_PSY_ F8	Weitere ICD F Diagnosen: F8	0	Keine Diagnose
		81	F81 umschriebene Entwicklungsstör. schulischer Fertigkeiten
D_ICD_PSY_ F9	Weitere ICD F Diagnosen: F9	0	Keine Diagnose
		91	F91 Störungen des Sozialverhaltens
		92	F92 kombinierte S. des Sozialverhaltens und der Emotionen

Tabelle B4: ***Kodierungsschema der Variablen zu den Behandlungscharakteristika (B)***

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*	
B_Therapie form	Form der Entwöhnungstherapie	0	Keine Angabe
		1	Stationär
		2	Teilstationär
		3	Kombinationsbehandlung
B_Betdau	Behandlungsdauer in Tagen	keine	
B_Wieder	Wiederaufnahme in der HSFK	0	Keine Angabe
		1	Nein
		2	Ja
B_zuvor01	Zuvor	0	Keine Angabe
		1	Nein
		2	Ja
B_zuvor02	Zuvor medizinische Notfallhilfe		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor03	Zuvor Substitutionsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor04	Zuvor sonstige medizinische Maßnahmen		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor05	Zuvor Entzug, Entgiftung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor06	Zuvor ambulante Behandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor07	Zuvor ambulante Entwöhnungsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor08	Zuvor teilstationäre Entwöhnungsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor09	Zuvor stationäre Entwöhnungsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor10	Zuvor Kombinationsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor11	Zuvor Adaptionsbehandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor12	Zuvor ambulante sozial-therapeutische Behandlung		Analog zu B_zuvor01
B_zuvor13	Zuvor teilstationäre sozial-therapeutische Behandlung		Analog zu B_zuvor01

Name	*Variablenlabel*	*Wertelabels*
B_zuvor14	Zuvor stationäre sozialtherapeutische Behandlung	Analog zu B_zuvor01
B_zuvor15	Zuvor psychiatrische Behandlung	Analog zu B_zuvor01
B_zuvor16	Zuvor psychotherapeutische Behandlung	Analog zu B_zuvor01
B_zuvor17	Zuvor Besuch einer Selbsthilfegruppe	Analog zu B_zuvor01
B_zuvor18	Zuvor sonstige Maßnahmen	Analog zu B_zuvor01
B_Kosten1	Finanzierung: institutionell	0 Keine Angabe 1 Nein 2 Ja
B_Kosten2	Finanzierung: SelbstzahlerIn	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten3	Finanzierung: Rentenversicherung	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten4	Finanzierung: Krankenversicherung	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten5	Finanzierung: Sozialhilfe	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten6	Finanzierung: Jobcenter, Arbeitsagenturen	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten7	Finanzierung: Pflegeversicherung	Analog zu B_Kosten1
B_Kosten8	Finanzierung: sonstiges	Analog zu B_Kosten1

Name	*Variablenlabel*		*Wertelabels*
B_Vermitt	Vermittelnde Instanz	0	Keine/ SelbstmelderIn
		1	Familie
		2	Betrieb, Schule
		3	Ärztliche, psychotherap. Betreuung
		4	Niederschwellige Einrichtung
		5	Suchtberatungs-, Behandlungsstellen
		6	Institutsambulanz
		7	Ambulantes betreutes Wohnen
		8	Krankenhaus
		9	Teilstationäre Rehabilitation
		10	Stationäre Rehabilitation
		11	Sozialdienst, JVA, Maßregelvollzug
		12	Andere Beratungsdienste
		13	Einrichtungen der Jugendhilfe
		14	Arbeitsagentur, Jobcenter
		15	Kosten-, Leistungsträger
		16	Sonstige
B_Artend	Art der Therapiebeendigung	0	Keine Angabe
		1	Regulär nach Behandlungsplan
		2	Vorzeitig auf ärztliche, therap. Veranlassung
		3	Vorzeitig mit ärztlichem, therapeutischem Einverständnis
		4	Vorzeitig ohne ärzt., therap. Einverst.
		5	Disziplinarisch
		6	Außerplanmäßiger Wechsel
		7	Planmäßiger Wechsel
		8	Verstorben
B_problende	Problematik am Behandlungsende	0	Keine Angabe
		1	Erfolgreich
		2	Gebessert
		3	Unverändert
		4	Verschlechtert
B_weiter	Weitervermittlung am Behandlungsende	0	Keine Angabe
		1	Nein
		2	Ja

7.3 Anhang C - Selbstständigkeitserklärung

Die ausgefüllte und unterschriebene Selbstständigkeitserklärung befindet sich auf der nachfolgenden Seite.

TECHNISCHE UNIVERSITÄT CHEMNITZ

Studentenservice – Zentrales Prüfungsamt

Selbstständigkeitserklärung

Name: Plenz Vorname: Leonie geb. am: 30.09.1991 Matr.-Nr.: 416902	**Bitte beachten:** 1. Bitte binden Sie dieses Blatt am Ende Ihrer Arbeit ein.

Selbstständigkeitserklärung*

Ich erkläre gegenüber der Technischen Universität Chemnitz, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die vorliegende Arbeit ist frei von Plagiaten. Alle Ausführungen, die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Prüfungsleistung eingereicht und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Datum: 24.10.2017 Unterschrift: L. Plenz

---

* Statement of Authorship

I hereby certify to the Technische Universität Chemnitz that this thesis is all my own work and uses no external material other than that acknowledged in the text.

This work contains no plagiarism and all sentences or passages directly quoted from other people's work or including content derived from such work have been specifically credited to the authors and sources.

This paper has neither been submitted in the same or a similar form to any other examiner nor for the award of any other