

IFT Institut für Therapieforschung, München

Susanne Rösner

Heinrich Kufner

Jahresbericht 2002 Medikamentenmissbrauch bei Klienten
ambulanter Suchthilfeinrichtungen
(Monitoring-System ebis-med)^{1,2}
(Berichtszeitraum: 1.1.2002- 31.12.2002)

Annual report 2002 on pharmaceuticals misused by clients of
out-patient addiction treatment units
(Monitoring system ebis-med)
(Reference period: 1.1.2002- 31.12.2002)

München 2003

IFT-Berichte Bd. Nr. 143

IFT-Reports Vol. 143

¹ Die Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert.

² Endfassung vom 10.12.2003

Reihe IFT-Berichte
Band Nr. 143

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung
(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bűhringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2002 -31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 136. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Jahresstatistik 2002 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2002 -31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 137. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband der ambulanten und stationären Einrichtungen in Thüringen. Berichtszeitraum 1.1.2002 -31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 138. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K. H., Bader, G., Zahn, H. & Lange, S. N. (2003). Jahresstatistik 2002 der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum: 1.1.2002 - 31.12.2002. IFT-Berichte Bd. 139. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Welsch, K. & Strobl, M. (2003). Suchthilfestatistik 2002. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen IFT-Berichte Bd. 140. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Die Berichte können von Fachinstitutionen kostenlos angefordert und von Studenten über die Universitätsbibliothek ausgeliehen werden.

ISSN 0937-034X

Copyright 2003 by IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München
Tel.: 089/360804-0 (Zentrale), Fax.: 089/360804-49, Email: ift@ift.de, Web-Site: <http://www.ift.de>
Printed in Germany

Vorwort

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
Kurzfassung	9
Summary	17
1 Ziele und Überblick	25
1.1 Ausgangslage	25
1.2 Ziele des Monitoring-Systems.....	26
1.3 Hinweise zur Gliederung	28
1.4 Besondere Bedingungen für die Auswertung 2002.....	29
2 Begriffsklärung: Missbrauch von Arzneimitteln	33
3 Methodik	35
3.1 Erhebungsinstrument	35
3.2 Dokumentation und Datenabfrage	36
3.2.1 Dokumentation des Arzneimittelmisbrauchs in den Einrichtungen	36
3.2.2 Datenabfrage bei den Einrichtungen	38
3.3 Beteiligte Beratungsstellen.....	39
3.3.1 Rekrutierung neuer Einrichtungen	39
3.3.2 Einrichtungen mit Daten-Rückmeldung	40
3.4 Repräsentativität und Kontinuität der ebis-med Stichprobe	41
3.4.1 Vorbemerkung zur Repräsentativbeurteilung	41
3.4.2 Ergebnisse der Repräsentativitätsbewertung	43
3.4.3 Repräsentativität der Responder-Stichprobe.....	45
3.4.3 Bewertung zusätzlicher Einrichtungen.....	48
3.4.4 Validität der Längsschnitt-Analyse.....	51
3.4.5 Rekodierung der Datensätze seit 1998	52
3.4.6 Ablauf der Datenauswertung	52
3.5 Nachträglicher Ausschluß von Medikamenten-Nennungen	55
3.6 Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen	56
4 Beschreibung der ebis-med Klienten	57
4.1 Überblick	57
4.2 Altersverteilung	57
4.3 Geschlechterverteilung	58
4.4 Hauptdiagnose-Verteilung.....	59
4.5 Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen	60
5 Konsummuster des Medikamentenmissbrauchs	61
5.1 Methodik und Überblick.....	61

5.2	Konsumdaten	61
5.3	Bezugsformen	61
5.4	Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen	63
5.5	Konsumtage, aktuelle Konsumphase und Abstand zum ersten Missbrauch	63
5.6	Einnahmegrűnde	65
5.7	Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen	66
6	Querschnitts-Analyse des Arzneimittelmissbrauchs	69
6.1	Methodik und űberblick.....	69
6.2	Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen.....	70
6.3	Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen	71
6.4	Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe.....	72
6.5	Zusammenfassende Interpretation	74
7	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe	77
7.1	űberblick und Methodik.....	77
7.2	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen.....	78
7.2.1	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Gesamtstichprobe	78
7.2.2	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Alkohol	79
7.2.3	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Opioide	80
7.2.4	Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika.....	81
7.3	Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe.....	82
7.3.1	Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Gesamtgruppe.....	82
7.3.2	Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose- Gruppe Alkohol	83
7.3.3	Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose- Gruppe Opioide.....	84
7.3.4	Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika.....	85
7.4	Zusammenfassende Interpretation	86
8	Einzelne Wirkstoffe	89
8.1	űberblick und Methodik.....	89
8.2	Flunitrazepam (Rohypnol®, Fluninoc®, Flunimerck®).....	89
8.3	Diazepam (Valium®, Faustan®, Lamra®)	92
8.4	Zusammenfassender Vergleich der Wirkstoffprofile	96
9	Diskussion und Ausblick	97
9.1	Diskussion.....	97
9.2	Ausblick.....	100
10	Literatur	103
11	Anhang.....	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Referenzeinrichtungen mit Datenrückmeldung seit 1998	40
Tabelle 3.2:	Geschlechtsverhältnisse und Alter in den Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen und den Einrichtungen der Suchthilfestatistik.....	46
Tabelle 3.3:	Gesamtbetreuungen in Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen und Einrichtungen der Suchthilfestatistik	47
Tabelle 3.4:	Anzahl und Anteil fehlender Daten in den Referenz- und zusätzlichen Einrichtungen.....	49
Tabelle 4.1:	Geschlechtsverteilung der ebis-med Klienten	58
Tabelle 4.2:	Hauptdiagnoseverteilung der ebis-med Klienten	59
Tabelle 5.1:	Anzahl der Medikamentennennungen pro Klient und Anzahl der Klienten mit problematischem Medikamentgebrauch.....	61
Tabelle 6.1:	Rangreihe der Arzneimittelgruppen für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen.....	71
Tabelle 6.2:	Rangreihe der Wirkstoffgruppen für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen.....	72
Tabelle 6.3:	Rangreihe der Wirkstoffe für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen.....	73
Tabelle 7.1:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Gesamtstichprobe	78
Tabelle 7.2:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Gesamtgruppe.....	78
Tabelle 7.3:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Alkohol.....	79
Tabelle 7.4:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Alkohol.....	79
Tabelle 7.5:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Opioide.....	80
Tabelle 7.6:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Opioide.....	80
Tabelle 7.7:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika	81
Tabelle 7.8:	Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika	81
Tabelle 7.9:	Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 – Gesamtgruppe	82
Tabelle 7.10:	Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 – Gesamtgruppe.....	83
Tabelle 7.11:	Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 – Hauptdiagnose Alkohol.....	83
Tabelle 7.12:	Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 - Hauptdiagnose Alkohol.....	84
Tabelle 7.13:	Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 - Hauptdiagnose Opioide	84
Tabelle 7.14:	Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 - Hauptdiagnose Opioide	85
Tabelle 7.15:	Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika.....	85
Tabelle 7.16:	Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika.....	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1:	Übersicht der geplanten Einrichtungsstichprobe	40
Abbildung 3.2:	Hauptdiagnoseverteilung ebis-med und Deutsche Suchthilfestatistik für 2002.....	44

Abbildung 3.3:	Hauptdiagnoseverteilung in den Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen und der Suchthilfestatistik	46
Abbildung 3.4:	Hauptdiagnoseverteilung unter Einbeziehung und Ausschluss zusätzlicher Einrichtungen.....	50
Abbildung 3.5:	Verteilung der Hauptdiagnosen seit 1998	51
Abbildung 4.1:	Altersverteilung der ebis-med Klienten.....	57
Abbildung 4.2:	Hauptdiagnoseverteilung der ebis- und ebis-med Klienten	60
Abbildung 5.1:	Bezugsformen missbrauchter Arzneimittel nach Hauptdiagnosen	62
Abbildung 5.2:	Häufigkeiten eines kombinierten Substanzkonsums nach Hauptdiagnosen	63
Abbildung 5.3:	Anzahl der Konsumtage nach Hauptdiagnosen.....	64
Abbildung 5.4:	Dauer der aktuellen Konsumperiode	64
Abbildung 5.5:	Zeitlicher Abstand zum problematischen Erstkonsum.....	65
Abbildung 5.6:	Einnahmegründe nach Hauptdiagnosen	66
Abbildung 8.1:	Hauptdiagnoseverteilung der Klienten mit Flunitrazepam-Missbrauch	91
Abbildung 8.2:	Bezugsformen für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Flunitrazepam Mehrfachnennung möglich	91
Abbildung 8.3:	Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Flunitrazepam.....	92
Abbildung 8.4:	Bezugsformen für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam Mehrfachnennung möglich	94
Abbildung 8.5:	Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam	94
Abbildung 8.6:	Hauptdiagnoseverteilung der Klienten mit Acetylsalicylsäure-Missbrauch	95
Abbildung 8.7:	Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure.....	96

Kurzfassung

1 Ziele des Monitoring-Systems

Das Monitoring-System ebis-med hat die Aufgabe, die auf dem deutschen Markt befindlichen Medikamente in ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit zu überwachen. Informationsgrundlage sind Daten aus Suchtberatungsstellen zum missbräuchlichen Arzneimittelkonsum von Klienten mit substanzbezogenen Störungen. Die Ergebnisse des Monitoring-Systems ergeben Hinweise zu problematischen Entwicklungen des Arzneimittelkonsums und dienen als Entscheidungsgrundlage, inwieweit differenziertere Analysen über ein bestimmtes Medikament erforderlich sind und ob Gegenmaßnahmen eingeleitet werden sollten.

Aus der ebis-med Dokumentation ergeben sich Hinweise auf problematische Medikamente und eventuelle Nebenwirkungen, auf Risiken spezieller klinischer Suchtgruppen sowie Hinweise auf drohende Entwicklungstrends zu einem Missbrauch von Medikamenten in der Bevölkerung.

Die Tatsache, dass Klienten mit substanzbezogenen Störungen besonders sensibel auf Veränderungen des Arzneimittelmarktes reagieren, trägt zur Sensibilität des Monitoring-System ebis-med bei. Zum einen werden Arzneimittel von Personen mit substanzbezogenen Störungen oft als Ersatz oder als Wirkungsmodulatoren für Drogen oder Alkohol benutzt. Zum anderen dienen Medikamente häufig zur Behandlung psychischer und körperlicher Nebenwirkungen des Substanzkonsums. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang außerdem der erleichterte Zugang dieser Personengruppe (insbesondere der Personen mit illegalem Drogenkonsum) zum Grau- und Schwarzmarkt von Arzneimitteln. Auf diese Weise können in problematischer Weise konsumierte Arzneimittel mit geringer Zeitverzögerung erfasst werden.

Des Weiteren ermöglicht der Einsatz des Monitoring-Systems ebis-med die Dokumentation von Fällen missbräuchlichen Konsums, die sich außerhalb der ärztlichen Verschreibung und Behandlung befinden. Die Möglichkeit der Dokumentation von Konsummustern liefern zudem Hinweise zur Einschätzung des Risikos möglicher Neben- und Wechselwirkungen, zum Einnahmegrund und zum Bezug der in problematischer Weise konsumierten Arzneimittel.

Zusammenfassend werden folgende Aufgaben und Ziele von ebis-med unterschieden:

- (1) Beschreibung des Missbrauchs von Medikamenten bei der Klientel von Suchtberatungsstellen hinsichtlich Art der Medikamente, Konsumgewohnheiten und Folgen.
- (2) Analyse des Medikamentenmissbrauchs hinsichtlich des Risikopotenzials einzelner Medikamente oder Medikamentengruppen, aber auch hinsichtlich eventueller Risikogruppen von Klienten, die besonders gefährdet sind.
- (3) Analyse des Verlaufs des Medikamentenmissbrauchs durch Vergleich mit der Missbrauchssituation in den Vorjahren.
- (4) Eventuell Anregung zu einer vertiefenden Analyse oder weiteren Recherchen, bevor daraus weitergehende Schlussfolgerungen gezogen werden können.
- (5) Gegebenenfalls Ausarbeitung von Vorschlägen für Gegenmaßnahmen.

2 Methodik der Datenerhebung und Stichprobe

2.1 Erhebung in den Einrichtungen

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der ebis-med Stichprobe werden routinemäßig alle Klienten im Rahmen des Anamnesegesprächs über ihren Konsum von Medikamenten befragt. Auf dem Medikamentenbogen dokumentiert werden alle Fälle, in denen ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum von Medikamenten vorliegt sowie jede Form einer Opioid-Substitution. Substitutionsmittel im Rahmen einer regulären Substitution werden jedoch von der eigentlichen Analysestichprobe ausgeschlossen.

2.2 Datenbogen

Die Kriterien für die Dokumentation eines Arzneimittelmisbrauchs orientieren sich an den ICD-Kriterien für die Diagnosen Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit, sowie an den Kriterien eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs. Die Dokumentation eines Schädlichen Gebrauchs und/oder einer Abhängigkeit erfolgt in Anlehnung an die WHO-Empfehlung, d.h. unter Vorliegen der in der ICD 10 Kapitel V (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) geforderten Kriterien.

Der zur Dokumentation verwendete Medikamentenbogen bietet die Möglichkeit, pro Klient bis zu sechs Arzneimittel mit jeweils dreizehn Einzelinformationen zum Konsum zu dokumentieren. Neben dem Handelsnamen des Medikaments, das im Zeitraum der letzten sechs Monate vor Betreuungsbeginn von einem Klienten in problematischer Weise gebraucht oder das Substitutionsmittel eingenommen wurde, werden u.a. Informationen zur Bezugsform, zum Einnahmegrund, zur Konsumfrequenz und –dauer sowie zur Applikationsform erfasst.

Um Veränderungen im Konsumverhalten der Klienten mit möglichst geringer Zeitverzögerung erfassen zu können, werden die Präparatnennungen zweimal jährlich aus den ebis-med Einrichtungen über Zwischenauswertungen abgefragt. Einmal im Jahr werden neben den Präparaten zusätzlich Klienten- und Konsumdaten sowie Angaben zur Art und Struktur der Einrichtung abgefragt und die Ergebnisse der Abfrage im Jahresbericht zusammengefasst.

2.3 Einrichtungsstichprobe 2002

Um den Rückgang der Einrichtungszahl auszugleichen und zugleich die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurden im Jahr 2002 insgesamt 20 neue Einrichtungen rekrutiert. Wie die im Rahmen des vorliegenden Berichts durchgeführte Repräsentativitätsanalyse zeigt, konnte durch die erfolgte Erweiterung der Stichprobe die bislang bestehende Unterrepräsentiertheit von Hauptdiagnosen illegaler Substanzen erfolgreich korrigiert werden. Damit erweisen sich die ebis-med Referenzeinrichtungen als repräsentativ für die Gesamtheit der ambulanten Beratungseinrichtungen in Deutschland.

Im Jahr 2002 sind von 22 der 33 angefragten Referenzeinrichtungen Medikamentennennungen eingegangen (2001: n=11). Neben den Daten aus den Referenzeinrichtungen liegen 135 Nennungen missbräuchlichen Medikamentenkonsums aus 12 zusätzlichen Einrichtungen vor, die nicht zur ebis-med Referenzstichprobe gehören. Nach Prüfung von Indikatoren der Dokumentationsqualität und Repräsentativität in den zusätzlichen Einrichtungen fanden sich keine Hinweise auf Qualitätsmängel oder auf Verzerrungen der Stichprobe. Eine Einbeziehung der Daten in die ebis-med Analyse erscheint daher zulässig. Damit liegen für 2002 insgesamt 400 Arzneimittelnennungen aus insgesamt 34 Einrichtungen (davon 22 Referenzeinrichtungen und 12 zusätzlichen Einrichtungen) vor. Nachträglich wurden 26 Nennungen einer Einrichtung, die den Konsum des Entwöhnungsmittels Disulfiram betreffen, aufgrund zweifelhafter Datenqualität nachträglich von der Analyse ausgeschlossen. Die Gesamtzahl verwertbarer Arzneimittel-Nennungen reduziert sich damit von 400 auf 374 Nennungen eines missbräuchlichen Medikamentenkonsums.

2.4 Patientenstichprobe 2002

Insgesamt liegen 441 Medikamentennennungen von 364 Klienten vor (2001:369 Nennungen von 279 Klienten). Unter Ausschluss der Fälle einer regulären Substitution reduziert sich die Stichprobe auf 400 Arzneimittelnennungen von 299 Klienten (2001: 314 Nennungen von 219 Klienten). Nach Bereinigung der Stichprobe bzgl. der 26 Disulfiram-Nennungen, die sich

nachtráglich als regulärer Konsum des Entwöhnungsmittels erwiesen haben, liegen 374 Meldungen von 273 Klienten mit missbräuchlichen Konsum vor.

3 Ergebnisse

Beschreibung der ebis-med Klienten

Das durchschnittliche Alter der ebis-med Klienten mit Medikamentennennungen beträgt 36,4 Jahre (Standardabweichung: 12,2). Die Stichprobe setzt sich zu 69% aus männlichen Klienten und zu 31% aus weiblichen Klienten zusammen. Die Auftretenshäufigkeit eines Arzneimittelmissbrauchs ist unter den verschiedenen Abhängigkeits-/Missbrauchsdiagnosen unterschiedlich verteilt: Besonders häufig weisen opiatabhängige Klienten einen Missbrauch von Medikamenten auf. Dagegen ist in den Hauptdiagnose-Gruppen Alkohol und Cannabis ein missbräuchlicher Konsum von Arzneimitteln vergleichsweise seltener.

Konsummuster

Auch die Konsummuster des Arzneimittelmissbrauchs unterscheiden sich deutlich in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose der Klienten. Dies zeigt sich sowohl in den unterschiedlichen Formen des Arzneimittelbezugs, der Einnahmefrequenz und –dauer und der Häufigkeit eines kombinierten Konsums mit anderen psychoaktiven Substanzen.

Klienten mit der Hauptdiagnose Opioide beziehen die missbräuchlich konsumierten Arzneimittel vorwiegend aus illegalen Quellen. Als Einnahmegrund steht neben der Sedierung die Vermeidung von Entzugserscheinungen im Vordergrund.

Dagegen beziehen Klienten mit den Hauptdiagnose Alkohol und Sedativa den Großteil der missbräuchlich konsumierten Arzneimittel über eine ärztliche Verordnung. Auch in diesen beiden Hauptdiagnose-Gruppen steht die Beseitigung aversiver Zustände im Vordergrund der Einnahme: Neben sedierenden Arzneimittelwirkungen begründen anxiolytische und schmerzreduzierende Eigenschaften den Konsum.

Ergebnisse der Querschnittsanalyse einzelner Wirkstoffe, Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen

Auf Ebene der Arzneimittelgruppen stehen auch im Jahr 2002 Tranquilizer in allen drei Hauptdiagnosegruppen an der Spitze missbräuchlich konsumierter Arzneimittelgruppen. Dabei werden auch im Berichtsjahr 2002 überwiegend Arzneimittel vom Benzodiazepin-Typ konsumiert. Anteilsmäßig weitaus am häufigsten vertreten ist dabei der langwirkende Tranquilizer Diazepam (Valium®, Faustan®, Lamra®). Für alle anderen Wirkstoffe wurden nur

geringe Anteile nachgewiesen. Die mit ebis-med ermittelte Rangfolge der Benzodiazepin-Wirkstoffe entspricht mit nur geringfügigen Abweichungen den Verordnungszahlen für Tranquilizer im Jahr 2002 in der Gesamtbevölkerung (Schwabe und Paffrath, 2003).

An zweiter Stelle der missbräuchlich konsumierten Arzneimittelgruppen stehen Hypnotika/Sedativa. Der im Jahr 2002 dokumentierte Missbrauch geht dabei fast ausschließlich auf den Konsum des Benzodiazepin-Hypnotikums Flunitrazepam (Rohypnol®) in der Hauptdiagnosegruppe Opioide zurück. Von den Nicht-Benzodiazepinen ist 2002 lediglich der Wirkstoff Zolpidem mit einem geringfügigen Anteil vertreten.

Antidepressiva bilden im aktuellen Berichtsjahr die dritthäufigste Gruppe missbräuchlich konsumierter Arzneimittel. Dabei stehen wieder überwiegend Antidepressiva mit deutlich sedierender Wirkung im Vordergrund, vor allem Doxepin, das zudem als einziges Antidepressivum eine gewisse Rolle auf dem illegalen Arzneimittelmarkt spielt. Im Gegensatz zu den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika spielen Antidepressiva bei opioidabhängigen Klienten nur eine untergeordnete Rolle.

Deutliche Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich auch im Missbrauch von Analgetika, die im Jahr 2002 die viertstärkste Gruppe missbräuchlich konsumierter Arzneimittel bilden. Während in der Hauptdiagnosegruppe Opioide und Sedativa der Konsum von Opioid-Analgetika dominiert, nehmen Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol überwiegend Anthranilsäure- und Salicylsäure-Derivate zur Schmerzreduktion ein.

Ergebnisse der Längsschnittanalyse einzelner Wirkstoffe und Arzneimittelgruppen

Erstmals dokumentiert wurden im aktuellen Berichtsjahr Fälle eines missbräuchlichen Konsums von Buprenorphin genannt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der relativ hohe Anteil von Klienten mit der Hauptdiagnose Kokainabhängigkeit und der ausnahmslos illegale Bezug des partiellen Opioidantagonisten.

Für Tranquilizer ist seit zwei Jahren eine Abnahme der relativen Anteile in der Gesamtgruppe zu verzeichnen. Die diagnosespezifischen Auswertungen liefern jedoch Hinweise, dass die zu verzeichnenden Veränderungen auf unterschiedliche Entwicklungen innerhalb der Hauptdiagnosegruppen zurückzuführen sind, die überwiegend den Wirkstoff Diazepam betreffen. Während in den Hauptdiagnosegruppe Alkohol und Sedativa eine Zunahme ärztlicher Diazepam-Verordnungen zu verzeichnen ist, zeigt sich in der Hauptdiagnosegruppe

Opioide ein deutlicher Rückgang des problematischen Diazepamkonsums im Vergleich zum Vorjahr.

Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Opiode ist im Jahr 2002 dagegen eine deutliche Zunahme für das Benzodiazepin-Hypnotikum Flunitrazepam zu beobachten, die von einem deutlichen Anstieg des illegalen Flunitrazepambezugs (Schwarzmarkt, Fremdrezept Einbruch/Diebstahl) begleitet wird.

Ein erneuter Anstieg zeigt sich für das trizyklische Antidepressivum Doxepin. Die Zunahme geht überwiegend auf die Entwicklungen innerhalb der Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa zurück. Für Selektive Wiederaufnahme-Inhibitoren zeigt sich in den letzten beiden Jahren ein leichter Anstieg.

Ein wellenförmigen Verlauf lässt sich dagegen für den Missbrauch von Psychoanaleptika nachweisen. Bei geringen Fallzahlen ergeben sich für die Wirkstoffe Amfetaminil und Methylphenidat Hinweise auf einen leichten Anstieg innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Opiode.

4 Diskussion

Betrachtet man den zentralen Einnahmegrund der mit ebis-med befragten Klienten, nämlich die sedierende Wirkung von Arzneimitteln, überrascht es nicht, dass Arzneimittel mit beruhigender und sedierender Wirkung auch im Berichtsjahr 2002 anteilmäßig dominieren. Der Trend in der ärztlichen Verordnung, Benzodiazepine durch andere Arzneimittelgruppen mit sedierendem Wirkprofil zu ersetzen, ist nur für die Hauptdiagnosegruppe Sedativa zu beobachten.

Insbesondere die Entwicklungen innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Alkohol, in der eine deutliche Zunahme der Benzodiazepinverordnungen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen ist, sprechen für die Notwendigkeit einer konsequenteren Umsetzung der gültigen Behandlungsleitlinien (Mundle et al., 2003), die von einer längerfristigen Benzodiazepin-Behandlung alkoholabhängiger Patienten abraten.

Die Daten zum Benzodiazepinkonsum opioidabhängiger Klienten liefern Hinweise auf einen Anstieg des illegalen Bezugs von Flunitrazepam. Der gleichzeitige Rückgang illegal bezogener Diazepam-Präparate und der gleichzeitige Anstieg des über den Schwarzmarkt, über Rezeptfälschung, Einbruch oder Diebstahl bezogenen Flunitrazepams spricht zudem für eine

wechselseitige Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage der beiden Wirkstoffe auf dem illegalen Arzneimittelmarkt.

Weiter zu beobachten ist die Entwicklungen des missbräuchlichen Konsums von Buprenorphin. Die immer wieder geäußerte Annahme, dass das Substitutionsmittel wegen des zu erwartenden "ceiling-effekts" auf dem Schwarzmarkt nur eine untergeordnete Bedeutung erlangen wird, kann durch die ebis-med Daten nicht gestützt werden.

5 Ausblick für das Monitoring-System ebis-med

Nach der erfolgten Erweiterung der Einrichtungsstichprobe soll die Optimierung der Datenausschöpfung in den Einrichtungen einen weiteren Schwerpunkt der zukünftigen Qualitätsverbesserung bilden. Dabei steht die Umsetzung geplanter Maßnahmen zur Mitarbeitermotivation in den Einrichtungen sowie eine Veränderung der ebis-med Eingabeoberfläche zur Verbesserung der Datenausschöpfung im Vordergrund.

Weiterhin ist eine Überarbeitung des ebis-med Medikamentenbogens vorgesehen, die eine differenzierte Erfassung einzelner Kriterien des missbräuchlichen Konsums und der illegalen Bezugsquellen erlauben wird. Neben einer Steigerung der internen Validität der Daten ist mit der Erfassung einzelner Kriterien eines missbräuchlichen Konsums eine erweiterte Informations- und Bewertungsgrundlage bzgl. des mitunter kontrovers diskutierten Missbrauchspotential bestimmter Substanzgruppen (wie z.B. Antidepressiva) zu erwarten.

Des Weiteren sind für die folgenden Berichtsjahre Veränderungen auf Ebene der Datenauswertung vorgesehen. Unter anderem ist die Ableitung von Trendaussagen unter Anwendung von Signifikanzprüfungen und unter Einbeziehung umfangreicher Zeitreihen geplant.

Summary

Aim of the Monitoring-System

The ebis-med monitoring system has the function to monitor the use of prescription drugs available on the German market and to show and control its meaning concerning the development of misuse and addiction. The information used hereby are data collected in German addiction counselling centres regarding the misuse and/or abuse of drugs and substance related disorders.

The results of the monitoring system provide hints to problematic developments regarding the misuse of medicaments and help to decide on the question how far more differentiated analysis on a certain drug is necessary or whether it is necessary to initiate measures against medicament misuse.

The ebis-med documentation pertains indications to drug misuse or abuse and to contingent side effects. Furthermore, it provides information on risks of special patient groups of addiction and shows upcoming trends on misuse or abuse of drugs within the German population.

The fact that clients with substance related disorders react extremely sensible on changes of the drug market also enhances the sensibility of the monitoring system ebis-med:

Firstly, persons with substance related disorders often consume prescription drugs as compensation or as an effect-modulator for drugs or alcohol. Secondly, prescription drugs are often used in the treatment of psychological or physical side effects caused by substance use. Furthermore, it has to be considered that this special group of patients (especially persons with illegal drug consumption) often have access to the black or grey market.

This target group enables ebis-med to detect eventually upcoming trends in abusing or misusing a prescription drug with only a slight delay of time.

In addition, the monitoring system ebis-med enables the documentation of cases of misuse beyond the prescription and treatment provided by a medical doctor (physician).

The possibility of documenting consumption patterns also pertains hints on the evaluation of the risk of potential side effects and interactions, on the reasons why the drug was consumed and also on the sources of the abused or misused drugs.

In summary, ebis-med has the following tasks and aims:

- (1) To describe abuse of medicaments by clients in addiction counselling centres in relation to the specific substance of prescription drugs, consumption patterns and negative consequences.
- (2) Analysis of prescription drugs abused by clients in reference to the pharmaceuticals' risk potential, but also regarding possible risk groups of patients that are especially endangered.
- (3) Analysis of the course of prescription drugs abuse by comparing it with the prevalence of abuse in previous years.
- (4) In some cases to suggest an extended enquiry before further conclusions can be drawn
- (5) To elaborate suggestions for interventions, if necessary.

Methods of data collection and ebis-med sample

Data collection at the counselling centres

At the counselling centres taking part in the ebis-med program every client is questioned about his consumption of medicaments within his case history. All cases of misuse or abuse concerning medicaments as well as every form of opioid substitution are documented on a special data sheet (Medikamentenbogen). Substitution substances taken in the course of a regular substitution therapy, however, are excluded from the ebis-med sample.

Instruments

The criteria for the documentation of prescription drugs abuse are in line with the criteria of International Classification of Diseases (ICD) for medicament abuse and addiction, as well as with the criteria of not medically intended use.

The used pharmaceutical questionnaire offers the possibility to document up to six different medicaments each with thirteen detailed statements. Additionally, the following items are documented:

- Trade name of the drug with problematic substance use or use as a substitution substance during the last six months prior to treatment start
- Information about the way of substance supply
- Reason for substance use
- Individual consumption patterns
- Application form.

Summary

In order to recognize changes of the client's consumption patterns in an early stadium, the prescription naming collected by the pharmaceutical questionnaire at the ebis-med counselling centres is inquired twice a year in addition to the data at the end of the year. Besides, client and consumption data as well as information concerning the characteristics (structure or type) of the counselling centre are documented once a year. The results are summarized in an annual report.

Sample of counselling centres

In order to compensate the reduction of the participating counselling centres on the one hand and on the other hand to improve the representativeness of the sample, twenty new counselling centres were acquired as participants in 2002. The analysis of representativeness carried out in this report will show that the enhancement of the centre sample has corrected the previous under-representativeness of the main diagnoses concerning illegal substances successfully. Thus, the ebis-med counselling centres proved to be representative for the population of outpatient counselling centres in Germany.

In 2002, 22 of 33 regularly participating ebis-med facilities provided cases with medicament naming (2001: n=11). Additionally to that another 135 naming of medicament misuse are available from 12 facilities that took part on a voluntary basis (not part of the regular ebis-med facilities). Indications concerning the quality of documentation and representativeness of the above mentioned voluntary facilities showed no lack in quality or selection bias of the ebis-med sample. The inclusion of this data into the ebis-med analysis therefore seems to be acceptable. Thus, in 2002 a total of 400 medicaments from 34 facilities are available (22 regular ebis-med facilities and 12 additional volunteer facilities). Belated, 26 namings of Disulfiram were excluded because of low data quality. Therefore the total number of medications is reduced to 374 documentations of medication abuse.

Patient sample

In total there are 467 medicaments by 364 patients (2001: 369 naming by 279 patients). All cases of regular substitution were sorted out and reduced the sample to a number of 400 prescription-drug naming by 299 patients (2001: 314 naming by 219 patients). After the correction concerning Disulfiram, the total number of patients with medication abuse decreased to 273.

Results

Description of the ebis-med clients

The average age of the clients with medicament misuse is 36,4 years (standard deviation: 12,2). The rate of male clients within the sample is 78% versus 31% female clients. Different diagnoses of addiction and abuse show different prevalence rates of prescription drug abuse. Opioid addicts show drug abuse very frequently, while clients with main diagnoses alcohol or cannabis show a comparative lower level of drug abuse.

Consumption pattern

Also the consumption patterns differ significantly according to the clients' main diagnosis. The different form of supply, the frequency and duration of consumption and the prevalence of multiple misuse of different psychoactive substances show this relationship. Clients with the main diagnosis opioid-addiction get their medicaments mainly from illegal sources. The reason for taking is mainly sedation and prevention of drug withdrawal symptoms. Clients with the main diagnoses alcohol- and sedative-addiction obtain the bigger part of their mis-used medicaments by prescription. Similar to the group of opioid-addicted clients the drugs are consumed to avoid aversive states that means for anxiolytic and pain-reducing effects.

Results of the cross-sectional analysis of active substances, groups of active substances and application groups of pharmaceuticals

In 2002 as well as in the previous years tranquilizers were the most frequently recorded group of active substances in all three main diagnoses groups. Predominant misuse is recorded for prescription drugs of the benzodiazepine-type. The highest quote is detected for the tranquilizer diazepam (Valium®, Faustan®, Lamra®) with its sustaining effect. All the other active substances show much lower rates. The ranking of the active substance "benzodiazepine" investigated by the ebis-med units reflects the number of prescriptions of tranquilizers within the German population in 2002 with only slight differences (Schwabe und Paffrath, 2003).

Prevalence of hypnotics and sedatives follow that of tranquilizers within the groups of active substances. The substance abuse documented in this section in 2002 is almost entirely caused by the consumption of Flunitrazepam (Rohypnol®) (a benzodiazepine type hypnotic) within the main diagnosis group opioid-addiction.

The non-benzodiazepine type is only represented by the active substance Zolpidem with an insignificant number of recordings.

Summary

Antidepressants are recorded at number three within the application group of misused prescription drugs. Again antidepressants with explicit sedative effects, particularly Doxepin, are in the foreground. Besides, Doxepin is the only antidepressant, which is also recorded to be used without medical prescription. In contrary to the main diagnosis groups alcohol and sedatives/hypnotics, antidepressants play only a minor role within the main diagnosis opioid addiction.

In regard to the misuse of analgetics which were number four of the groups of misused prescription drugs in 2002 the main diagnosis groups, however, show clear differences. While the main diagnosis groups opioid-addiction and sedatives/hypnotics show a dominant consumption of opioid-analgetics, the main diagnosis group alcohol preferred anthranilic acid or salicylic acid derivatives for pain reduction.

Results of the longitudinal analyses of active substances and groups of pharmaceuticals

In 2002 the misuse of the substitution substance Buprenorphine was recorded for the first time. The reported rate of clients with the main diagnosis cocaine addiction and Buprenorphine misuse is remarkably high. All reported sources of supply of this opioid-antagonist were illegal.

The group of tranquilizers shows a reduction of the relative frequency concerning the total group for the past two years. Specific analyses of the diagnoses, however, provide hints that these changes are caused by different developments within the main diagnosis groups, especially concerning the active substance diazepam. In comparison to the previous year the main diagnosis groups alcohol and sedatives show an increase regarding the prescription of diazepam, while a significant reduction concerning the problematic consumption of diazepam is reported within the main diagnosis group opioid-addiction.

However, a significant increase in consumption as well as in the illegal supply of Flunitrazepam, a hypnotic of the benzodiazepine-type, is shown for the main diagnosis group opioid-addiction.

A new increase is reported for the tricyclic antidepressant Doxepin. The increase is mainly caused by developments within the main diagnosis groups alcohol and sedatives. A slight increase is shown for selective uptake inhibitors during the last two years.

An undulating process is reported concerning the misuse of psycho-analeptic drugs. Although there are only a small number of cases, a slight increase of the active substances Amfetaminil and Methylphenidate could be detected for the main diagnosis group opioid addiction.

Discussion

The data collection of the ebis-med facilities shows, that sedative effects were the most reported reasons for consuming prescription drugs. Therefore, it is not surprising that prescription drugs with sedative and/or tranquilizing effects provide the biggest part of naming in 2002 as well as in the previous years. Only the main diagnosis group opioid addiction shows a change of doctor's prescriptions trends to substitute drugs of the benzodiazepine-type by pharmaceuticals with other sedating effect profiles.

The main diagnosis group alcohol reports a significant increase in the number of medical prescriptions of benzodiazepine-type drugs. Therefore, it is absolutely necessary to realize the valid guidelines for treatment (Mundle et al, 2003), which disadvice a long-term treatment of alcohol dependent clients with benzodiazepine.

The data collected with regard to the consumption of benzodiazepine by opioid-addicted clients provide hints concerning the increase of the illegal supply of Flunitrazepam. Simultaneously the illegal supply of diazepam showed a reduction at the black market. This fact in combination with the increased supply of Flunitrazepam by black market sources, by forgery of medical prescriptions or by burglary proves the interdependence of supply and demand for both of the two active substances on the illegal market.

For the first time there is a misuse of Buprenorphine. The often-stated assumption that the substitution substance Buprenorphine has only a minor role on the black market due to its "ceiling effects" could not be sustained by the ebis-med data collection.

Outlook for the monitoring system ebis-med

The number of participating counselling centres was extended successfully in 2002. A further task of improvement will be to optimize the quality of data collection. It is planned to increase the motivation of the staff members at the counselling centres by visiting the centres and by special trainings. Furthermore, user interface of the ebis-med computer program will be changed to improve the data entry.

The ebis-med data sheet (Medikamentenbogen) is modified in order to allow a more differentiated recording of the single criteria concerning the misuse and abuse and the illegal supply.

Summary

Besides the increase of the internal validity of the data, the documentation especially of the single criteria on misuse and abuse will provide a more extended basis of information and evaluation with regard to the often controversially discussed topic on the risk potential of certain substances (i.e. antidepressants).

For the following years modifications at the level of data analysis are scheduled, too. Among other things, it is planned to analyse trends by statistical tests, e.g. time-series tests.

1 Ziele und Überblick

1.1 Ausgangslage

Der Umfang der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland ist wahrscheinlich bislang unterschätzt worden. Basierend auf der Prävalenz für Medikamentenabhängigkeit von 2,9% für die letzten 12 Monate in der Repräsentativerhebung des Jahres 2000 (Bundessuchtstudie, Kraus & Augustin, 2001) ergab eine Hochrechnung für die gesamte Erwachsenenbevölkerung ab 18 Jahre 1,9 Mio Medikamentenabhängige, definiert durch Kriterien nach DSM-IV. Dabei wurde der Missbrauch als DSM-IV-Diagnose nicht erfasst und ist aus anderen Datenquellen kaum abzuschätzen. Im Vergleich zur Prävalenz der Medikamentenabhängigen ist die Zahl der spezifischen Suchtbehandlung von Medikamentsabhängigen in Deutschland mit 2000 Klienten bemerkenswert niedrig (www.ift.de). Eine Erklärung dafür ist sicherlich vielschichtig kann an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden. Die Prävalenz von 1,9 Mio Medikamentenabhängigen hat die bislang geschätzte Zahl von 1,4 bzw. 1,5 Mio Medikamentenabhängigen (Glaeske, 2002) deutlich übertroffen. Die früheren Angaben basieren weitgehend auf dem Verbrauch von Medikamenten und sind im einzelnen schwer nachvollziehbar.

Im Vergleich zur Prävalenz für Alkoholabhängige, die in dieser Repräsentativerhebung und deren Hochrechnung auf die Erwachsenen zwischen 18 und 69 Jahren auf 1,7 Mio geschätzt wird, übersteigt erstmals die Zahl der Medikamentenabhängigen die Zahl der Alkoholabhängigen, was den bisherigen Schätzungen der letzten Jahre klar widerspricht. Auch wenn keine Aussagen über Konfidenzintervalle der Prävalenzzahlen in diesen Repräsentativerhebungen vorliegen und insofern die Fehlerwahrscheinlichkeit nicht abgeschätzt werden kann, ist die Verbreitung der Medikamentenabhängigkeit ein gravierendes Problem, das bislang in der Fachöffentlichkeit noch zu wenig diskutiert und analysiert wird. Bei einer Interpretation der Prävalenzzahlen für Medikamentenabhängige ist auch die Überschneidung mit anderen Substanzabhängigkeiten zu beachten, insbesondere, wenn man die Missbrauchsdiagnosen der wichtigsten Substanzgruppen noch mit einbezieht. Relativ häufig ist bei Drogenabhängigen mit einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit zu rechnen. Auch bei Alkoholabhängigen, insbesondere bei alkoholabhängigen Frauen, ist eine zusätzliche Medikamentenabhängigkeit nicht selten. Genaue Zahlen sind bislang nicht bekannt.

Im Bereich spezifischer Suchtbehandlung wird nur ein verschwindend kleiner Teil der Medikamentenabhängigen erfasst. In den ambulanten ebis-Einrichtungen ergibt sich in der Suchthilfestatistik 2001 ein Anteil von 0,9% Medikamentenabhängigen (Sedativa/Hypnotika; zum Vergleich Alkoholdiagnosen: 69,2%), in den stationären Einrichtungen der Suchthilfe hatten 0,7% als Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Sedati-

va/Hypnotika (Welsch & Strobl, 2003). Das vorliegende ebis-med Monitoring-System leistet einen Beitrag zur Aufklärung des Zusammenhangs zwischen verschiedenen Suchtdiagnosen und dem Medikamentenmissbrauch bzw. der Medikamentenabhängigkeit.

1.2 Ziele des Monitoring-Systems

Das Monitoring-System ebis-med hat die Aufgabe, die auf dem deutschen Markt befindlichen Medikamente in ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Missbrauch und Abhängigkeit zu überwachen und eventuelle Nebenwirkungen möglichst frühzeitig zu erkennen. Informationsgrundlage sind Daten aus Suchtberatungsstellen über die ambulante Beratung und Behandlung von Klienten mit substanzbezogenen Störungen. Die Ergebnisse des Monitoring-Systems können Hinweise ergeben, wo differenziertere Analysen über ein bestimmtes Medikament erforderlich sind und inwieweit Gegenmaßnahmen durchgeführt werden sollten.

Der missbräuchliche Konsum von Arzneimitteln stellt für die betroffenen Klienten selbst, aber auch für die Mitarbeiter in den Suchtberatungsstellen ein erhebliches Problem dar. Aus der Dokumentation ebis-med über den Medikamentenmissbrauch ergeben sich Hinweise auf problematische Medikamente und eventuelle Nebenwirkungen, auf Risiken spezieller klinischer Suchtgruppen sowie Hinweise auf drohende Entwicklungstrends zu einem Missbrauch von Medikamenten in der Bevölkerung, da süchtige Patienten sich schneller als andere auf neue Trends im Arzneimittelmarkt einstellen und solche Trends oft auch selbst mitgestalten und entscheidend prägen. Im Mittelpunkt von ebis-med stehen psychotrope Arzneimittel, auch wenn ergänzend zusätzlich andere Medikamente wie z.B. Laxantien in missbräuchlicher Weise verwendet werden können.

Zusammenfassend werden folgende Aufgaben und Ziele von ebis-med unterschieden:

- (1) Beschreibung des Missbrauchs von Medikamenten bei der Klientel von Suchtberatungsstellen hinsichtlich Art der Medikamente, Konsumgewohnheiten und Folgen.
- (2) Analyse des Medikamentenmissbrauchs hinsichtlich des Risikopotenzials einzelner Medikamente oder Medikamentengruppen, aber auch hinsichtlich eventueller Risikogruppen von Klienten, die besonders gefährdet sind.
- (3) Analyse des Verlaufs des Medikamentenmissbrauchs durch Vergleich mit der Missbrauchssituation in den Vorjahren.
- (4) Eventuell Anregung zu einer vertiefenden Analyse oder weiteren Recherchen, bevor daraus weitergehende Schlussfolgerungen gezogen werden können.
- (5) Gegebenenfalls Ausarbeitung von Vorschlägen für Gegenmaßnahmen.

An diesen grundsätzlichen Zielen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nichts geändert. Damit jeder Jahresbericht in sich verständlich wird, ist jedoch eine Wiederholung der allgemeinen Ziele unumgänglich. Deshalb wird im Folgenden der Text des Abschnittes 1.1 des vorgehenden Jahresberichts 2001 übernommen.

Als Grundlage für die Einleitung von Maßnahmen gegen einen Medikamentenmissbrauch dienen Informationen aus verschiedenen Quellen. Zum einen sammelt die pharmazeutische Industrie Rückmeldungen von Ärzten und Pharmaberatern, die aufgrund ihres täglichen Umgangs mit Präparaten frühzeitig wichtige Hinweise auf problematische Entwicklungen und Nebenwirkungen geben können. Auch Angaben über den Verkauf, z.B. auf Rezept oder rezeptfrei, ergeben wichtige Informationen über Entwicklungstrends. Ergänzt werden diese Daten durch bestehende Informationsstrukturen innerhalb der Ärzteschaft.

Der Einsatz eines Frühwarnsystems zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster chemischer Substanzen (Keup, 1993, 1999, 2001a, 2001b) für den Bereich der ambulanten Behandlung wurde im Jahr 2002 eingestellt. Im Rahmen des Forschungsvorhabens des BfArM "Entwicklung und Durchführung eines Dokumentationssystems von Medikamentenmissbrauch zur Evaluierung von regulatorischen Maßnahmen" erfolgt seit 2001 eine Auswertung der Ergebnisse forensisch-toxikologischer Untersuchungen.

Es ist davon auszugehen, dass Klienten mit substanzbezogenen Störungen besonders sensibel auf Veränderungen des Arzneimittelmarktes reagieren, weil diese als Ersatz für Drogen benutzt werden können. Auf diese Weise werden Medikamente in ihrer psychotropen Wirkung am schnellsten erkannt. Ambulante Suchtberatungsstellen eignen sich besonders gut zur Erhebung solcher Informationen, da die dortigen Berater einerseits geübt sind im Umgang mit Suchtklienten und andererseits – verglichen mit stationären Einrichtungen der Suchthilfe – in zeitlich früherem Kontakt zur Gesamtklientel der Medikamentenmissbraucher stehen.

Die Realisierung des allgemeinen Ziels, möglichst frühzeitig Hinweise auf problematische Entwicklungen und Trends für Missbrauch und Abhängigkeit zu erhalten, geschieht dadurch, dass der problematische Gebrauch von Präparaten mit bekanntem oder strittigem Missbrauchspotenzial hinsichtlich der Häufigkeit quantifiziert und dreimal jährlich erfasst und ausgewertet wird sowie durch einen ausführlichen Bericht über das Jahr.

Außer durch die enthaltenen Wirkstoffe und deren pharmakologische Wirkungen definiert sich das Missbrauchspotenzial eines Präparats auch in einem erheblichen Maße durch soziokulturelle Moden und erwartete Wirkungsprofile in Konsumentenkreisen. Weiterhin spielt

die Verfügbarkeit auf dem Markt, z.B. aufgrund von Änderungen der rechtlichen Voraussetzungen (vgl. 10. BtMÄndV, 1998) eine erhebliche Rolle. Insbesondere Konsumenten illegaler Drogen zeichnen sich durch raschen Wechsel ihres Konsums von Ersatzstoffen und ergänzender Pharmaka aus, wenn sich Preise, Verfügbarkeit auf dem Markt oder pharmakologische Merkmale der Präparate verändern. Ziel des Monitoring-Systems ist es, solche Veränderungen im Konsumverhalten der relativ homogenen Suchtklientel mit einer Suchtdiagnose (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) frühzeitig zu erfassen. Nicht zuletzt hat die Person als Konsument mit den Erwartungen gegenüber dem Arzneimittel und seiner individuellen biologischen Ausstattung ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Wirkung des Arzneimittels.

Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes für ein „Medikamenten-Monitoring“ die unterschiedlichsten Patientengruppen umfasst, bezieht sich ebis-med auf die Gruppe von Patienten mit Störungen durch psychotropen Substanzen. Dabei handelt es sich um eine „Hochrisikogruppe“, die für überdurchschnittlichen Konsum psychoaktiver Substanzen aller Art bekannt ist. Wir gehen davon aus, dass sich Änderungen der Konsumgewohnheiten durch neue Medikamente auf dem Markt oder durch veränderte Moden – wie bereits erwähnt – am schnellsten im Klientel von Beratungsstellen niederschlagen. Aussagen über den Missbrauch von Arzneimitteln in der Allgemeinbevölkerung basieren entweder auf Verkaufszahlen von Medikamenten (s. z.B. Glaeske, 2001) oder auf Bevölkerungsumfragen (Kraus & Bauernfeind, 1998; Simon et al., 1999; Kraus & Augustin, 2001), die nur wenig Informationen über die Konsumgewohnheiten kleiner und in Repräsentativstudien kaum fassbarer Gruppen liefern können. Daher wäre es wünschenswert, wenn die aus ebis-med stammenden Ergebnisse zum Medikamentenmissbrauch mit anderen Quellen kombiniert werden, die ergänzende Teilpopulationen abbilden, um so ein möglichst umfassendes Bild des Missbrauchs von Medikamenten in der Bundesrepublik zu erhalten.

1.3 Hinweise zur Gliederung

Zunächst erfolgt in Kapitel 1 eine kurze Beschreibung der Ziele des Monitoring-Systems sowie der aktuellen Rahmenbedingungen für die Projektdurchführung und die Datenauswertung.

In Kapitel 2 folgt eine kurze Begriffsklärung und Definition des Arzneimittelmissbrauchs. Dabei stehen insbesondere die zur Dokumentation des problematischen Konsums in den Einrichtungen verwendeten Kriterien im Vordergrund.

Kapitel 3 beinhaltet neben einer Beschreibung der Methodik der Dokumentation, Abfrage und Auswertung der Daten eine ausführliche Analyse der Repräsentativität der ebis-med

Daten. Zudem werden in dem Kapitel die methodischen Voraussetzungen einer längsschnittlicher Analyse des Datensatzes geprüft und bewertet.

Im Kapitel 4 erfolgt eine Beschreibung der im Jahr 2002 mit Hilfe des Monitoring-Systems ebis-med erfassten Klienten bezüglich Geschlecht, Alter und Hauptdiagnose. Der dabei vorgenommene Vergleich der ebis-med Klienten mit der ebis-Gesamtstichprobe liefert Hinweise zur Charakterisierung der Untergruppe alkohol- bzw. drogenabhängiger Personen mit gleichzeitigem Arzneimittelmisbrauch.

Die Konsummuster des Arzneimittelmisbrauchs werden in Kapitel 5 näher beschrieben. Die Analyse unter Konstanthaltung des Einflussfaktors „Suchtdiagnose“ erlaubt es, diagnose-spezifische Charakteristika von Konsummustern aufzuzeigen und zugleich die entsprechenden Unterschiede zwischen den Klientengruppen zu verdeutlichen. Die aufgezeigten Missbrauchsmuster liefern zum einen Hinweise für die Einschätzung des Risikos möglicher Neben- und Wechselwirkungen.

Kapitel 6 beinhaltet eine Analyse der Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen, Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe für das Berichtsjahr 2002. Die Analyse der Arzneimittel und Konsummuster erfolgt dabei jeweils für die Gesamtgruppe der Klienten sowie die drei häufigsten Suchtdiagnosegruppen Alkohol, Opioide und Sedativa/Hypnotika.

Die Ergebnisse der längsschnittlichen Analyse einzelner Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe für die Berichtsjahre 1998 bis 2002 werden im Kapitel 7 vorgestellt. Die dabei vorgenommenen Ableitungen von Trendaussagen basieren auf diagnosespezifischen Auswertungen der Nennungshäufigkeiten verschiedener Präparate und damit unter Kontrolle des Einflusses zeitlich variierender Hauptdiagnoseverteilungen.

In Kapitel 8 sind die am häufigsten genannten Wirkstoffe hinsichtlich der Konsummuster und Konsumentendaten genauer charakterisiert.

Die wichtigsten Ergebnisse des vorliegenden Berichts werden in Kapitel 9 zusammenfassend diskutiert. Das Kapitel skizziert zudem einen Ausblick auf weitere Entwicklungen des Monitoring-Systems ebis-med und das Berichtsjahr 2003.

1.4 Besondere Bedingungen für die Auswertung 2002

In den Zwischenauswertungen für das Jahr 2002 hat sich bereits gezeigt, dass die Anzahl der Medikamentennennungen wieder angestiegen ist, so dass der Tiefpunkt bezüglich des

Umfangs der Medikamentennennungen überwunden werden konnte. Auch für das Gesamtjahr 2002 ist die Anzahl der Nennungen im Vergleich zum Vorjahr von 314 auf 400 Nennungen wieder klar angestiegen. Die Zahl der Klienten stieg von 219 auf 299.

Wichtige Hinweise vor allem für die Längsschnittanalyse ergeben sich aus dem Gutachten des BfArM über den Jahresbericht 2001 vom Juli 2003. Dort wird bestätigt, dass für die Längsschnittanalysen über den Medikamentenmissbrauch die Trennung in Hauptdiagnosen die einzige Möglichkeit darstellt, um angesichts der wechselnden ebis-med Einrichtungen zu interpretierbaren Längsschnittaussagen kommen zu können. Dieser Ansatz wird bei der vorliegenden Auswertung für das Jahr 2002 konsequent und systematisch durchgeführt.

Zum Anstieg der Nennungshäufigkeit hat neben einer intensiveren Betreuung der teilnehmenden Einrichtungen die Rekrutierung neuer Einrichtungen im Jahr 2002 beigetragen (siehe Kap. 3.4). Wie die im Rahmen des vorliegenden Berichts durchgeführte Repräsentativitätsanalyse zeigt, konnte mit der Rekrutierung neuer Einrichtungen zudem eine Korrektur der bislang bestehenden Unterrepräsentiertheit illegaler Hauptdiagnosen vorgenommen werden. Damit erweisen sich die in den ebis-med Referenzeinrichtungen ermittelten Ergebnisse als repräsentativ für die Gesamtheit der ambulanten Beratungseinrichtungen.

Wie im Vorjahr liegen auch 2002 neben den Daten aus den Referenzeinrichtungen Nennungen von Einrichtungen außerhalb der ebis-med Referenzstichprobe vor. Nach Prüfung von Indikatoren der Dokumentationsqualität und Repräsentativität fanden sich jedoch keine Hinweise auf Qualitätsmängel oder auf Verzerrungen der Stichprobe. Es wurde daher entschieden, die Daten auch in diesem Jahr in die Analyse einzubeziehen.

Zur Durchführung einer diagnosespezifischen Auswertung im Längsschnitt war die Recodierung der Daten zurückliegender Berichtsjahre sowie eine erneute Auswertung der Arzneimittel-daten seit 1998 unter Berücksichtigung der Hauptdiagnosen erforderlich.

Die durchgeführte Form der Längsschnittanalyse (nach Hauptdiagnosen) gewährleistet die Konstanz des ergebnisrelevanten Faktors „Hauptdiagnose-Verteilung“ innerhalb der Diagnosegruppen und ermöglicht dadurch den Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen, den Einfluss der Hauptdiagnose auf Art und Umfang des Konsums zu quantifizieren.

Die Frage der Missbrauchsdefinition und anderer begrifflicher Klärungen wird im vorliegenden Jahresbericht zurückgestellt, so dass die Konstanz der bisherigen Definitionen des

Ziele und Überblick

Missbrauchs von Arzneimitteln im Sinne eines wichtigen bestimmungsgemäßen Gebrauchs weiterhin gegeben ist (siehe Kapitel 2).

2 Begriffsklärung: Missbrauch von Arzneimitteln

Im Jahresbericht 2001 erfolgte eine ausführliche Analyse der Begriffe Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit und bestimmungsgemäßer und nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch von Arzneimitteln. Die dort dargestellte Analyse und Diskussion soll in dem vorliegenden Jahresbericht nicht wiederholt werden. Hauptkriterium für eine Missbrauchsdefinition waren drohende oder bereits eingetretene Schäden als Folge des Arzneimittelgebrauchs. In der Stellungnahme des BfArM-Gutachtens wurde auf die Bedeutung der begrifflichen Kontinuität für ein Monitoring-System hingewiesen, darüber hinaus erfolgte aber keine direkte Stellungnahme zu den Vorschlägen einer neuen begrifflichen Fassung, die aber insgesamt betrachtet nicht zu einer Erweiterung oder Reduzierung des Begriffsfeldes Missbrauch von Arzneimitteln führen würde, sondern lediglich einen Beitrag für eine größere Konsistenz der Begriffe darstellen könnte.

Für ein Beobachtungssystem des Medikamentenmissbrauchs ist vor allem die Vergleichbarkeit der Begriffe im Längsschnitt und der Vergleich mit den Definitionen in anderen Monitoring-Systemen zum Medikamentenmissbrauch entscheidend. Schließlich ist für die Qualität der Daten ausschlaggebend, wie die Berater in den Suchtberatungsstellen den Begriff „Medikamentenmissbrauch“ angewandt haben, inwieweit sie sich an die Vorgaben durch ebis-med gehalten haben, oder davon abweichend, sich an eigenen Begriffsvorstellungen orientiert haben.

Zu Beginn der Teilnahme einer Suchtberatungsstelle an ebis-med wird ausführlich erläutert, welche Daten zu erheben sind und was unter den Diagnosen „Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch“ sowie unter dem Begriff „Missbrauch“ zu verstehen ist.

Missbrauch wird dort definiert entsprechend der DHS-Definition von 1987:

„Jede Einnahme von Medikamenten, die qualitativ oder quantitativ nicht ihrem eigentlichen Zweck entspricht, wird als Missbrauch verstanden.“ Qualitativ bedeutet hier, dass ein Medikament abweichend von seinem eigentlichen Anwendungsgebiet mit einer anderen Zielsetzung gebraucht wird. Mit quantitativ ist gemeint, dass entweder die empfohlene Höchstdosis oder die maximale Einnahmedauer überschritten wird. Der Frage von Folgeschäden kommt in dieser Definition keine direkte Bedeutung zu.

Eine klinisch-pragmatische Definition geht also von folgenden Kriterien aus:

- Jede Einnahme von Arzneimitteln außerhalb der medizinischen Indikation. Hier geht der jeweilige Wissensstand über ein Medikament, seinem Anwendungsbereich und den zu erwartenden Nebenwirkungen mitein.
- Jede Einnahme in einer anderen als der vorgeschriebenen Dosierung
- Jede Einnahme über einen längeren, als den vorgesehenen Zeitraum
- Die Suchtdiagnosen „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit“ nach ICD-10.

3 Methodik

3.1 Erhebungsinstrument

Der zur Dokumentation verwendete und im Anhang F dargestellte Medikamentenbogen bietet die Möglichkeit, pro Klient bis zu sechs verschiedene Medikamente mit jeweils dreizehn Einzelinformationen zum Konsum zu dokumentieren. Erfasst werden soll der Handelsname des Medikaments, das im Zeitraum der letzten sechs Monate vor Betreuungsbeginn von einem Klienten in problematischer Weise gebraucht oder das Substitutionsmittel eingenommen wurde sowie die zugehörigen Konsummuster.

Mit dem Medikamentenbogen werden neben dem genauen Präparatnamen (M1) folgende Merkmale erfasst:

- durchschnittliche Tagesdosis pro Einnahmetag (M 2)
- die Bezugsform des Medikaments (M 3)
- der überwiegende Bezug (M 4)
- die überwiegende Präparatform (M 5)
- die Einnahmeart (M 6)
- die überwiegende Einnahmeart (M 7)
- die Anzahl der Konsumtage im letzten Monat (M 8)
- die Dauer des problematischen Gebrauchs (M 9)
- die Dauer der aktuellen Konsumphase (M10)
- der kombinierte Gebrauch mit anderen psychotropen Substanzen (M11)
- die Präparatpräferenz (M12)
- das Vorliegen einer Dosissteigerung (M13)
- der Einnahmegrund (M14).

Die Dauer des problematischen Konsums und der aktuellen Konsumepisode sowie die angestrebte Wirkung der konsumierten Arzneimittel werden seit der 1999 vorgenommenen Erweiterung des Medikamentenbogens berücksichtigt. Der entsprechend erweiterte Medikamentenbogen wird seit Januar 1999 in den ebis-med Einrichtungen eingesetzt.

Neben den Informationen zu Arzneimitteln und Konsummustern gehen aus der ebis-Dokumentation folgende Klientenmerkmale in die ebis-med Auswertung ein:

- Hauptdiagnose
- Alter
- Geschlecht

3.2 Dokumentation und Datenabfrage

3.2.1 Dokumentation des Arzneimittelmisbrauchs in den Einrichtungen

Schädlicher Gebrauch, Missbrauch oder Abhängigkeit von Arzneimitteln werden mit Hilfe des ebis-Grunddatenbogens erfasst und anschließend hinsichtlich der Konsummuster im ebis-med Medikamentenbogen genauer dokumentiert. Die Rahmenbedingungen der Dokumentation und die der Diagnosestellung zugrundeliegenden Kriterien werden im Folgenden genauer dargestellt.

3.2.1.1 Rahmenbedingungen und Kriterien der Dokumentation

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der ebis-med Stichprobe werden routinemäßig alle Klienten im Rahmen des Anamnesegesprächs über ihren Konsum von Medikamenten befragt. Auf dem Medikamentenbogen dokumentiert werden alle Fälle, in denen ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum von Medikamenten vorliegt sowie jeglicher Konsum eines Arzneimittels zur Opioid-Substitution (vgl. Kapitel 3.6).

3.2.1.2 Dokumentationskriterien

Die Kriterien für Arzneimittelmisbrauch orientieren sich an den ICD-Kriterien für die Diagnosen Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit, sowie darüber hinaus an den weitergehenden Kriterien eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs. Die Dokumentation eines Schädlichen Gebrauchs und/oder einer Abhängigkeit erfolgt in Anlehnung an die WHO-Empfehlung, d.h. unter Vorliegen der in der ICD 10 Kapitel V (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) im Abschnitt F1 geforderten Kriterien.

a) Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F1x.1)

Schädlicher Gebrauch ist ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche oder eine psychische Störung sein.

Diagnostische Leitlinien zum Schädlichen Gebrauch:

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist noch kein Kriterium für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige soziale Folgen (im Gegensatz zur Diagnose Missbrauch bei der DSM-IV). Eine akute Intoxikation oder ein "hangover" sind allein noch keine ausreichenden Kriterien für eine Gesundheitsschädigung, die für die ICD-Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist.

b) Abhängigkeitssyndrom

Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz bzw. Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Kernphänomene der Abhängigkeit sind der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren, sowie damit zusammenhängende Defizite in der Kontrolle des Suchtverlangens. Dies zeigt sich in dem Konsum der psychotropen Substanz trotz der damit verbundenen Schäden in verschiedenen Lebensbereichen.

Diagnostische Leitlinien zum Abhängigkeitssyndrom

Im Kontext von ebis-med interessiert nicht die Lebenszeitdiagnose, sondern die aktuelle Diagnose im letzten Jahr. Die aktuelle Abhängigkeitsdiagnose wird nur gestellt, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom [wie z.B. Schwitzen, Zittern, Ängste, Unruhe etc.]
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen der Substanz erforderlich.
6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, wie z.B. die Tendenz, die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Konsumverhaltens außer acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung durch massiven Medikamentenkonsum, oder sozial, wie Arbeitsplatzverlust durch substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch, wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum.

Die oben dargestellten diagnostischen Kriterien schließen beispielsweise chirurgische Patienten aus, die Opiate zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opiatentzugssyn-

drom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiateinnahme entwickelt haben.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Wirkstoff beziehen (beispielsweise Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z. B. Benzodiazepine), oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (z.B. Arzneimittel mit sedierender Wirkung).

c) Missbrauch/nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch

Unter Medikamentenmissbrauch als Überbegriff wird, entsprechend der DHS-Definition (1987), die qualitativ oder quantitativ nicht ihrem eigentlichen Zweck entsprechende Einnahme psychoaktiver Substanzen, verstanden. Qualitativ bedeutet hier, dass ein Medikament abweichend von seinem eigentlichen Anwendungsgebiet „zweckentfremdet“ konsumiert wird. Mit quantitativ ist gemeint, dass entweder die empfohlene Höchstdosis oder die maximale Einnahmedauer überschritten wird. Häufig wird auch von einem nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch gesprochen.

3.2.2 Datenabfrage bei den Einrichtungen

Zweimal jährlich werden in den ebis-med Einrichtungen die Präparatnennungen aus den Medikamentenbögen über einen Zeitraum von jeweils vier Monaten abgefragt (Januar bis April und Mai bis August) und zu einer Zwischenauswertung zusammengeführt. Diese Zwischenauswertungen haben den Zweck, entsprechend der Zielsetzung von ebis-med als Frühwarnsystem möglichst frühzeitige Veränderungen im Medikamentenkonsumverhalten der Klienten zu erfassen.

Zu Beginn eines neuen Jahres werden in allen an ebis beteiligten Einrichtungen sämtliche im Vorjahr gesammelten Klientendaten sowie Angaben zur Art und Struktur der Einrichtung abgefragt. Ergänzend dazu liefern die ebis-med Einrichtungen alle Informationen über ihre im Vorjahr erhobenen Medikamentenbögen. Die Zusammenführung der kodierten Klientengrunddaten mit den Medikamentendaten ermöglicht es, Konsummuster und Veränderungen im Medikamentenkonsum sehr präzise und zeitnah zu untersuchen. Bei den an ebis-med beteiligten Einrichtungen, die keine ebis-Daten mehr liefern können, sondern ähnliche Daten mit dem Dokumentationssystem Horizont, werden die gleichen Grunddaten wie bei ebis-Einrichtungen abgefragt. Dazu wurde ein Zusatzmodul entwickelt und an die beteiligten Horizont-Einrichtungen verschickt.

Es ergeben sich dadurch zwei verschieden strukturierte Dateien:

- a) eine Datei mit den einzelnen Medikamentennennungen als Zeile in der Datenmatrix, und
- b) eine Datei mit Klientendaten, deren Zeile in der Datenmatrix jeweils die einzelnen Klienten repräsentieren.

Für bestimmte Auswertungen müssen diese unterschiedlich strukturierten Dateien zusammengeführt werden.

3.3 Beteiligte Beratungsstellen

Bei der Auswahl der beteiligten Einrichtungen ist das Ziel, eine möglichst repräsentative Stichprobe von Einrichtungen zu erhalten, so dass Verallgemeinerungen von Ergebnissen erleichtert werden. In einer ersten Phase der seit 1988 durchgeführten Erhebung bestand die Stichprobe der Referenzeinrichtungen aus 35 ambulanten Suchtberatungsstellen, die eine 10 %-Stichprobe der damals 350 EBIS-A benutzenden Einrichtungen in den alten Bundesländern darstellte. 1996 wurde der prozentuale Umfang der Stichprobe (gemessen an der Gesamtzahl der an ebis teilnehmenden Einrichtungen) auf 5% verringert. Als Zielvorgabe für den Umfang der Referenzstichprobe sind seitdem 25 Referenzeinrichtungen vorgesehen. Da nicht mit einem vollständigen Datenrücklauf der Referenzeinrichtung zu rechnen ist, sollte die Anzahl rekrutierter Einrichtungen jedoch deutlich über der Zielvorgabe liegen.

3.3.1 Rekrutierung neuer Einrichtungen

Um den Rückgang der Einrichtungszahl, der zwischen 2001 und 2002 aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen des Projekts erfolgte, auszugleichen und zugleich die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurden im Jahr 2002 insgesamt 20 neue Einrichtungen rekrutiert. Die Stichprobenziehung erfolgte nach einem geschichtetem Zufallsverfahren (siehe ebis-med Jahresbericht 2001, Küfner et al. 2003) und wurde für die alten und neuen Bundesländer getrennt durchgeführt.

Für die Bildung der Schichten (Strata) wurden die dafür festgelegten Kriterien verwendet:

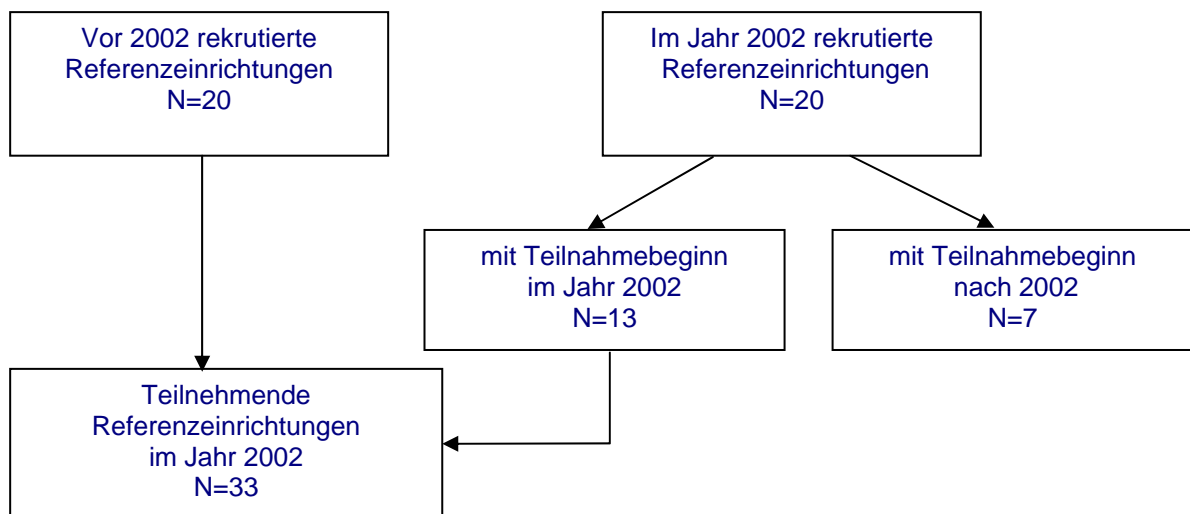
- a) Der Anteil von Klienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen
- b) Die Größe einer Beratungsstelle

Die Begründung der Kriterien liegt in hauptdiagnosespezifischen Unterschieden qualitativer und quantitativer Aspekte des Medikamentenmissbrauchs und der Annahme, dass sich in

Abhängigkeit von der Größe der Einrichtungen Unterschiede in der Erfassung von Medikamentenproblemen ergeben könnten. In den neuen Ländern wurde wegen des geringen Umfangs der Teilgruppe auf diese zusätzliche Stratifizierung verzichtet.

Sieben der neu rekrutierten Einrichtungen beginnen ihre Teilnahme ab dem Jahr 2003, so dass für 2002 dreizehn neue Einrichtungen in die Referenzstichprobe miteinbezogen werden können. Die Zusammensetzung der Einrichtungsstichprobe ist durch Abbildung 3.1 skizziert.

Abbildung 3.1: Übersicht der geplanten Einrichtungsstichprobe



3.3.2 Einrichtungen mit Daten-Rückmeldung

Referenzeinrichtungen

Im Jahr 2002 sind von 22 der 33 angefragten Referenzeinrichtungen Medikamentennennungen eingegangen. Damit konnte die Anzahl teilnehmender Referenzeinrichtungen im Vergleich zum Vorjahr ($n_{2001}=11$) verdoppelt werden. Bezüglich der Anzahl der Referenzeinrichtungen mit Datenrückmeldung wird der seit 1998 erzielte Höchstwert von 23 Einrichtungen (vgl. Tab. 3.1) und die festgelegte Zielvorgabe von 25 Einrichtungen nur knapp verfehlt.

Tabelle 3.1: Referenzeinrichtungen mit Datenrückmeldung seit 1998

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002
Einrichtungen	23	20	19	11	22

Zusätzliche Einrichtungen

Die Möglichkeit der Dokumentation missbräuchlichen Konsums besteht generell für alle mit ebis dokumentierenden Einrichtungen. Wie im Vorjahr liegen deshalb auch im Jahr 2002 Daten aus zusätzlichen Einrichtungen vor (n=12). Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die den Medikamentenkonsum ihrer Klienten nach ebis-med Vorgaben dokumentieren und die Daten an das IFT weitergeben, obwohl die Beratungsstellen nicht als ebis-med-Referenzeinrichtungen angefragt wurden.

Diese nicht angefragten Daten aus zusätzlichen Einrichtungen tragen einerseits zu einer deutlichen Steigerung der Informationsausschöpfung des Monitoring-Systems bei, andererseits unterliegen diese Einrichtungen nicht den Kriterien eines geschichteten Zufallsverfahrens. Daher ist nicht auszuschließen, dass sich dadurch Verzerrungen der Stichprobenrepräsentativität und in der Folge mehr oder weniger starke Einschränkungen der externen Validität ergeben.

Um eine optimale Informationsausschöpfung unter Wahrung der Daten- und Stichprobenqualität gewährleisten zu können, sollen im Rahmen der Jahresauswertung 2002 Indikatoren der Dokumentationsqualität und der Repräsentativität zusätzlicher Einrichtungen geprüft und die Ergebnisse der Prüfung in die Entscheidung für oder gegen die Aufnahme der nicht angefragten Daten einbezogen werden.

3.4 Repräsentativität und Kontinuität der ebis-med Stichprobe

3.4.1 Vorbemerkung zur Repräsentativbeurteilung

Die Zusammensetzung der Referenzstichprobe ist sowohl für die interne Validität als auch für die Repräsentativität der mit Hilfe des Monitoring-Systems ebis-med ermittelten Ergebnisse von zentraler Bedeutung: Die Querschnittsdaten zum missbräuchlichen Konsum von Arzneimitteln sind nur dann auf die Gesamtheit der in Suchtberatungsstellen behandelten Klienten generalisierbar, wenn die ebis-med Stichprobe eine repräsentative Auswahl aus der Grundgesamtheit der Beratungseinrichtungen darstellt. Darüber hinaus ist die Kontinuität der Stichprobenzusammensetzung bzgl. ergebnisrelevanter Merkmale ein Bedingungsfaktor für die Ableitung valider Trendaussagen.

Zum Ausgleich der ausgeschiedenen Einrichtungen der letzten Jahre wurden für das Berichtsjahr 2002 dreizehn neue Einrichtungen rekrutiert. Dabei trägt die Anwendung des geschichteten Zufallsverfahrens bei der Ziehung der Referenzeinrichtungen wesentlich zur Sicherung der Kontinuität und Repräsentativität der Stichprobenzusammensetzung bei.

Trotz zufälliger Auswahl der Einrichtungen ist nicht auszuschließen, dass sich in Abhängigkeit vom Stichprobenumfang mehr oder weniger starke Abweichungen von der Grundgesamtheit ergeben. Zudem können neben Verzerrungen bei der Rekrutierung auch systematische Ausfälle im Prozess der Datenerhebung und -rückmeldung zu Veränderungen der Stichprobenzusammensetzung führen.

Aufgrund der vorgenommenen Erweiterung der ebis-med Stichprobe soll deshalb im Rahmen des vorliegenden Berichts eine aktualisierte Bewertung der Stichprobenrepräsentativität und -kontinuität vorgenommen werden. Die Analyse der Repräsentativität betrifft sowohl die Zusammensetzung der ebis-med Referenzstichprobe als auch die der tatsächlich in die Auswertung eingehenden Beratungsstellen. Während erstere durch Gegenüberstellung aller ebis-med Referenzstichprobe mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik erfolgen soll, wird für die Repräsentativität der tatsächlich ausgewerteten Stichprobe ein Merkmalsvergleich der Responder- und Non-Responder-Einrichtungen mit den Beratungsstellen des Kerndatensatzes durchgeführt. Desweiteren soll unter 3.4.3 überprüft werden, welche Konsequenzen sich aus einer Einbeziehung zusätzlicher Einrichtung für die Qualität der ebis-med Daten ergeben.

Aufgrund der vorgenommenen Erweiterung der ebis-med Stichprobe soll deshalb im Rahmen des vorliegenden Berichts eine aktualisierte Bewertung der Stichprobenrepräsentativität und -kontinuität vorgenommen werden. Des Weiteren soll unter 3.4.3 überprüft werden, welche Konsequenzen sich aus einer Einbeziehung zusätzlicher Einrichtung für die Qualität der ebis-med Daten ergeben.

Als Bewertungskriterium der Repräsentativität dient die Hauptdiagnose-Verteilung der in den Einrichtungen behandelten Klienten. Das Kriterium gilt zum einen als zentraler Einflussfaktor von Art und Umfang des Arzneimittelmisbrauchs abhängiger Klienten; zudem hat sich die Hauptdiagnose-Verteilung der Klienten wiederholt als besonders anfällig gegenüber selektiven Auswahlverzerrungen erwiesen. Das Kriterium "Hauptdiagnose-Verteilung" kann daher als relevantes und zugleich sensibles Kriterium einer Repräsentativitäts- und Kontinuitätsbewertung betrachtet werden.

Aufgrund des hohen Anteils fehlender Daten in der Gruppe der Non-Responder werden für die Gegenüberstellung mit den Responder-Einrichtungen neben der Hauptdiagnoseverteilung zusätzlich Informationen zu Geschlecht und Alter der behandelten Klienten sowie zu strukturellen Einrichtungsmerkmalen berücksichtigt.

Da die Bewertung der Generalisierbarkeit einen Vergleich über alle in den Einrichtungen behandelten Klienten erfordert, beziehen sich die berechneten Verteilungen auf die Gesamtheit der in den Einrichtungsstichproben behandelten Klienten, unabhängig davon, ob bei der

Person ein Arzneimittelmissbrauch dokumentiert wurde oder nicht. Die im Zusammenhang mit der Stichprobenrepräsentativität angegebenen Diagnoseverteilungen sind daher von den Häufigkeitsangaben zur Charakterisierung der ebis-med Klientenstichprobe (vgl. Kapitel 4) abzugrenzen, die sich nur auf die Teilmenge der Klienten mit missbräuchlichem Konsum von Medikamenten beziehen.

Um die Unabhängigkeit der beiden Stichproben gewährleisten zu können, werden Teilstichproben aus der übergeordneten Stichprobe ausgeschlossen. So sind z.B. die an ebis-med teilnehmenden Referenzeinrichtungen nicht in der Gesamtstichprobe der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen enthalten.

Die Angaben zur Hauptdiagnose-Verteilung in den relevanten Teilstichproben wurden von der ebis-Arbeitsgruppe des IFT als Einzelauswertungen der Suchthilfestatistik 2002 zur Verfügung gestellt.

3.4.2 Ergebnisse der Repräsentativitätsbewertung

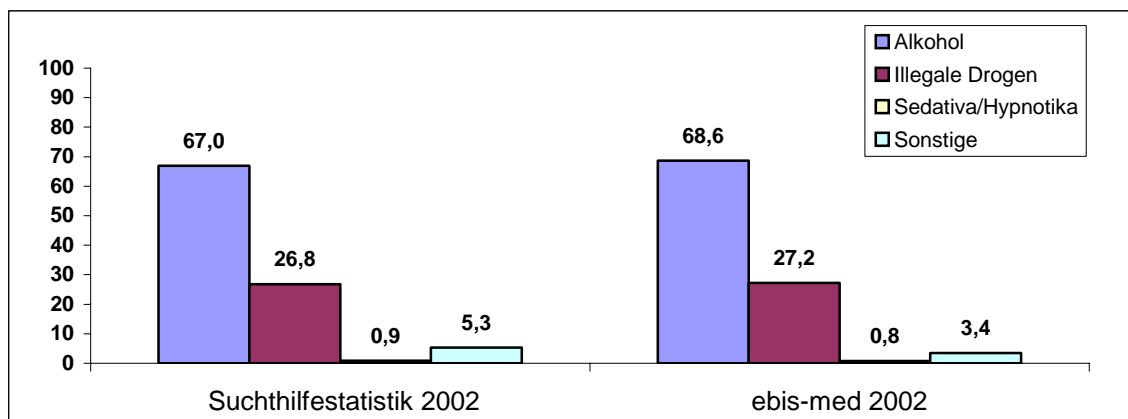
Die Repräsentativität der ebis-med Referenzeinrichtungen für die Gesamtpopulation der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (d.h. die Gesamtheit aller Einrichtungen, die sich an der Kerndatenauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligen) wurde 1999 statistisch geprüft und bewertet (vgl. Simon et al., 2003). Als Prüfkriterien wurden strukturelle Einrichtungsmerkmale wie die Anzahl der Mitarbeiter einer Einrichtung, der Klientenzugang pro Jahr, die pro Jahr zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel, der Behandlungsschwerpunkt der Einrichtung, der Anteil substituierter Klienten sowie die Hauptdiagnoseverteilung aller behandelten Klienten berücksichtigt. Dabei konnte eine hohe Übereinstimmung zwischen den ebis-med Referenzeinrichtungen, den ebis Einrichtungen und der Gesamtheit aller Beratungsstellen in Deutschland nachgewiesen werden. Abweichungen von der Grundgesamtheit zeigten sich lediglich für die Hauptdiagnose-Verteilung der behandelten Klienten: Hauptdiagnosen illegaler Substanzen erwiesen sich sowohl in den ebis-Einrichtungen als auch in den ebis-med Beratungsstellen im Vergleich zu den an der Grundgesamtheit der an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Beratungsstellen als unterrepräsentiert (vgl. Simon, 2003).

Mit der Rekrutierung neuer Einrichtungen im Jahr 2002 wurde unter anderem das Ziel verfolgt, die Repräsentativität der beteiligten Einrichtungen für die Gesamtheit der Suchtberatungsstellen zu sichern und die Unterrepräsentiertheit illegaler Hauptdiagnosen entsprechend auszugleichen.

Um zu prüfen, inwieweit durch die vorgenommene Erweiterung der Referenzstichprobe die angestrebte Angleichung an die Grundgesamtheit erreicht werden konnte, wurde ein aktualisierter Vergleich der Hauptdiagnoseverteilungen zwischen den Klienten der ebis-med Einrichtungen und der Klienten aller an der Kerndatenauswertung beteiligten Einrichtungen für 2002 vorgenommen (vgl. Abb. 3.2). Die in der Abbildung dargestellten Häufigkeitsanteile beziehen sich auf die Gesamtheit der vergebenen Hauptdiagnosen, d.h. Klienten, denen im Rahmen der Beratung keine Diagnose zugewiesen wurden, bleiben in der Verteilung unberücksichtigt. Die Referenzstichprobe ist nicht in der Gesamtstichprobe der an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Einrichtungen enthalten. Damit handelt es sich bei den dargestellten Stichproben um unabhängige Einrichtungsstichproben.

Bei sehr großen Stichprobenumfängen (wie dem Stichprobenumfang der Deutschen Suchthilfestatistik mit insgesamt 456 teilnehmenden Beratungseinrichtungen) sind bereits bei geringen Abweichungen signifikante Ergebnisse zu erwarten. Um eine adäquate Bewertung von Abweichungen auch bei hohen Stichprobenumfängen gewährleisten zu können, wurden vom Stichprobenumfang unabhängige Effektgrößen für Kontingenztafeln ermittelt. Die Bewertung der Effekte erfolgt analog der in der Literatur angegebenen Klassifikation für Effektgrößen nach Cohen (1988).

Abbildung 3.2: Hauptdiagnoseverteilung ebis-med und Deutsche Suchthilfestatistik für 2002



Der Vergleich in Abbildung 3.2 ergibt eine hohe Übereinstimmung der Verteilungen zwischen der ebis-med Referenzstichprobe und der Gesamtheit aller an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Beratungseinrichtungen. Die ermittelte Effektgröße, die mit einem Wert von $w=0,03$ deutlich unter dem Grenzwert eines niedrigen Effekts (0,1) liegt, bestätigt die Gleichverteilung der Hauptdiagnosen in ebis-med und dem Kerndatensatz der Deutschen Suchthilfestatistik.

Interpretation, Folgerungen

Aufgrund der vorgenommenen Erweiterung der ebis-med Stichprobe wurde im Rahmen des aktuellen Berichts eine aktualisierte Bewertung der Repräsentativität vorgenommen.

Als Bewertungskriterium diente dabei die Hauptdiagnose-Verteilung der in den Einrichtungen behandelten Klienten. Das Kriterium erweist sich unter Berücksichtigung der empirischen Befundlage sowohl als relevantes und zugleich sensibles Kriterium einer Repräsentativitätsbewertung.

Wie die dargestellte Repräsentativitätsanalyse zeigt, konnte mit der Rekrutierung neuer ebis-med Referenzeinrichtungen im Berichtsjahr 2002 die Unterrepräsentiertheit von Hauptdiagnosen illegaler Substanzen im Vergleich zu den an der Kerndatenauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik beteiligten Beratungseinrichtungen korrigiert werden.

Damit erweisen sich die ebis-med Referenzeinrichtungen als repräsentativ für die Gesamtheit der ambulanten Beratungseinrichtungen.

3.4.3 Repräsentativität der Responder-Stichprobe

Neben selektiven Ausfällen im Rahmen der Stichprobenrekrutierung (vgl. 3.4.2) können sich zudem systematische Verzerrungen durch Unterschiede im Datenrücklauf ergeben.

Für das Berichtsjahr 2002 liegen von 22 der insgesamt 33 rekrutierten ebis-med Referenzeinrichtungen Medikamenten-Nennungen vor. Im Folgenden soll geprüft werden, inwieweit sich die Responder- und Non-Responder-Einrichtungen von der Gesamtstichprobe ambulanter Beratungseinrichtungen unterscheiden.

Neben der Hauptdiagnoseverteilung werden Alter und Geschlecht der behandelten Klienten sowie strukturelle Einrichtungsmerkmale berücksichtigt. Der Vergleich erfolgt unter Verwendung der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2002. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für 20 der 21 Responder- und lediglich für sieben der elf Non-Responder-Referenzeinrichtungen Daten für den Vergleich vorliegen.

Tabelle 3.2 zeigt die Geschlechtsverteilung und die Altersmittelwerte der behandelten Klienten für die Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen sowie für die Gesamtstichprobe ambulanter Beratungseinrichtungen. Die Häufigkeiten beziehen sich analog zu Kapitel 3.4.3 auf die Gesamtheit der vergebenen Hauptdiagnosen, d.h. Klienten, denen im

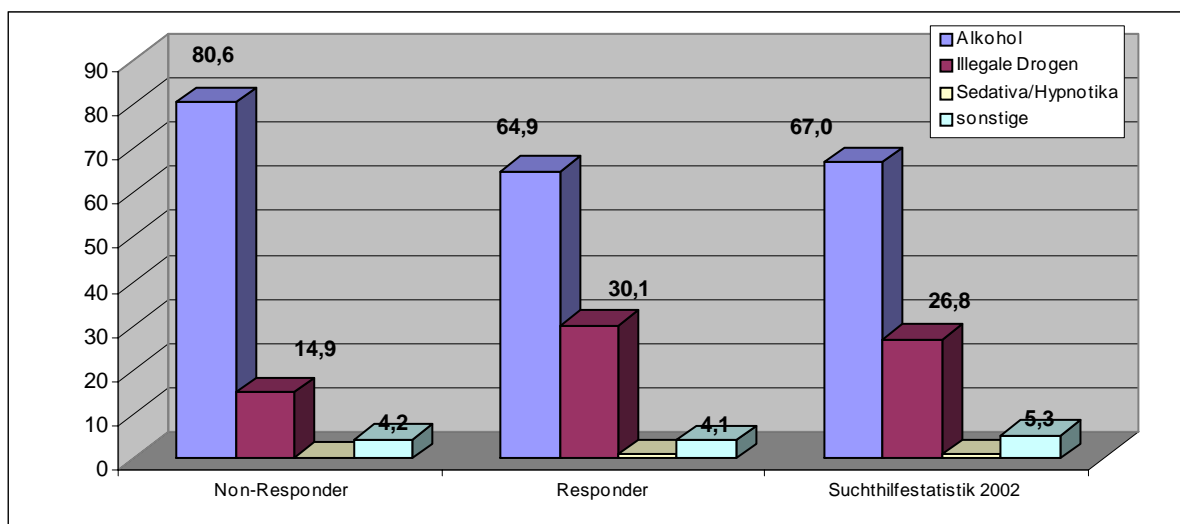
Rahmen der Beratung keine Diagnose zugewiesen wurden, bleiben in der Verteilung unberücksichtigt.

Tabelle 3.2: Geschlechtsverhältnisse und Alter in den Responder- und Non-Responder-Einrichtungen und den Einrichtungen der Suchthilfestatistik

Einrichtung	Männer %	Frauen %	Alter MW
Responder	74,50	25,50	35,2
Non-Responder	77,8	22,2	38,0
Suchthilfestatistik	75,5	24,5	37,6

Die Klienten von Responder- und Non-Responder-Beratungseinrichtungen zeigen im Vergleich zur Suchthilfestatistik ähnliche Geschlechtsverteilungen: Männer sind mit einem Anteil von ca. drei Viertel weitaus häufiger vertreten als Frauen. Der Altersmittelwert liegt bei den Responder-Einrichtungen mit 35,2 Jahren etwas unter dem durchschnittlichen Alter der Gesamtstichprobe (MW=37,6) und der Non-Responder-Einrichtungen (MW=38,0). Abbildung 3.3 zeigt die Hautdiagnoseverteilungen der in den Einrichtungen behandelten Klienten.

Abbildung 3.3: Hauptdiagnoseverteilung in den Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen und der Suchthilfestatistik



Für Responder-Einrichtungen ergibt sich im Vergleich zu den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik eine leichte Unterrepräsentiertheit alkoholbezogener Diagnosen sowie eine Häufung von Hauptdiagnosen aus dem Bereich illegaler Drogen. Die für den Vergleich der Einrichtungsstichproben ermittelte Effektgröße liegt jedoch mit einem Wert von $w=0,02$ weit unter dem Grenzwert eines niedrigen Effekts (0,1).

Dagegen unterscheiden sich die Non-Responder-Referenzeinrichtungen in der Hauptdiagnoseverteilung sowohl von den rückmeldenden Einrichtungen als auch von der Gesamtstichprobe ambulanter Beratungsstellen. Alkoholbezogene Hauptdiagnosen sind in den Non-Responder-Einrichtungen mit einem Anteil von über 80% weitaus häufiger als in den beiden Vergleichsstichproben vertreten. Dagegen werden Klienten mit Diagnosen aus dem Bereich illegaler Drogen in den Non-Responder-Einrichtungen vergleichsweise selten behandelt.

Eine Gegenüberstellung weiterer Einrichtungsmerkmale erfolgt durch Tabelle 3.3. Dabei werden neben der Anzahl der Gesamtbetreuungen im Jahr 2002 auch personelle Ressourcen der Einrichtungen gegenübergestellt. Zugleich erfolgt eine Relativierung der Stellenanteile an der Anzahl betreuter Klienten.

Tabelle 3.3: Gesamtbetreuungen in Responder- und Non-Responder-Referenzeinrichtungen und Einrichtungen der Suchthilfestatistik

Einrichtungsmerkmal	Non-Responder	Responder	Suchthilfestatistik
Gesamtbetreuungen (GB)	336	386	356
Stellenanteile in Vollzeit	4.4	4.9	5.4
Stellen*100/Gesamtbetreuungen	1,14	1,27	1,40

Wie Tabelle 3.3 zeigt, werden von den Responder-Einrichtungen insgesamt mehr Klienten betreut als von den Einrichtungen der Suchthilfestatistik und den Non-Responder-Einrichtungen. Vergleicht man die absoluten und relativierten Stellenzahlen, verfügen ebis-med Referenzeinrichtungen insgesamt über weniger personelle Ressourcen als die Einrichtungen der Suchthilfestatistik. Die Unterschiede sind für die Non-Responder-Einrichtungen jedoch stärker ausgeprägt als für die Responder-Einrichtungen.

Interpretation, Folgerung

Obwohl alkoholbezogene Hauptdiagnosen bei den Responder- Einrichtungen im Vergleich zur Suchthilfestatistik etwas seltener vorkommen, wurde eine hohe űbereinstimmung bzgl. der Hauptdiagnoseverteilung zwischen beiden Stichproben nachgewiesen. 脘hnliche Verteilungen zeigen sich zudem fűr das Geschlecht der behandelten Klienten. Der etwas niedrigere Altersmittelwert von Klienten aus Responder- Einrichtungen dűrfte auf den hűheren Anteil von Konsumenten illegaler Drogen in dieser Gruppe zurűckzufűhren sein. Damit erweisen sich die Klientenmerkmale in den Responder-Einrichtungen fűr die Gesamtheit der ambulanten Beratungsstellen als repr脄sentativ.

Wie die Gegenűberstellung struktureller Einrichtungsmerkmale zeigt, stehen den ebis-med Referenzeinrichtungen insgesamt weniger personelle Ressourcen zur Verfűgung. Fűr Non-Responder-Einrichtungen ist der Unterschied deutlicher ausgepr脄gt.

3.4.3 Bewertung zus脄tzlicher Einrichtungen

Fűr das Berichtsjahr 2002 liegen 135 Nennungen missbr脄uchlichen Medikamentenkonsums von Einrichtungen auűerhalb der ebis-med Stichprobe vor. Die Rűckmeldung durch die Beratungsstellen erfolgte unaufgefordert und die Auswahl der Einrichtungen unterliegt daher nicht dem geschichteten Zufallsverfahren.

Die Einbeziehung der Medikamenten-Nennungen erműglicht einerseits eine optimale Ausschűpfung der Befundlage zu ebis-med. Andererseits unterliegt die Auswahl der betreffenden Einrichtungen im Gegensatz zur Rekrutierung der Referenzstichprobe nicht den Kriterien eines geschichteten Zufallsverfahrens. Es ist daher nicht auszuschlieűen, dass der freiwillige Charakter der Rűckmeldung mit systematischen Abweichungen ergebnisrelevanter Merkmale assoziiert ist.

Die Validit脄t und Repr脄sentativit脄t der zus脄tzlichen Daten soll daher im Folgenden anhand der H脄ufigkeitsverteilung fehlender Daten und der Hauptdiagnosen analysiert werden. Das Ergebnis der Prűfung bildet die Grundlage der Entscheidung űber den Ein- bzw. Ausschluss der zus脄tzlichen Daten.

3.4.3.1 Vollständigkeit der Dokumentation

Fehlende Angaben zu einzelnen Items des ebis-med Bogens können unterschiedliche Ursachen haben: Oft erinnern sich die Klienten nicht an die Einzelheiten des Konsums oder die befragten Personen möchten aus Gründen der sozialen Erwünschtheit keine Auskunft geben. Aber auch das Engagement des Interviewers ist für die Qualität und Vollständigkeit dokumentierter Informationen von Bedeutung. Im Anteil fehlender Angaben dürften sich daher auch Unterschiede in der Dokumentationsqualität widerspiegeln.

Tabelle 3.4 beinhaltet eine Gegenüberstellung der Anteile fehlender Angaben für die Daten der ebis-Referenzeinrichtungen und der zusätzlichen Einrichtungen.

Tabelle 3.4: Anzahl und Anteil fehlender Daten in den Referenz- und zusätzlichen Einrichtungen

Variable	Fehlende Daten - Referenzstichprobe		Fehlende Daten – freiwillige Einrichtung	
	n	%	n	%
Alter	18	0,1	0	0,0
Geschlecht	18	0,1	0	0,0
Hauptdiagnose	65	0,2	8	0,0
Bezug	35	0,1	14	0,1
Einnahmeart	40	0,2	13	0,1
Jahr	119	0,4	36	0,2
Dauer	114	0,4	48	0,3
Kombination	100	0,4	29	0,2
Dosissteigerung	110	0,4	26	0,1
Einnahmegrund	90	0,3	18	0,1
Konsumtage	108	0,4	33	0,2
gesamt	817	3,1	225	1,3
Durchschnitt	74,3	0,3	20,5	0,1

Es ergeben sich in beiden Stichproben relativ hohe Anteile fehlender Daten für Angaben, die den zeitlichen Verlauf des Medikamentenmissbrauchs betreffen. Die mittlere Häufigkeit fehlender Daten liegt jedoch in den zusätzlichen Einrichtungen mit 12% deutlich unter dem Durchschnittswert der Referenzeinrichtungen mit 28%. Die geringeren missing-Quoten bei den zusätzlichen Daten zeigen sich zudem durchgängig bei allen Items des Dokumentationsbogens.

Interpretation, Folgerungen

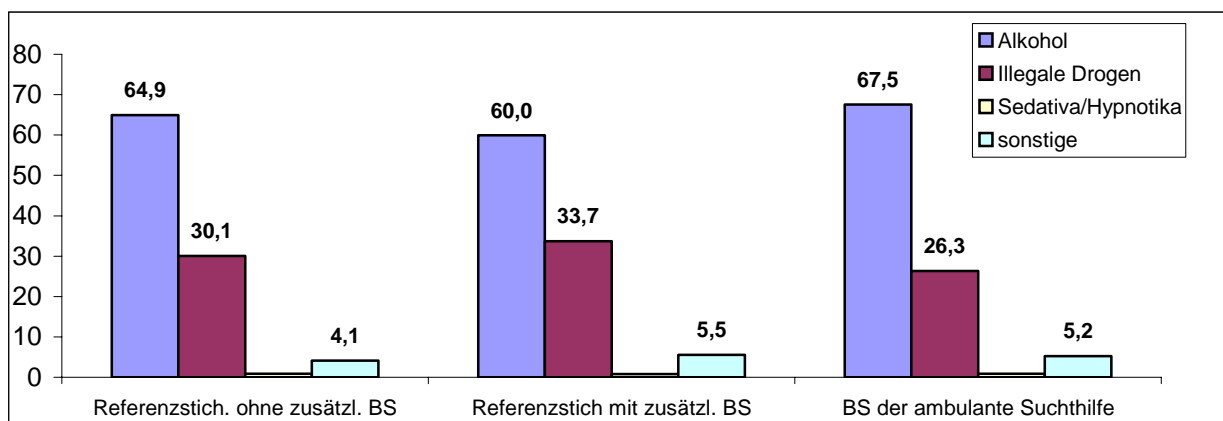
Die relativ geringen Anteile fehlender Angaben in den zusätzlichen Einrichtungen sind als Hinweis für eine vergleichsweise hohe Befragungs- und Dokumentationsqualität zu werten.

Die Vollständigkeit der Daten und die unaufgeforderte Form der Rückmeldung sprechen für eine relativ hohe Dokumentationsqualität und ein überdurchschnittliches Engagement der Mitarbeiter/Therapeuten dieser Einrichtungen.

3.4.3.2 Repräsentativität unter Einbeziehung zusätzlicher Einrichtungen

Um zu prüfen, welche Konsequenzen sich aus einem Ein- bzw. Ausschluss zusätzlicher Einrichtungen für die Repräsentativität der ebis-med Daten ergeben, wird ein Vergleich der Hauptdiagnose-Verteilungen zwischen den beiden Stichproben (unter Ein- und Ausschluss zusätzlicher Einrichtungen) und der Gesamtheit der an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Einrichtungen vorgenommen (Abbildung 3.3).

Abbildung 3.4: Hauptdiagnoseverteilung unter Einbeziehung und Ausschluss zusätzlicher Einrichtungen



*BS: Beratungsstellen

Unter Einbeziehung zusätzlicher Einrichtungen ergibt sich eine Steigerung des Anteils illegaler Hauptdiagnosen von 30,1% auf 33,7%. Der Anteil alkoholbezogener Hauptdiagnosen reduziert sich dementsprechend von 64,9 % auf 60%. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ergibt sich unter Einbeziehung der zusätzlichen Einrichtungen in ebis-med eine leichte Überrepräsentiertheit illegaler Hauptdiagnosen. Die für den Vergleich zwischen erweiterter Stichprobe (d.h. mit zusätzlichen Einrichtungen) und der Gesamtstichprobe ermittelte Effektgröße liegt jedoch mit einem Wert von $w=0,05$ unter dem Grenzwert eines niedrigen Effekts (0,1). Die durch Einbeziehung zusätzlicher Einrichtungen erzeugte Abweichung von der Gesamtstichprobe aller an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Beratungseinrichtungen ist daher als sehr gering zu bezeichnen.

Interpretation, Folgerungen

Trotz eines leicht steigenden Anteils illegaler Hauptdiagnosen unter Einbeziehung der Daten aus zusätzlichen Einrichtungen bleibt die Repräsentativität der Stichprobe für die Grundgesamtheit der an der Kerndatenauswertung teilnehmenden Beratungseinrichtungen erhalten.

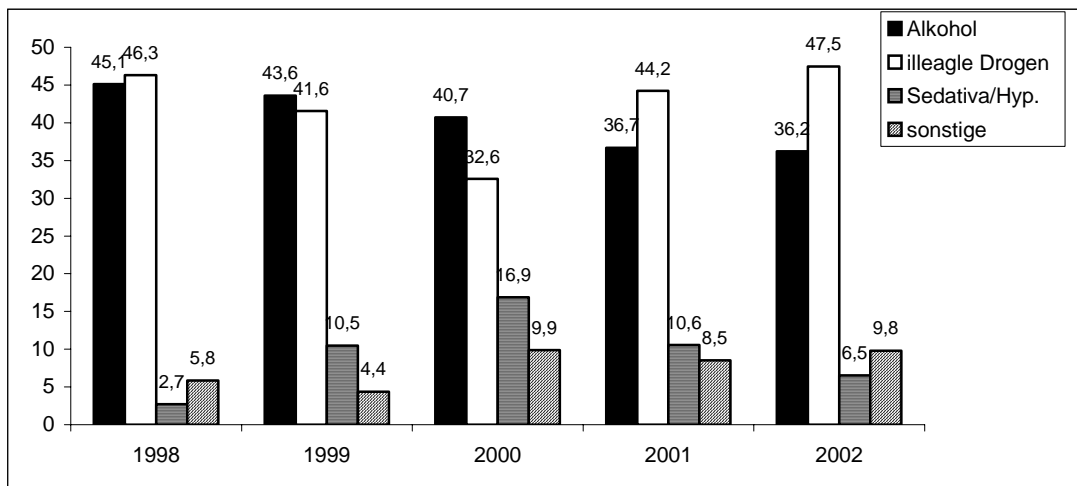
Die vollständige Ausschöpfung vorliegender Informationen durch Einbeziehung zusätzlicher Einrichtungen erscheint daher zulässig. Damit liegen für 2002 insgesamt 400 Arzneimittelnennungen aus insgesamt 34 Einrichtungen (davon 22 Referenzeinrichtungen und 12 zusätzlichen Einrichtungen) vor.

3.4.4 Validität der Längsschnitt-Analyse

Aussagen über Längsschnittveränderungen des Medikamentenmissbrauchs in den Suchtberatungsstellen sind nur dann intern valide, wenn Veränderungen im dokumentierten Arzneimittelmissbrauch auch auf eine tatsächliche Veränderung des Konsums und nicht auf Änderungen der Einrichtungsstichprobe oder veränderte Rahmenbedingungen der Erhebung zurückzuführen sind. Die Konstanz der Hauptdiagnosenverteilung im zeitlichen Verlauf gilt daher als wesentliche Voraussetzung für die Ableitung valider Tendaussagen. Abbildung 3.4 zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen seit 1998 unter Einbeziehung freiwilliger Einrichtungen in den Berichtsjahren 2001 und 2002.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die unten angegebenen Häufigkeiten auf ebis-med Klienten mit dokumentiertem Medikamentenmissbrauch beziehen und sich daher von der Repräsentativitätsbewertung (vgl. 3.4.2) abweichende Häufigkeitsverteilungen ergeben.

Abbildung 3.5: Verteilung der Hauptdiagnosen seit 1998



Nach 1998 ist eine kontinuierliche Abnahme des Anteils alkoholbezogener Diagnosen zu beobachten. Für Hauptdiagnosen aus dem Bereich illegaler Drogen zeigt sich nach einer Abnahme zwischen 1998 und 2000 ab dem Jahr 2001 wieder ein Anstieg der relativen Häufigkeiten. Für die Hauptdiagnosegruppe Sedativa-/Hypnotika zeigt sich eine im Vergleich zu den illegalen Drogen eine gegenläufige Entwicklung.

Die Veränderungen wirken sich auf die Rangreihe der Hauptdiagnosen in den letzten beiden Jahren aus: Während in den Jahren 1999 und 2000 der Arzneimittelmisbrauch von Klienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen am häufigsten dokumentiert wurde, steht in den Jahren 1998, 2001 und 2002 die Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit an erster Stelle der Nennungshäufigkeit.

Interpretation, Folgerungen

Aufgrund variierender Anteile verschiedener Hauptdiagnosen sind stichprobenbedingte Veränderungen der Medikamenten- und Konsumdaten nicht auszuschließen.

Um den Einfluss der Hauptdiagnoseverteilungen konstant zu halten, soll daher eine diagnosespezifische Auswertung der Längsschnittdaten (vgl. Kapitel 7) vorgenommen werden. Damit sind sowohl intern valide als auch repräsentative Aussagen innerhalb der Hauptdiagnose-Gruppen ableitbar.

Die angestrebte diagnosespezifische Analyse gewährleistet die Konstanz des ergebnisrelevanten Faktors "Hauptdiagnose-Verteilung" innerhalb der Diagnosegruppen. Diagnoseübergreifende Trenaussagen sind jedoch nach wie vor nur mit Vorbehalt zulässig.

3.4.5 Rekodierung der Datensätze seit 1998

Um die Vergleichbarkeit der Daten für die Längsschnittanalyse gewährleisten zu können, wurde im Rahmen der Datenauswertung im Berichtsjahr 2002 eine Rekodierung der Arzneimittelnennungen für die Jahrgänge 1998-2000 vorgenommen. Die dabei verwendeten Zuordnungsregeln sind unter 3.4.6 genauer dargestellt. Eine Veränderung zur Zuordnung in den Datensätzen vor 2001 basiert auf der vorgenommenen Differenzierung der Wirkstoffzuordnung nach pharmakologischem Wirkprofil bzw. chemischer Struktur (Wirkstoffgruppe) und nach therapeutischer Anwendung (Arzneimittelgruppe). So werden im aktuellen Bericht z.B. Opioid-Analgetika auf Ebene der Wirkstoffgruppen den Opioiden und auf Ebene der Arzneimittelgruppen den Analgetika zugeordnet. Vor 2001 wurde keine Differenzierung der beiden Ebenen vorgenommen.

3.4.6 Ablauf der Datenauswertung

Im folgenden sollen die Abläufe der Datenauswertung sowie die Zuordnungsregeln der Datenkodierung dargestellt werden. Weitere Hinweise zur Auswertung befinden sich am Anfang der einzelnen Kapitel des Ergebnisteils.

Zuordnung übergeordneter Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen

Die in den genannten Präparaten enthaltenen Wirkstoffe werden analog der Roten Liste® den zugehörigen Wirkstoffgruppen und den Hauptgruppen der Anwendung zugeordnet. Die Zuordnung der Wirkstoffe zu Wirkstoffgruppen erfolgt unter Berücksichtigung des in der Roten Liste® angegebenen pharmakologischen Wirkprofils bzw. dessen chemischer Struktur.

Die weitere Zuordnung der Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen zu den übergeordneten Arzneimittelgruppen erfolgt in Anlehnung an die in der Roten Liste® differenzierten Hauptgruppen. Bei Wirkstoffen, die im Gliederungsschema der Roten Liste® in mehreren Hauptgruppen genannt werden, orientiert sich die Zuordnung am therapeutischen Anwendungsbereich des Arzneimittels (z.B. werden Arzneimittel mit dem Wirkstoff *Quinapril* der anwendungsbezogenen Hauptgruppe 17. *Antihypertonika* zugeordnet, obwohl die betroffenen Arzneimittel in der Roten Liste® gleichzeitig unter der Hauptgruppe 27. *Betarezeptoren-, Calciumkanalblocker u. Hemmstoffe des Renin-Angiotensin-Systems* gelistet sind).

Für folgende Arzneimittel ist die in der Roten Liste® vorgenommene Klassifikation für den Themenbereich des Arzneimittelkonsums zu wenig differenziert, sodass eine abweichende Zuordnung vorgenommen wurde:

- a) Arzneimittel der Hauptgruppe 71. *Psychopharmaka* wurden entsprechend ihres Indikationsbereichs den Psychopharmaka-Untergruppen *Antidepressiva, Sedativa/Hypnotika, Tranquilizer, Psychoanaleptika* und *Neuroleptika* zugeordnet.
- b) Die als Substitutionsmittel zugelassenen Substanzen *Levomethadon, Methadon, Levacethylmethadol* und *Buprenorphin* werden als solche klassifiziert. Da *Codein* und *Dihydrocodein* als Substitutionsmittel nur auf Ausnahmefällen beschränkt und als zweite Wahl ärztlich verschrieben werden dürfen, werden codeinhaltige Arzneimittel analog Roter Liste den Hauptgruppen *Analgetika* bzw. *Antitussiva* zugeordnet.

Handelsnamen und Wirkstoffe

Obwohl sich die Referenzeinrichtungen weiter bemühen, bei der Dokumentation den exakten Präparatnamen zu erfassen, besteht nach wie vor das Problem unvollständiger Angaben zum genauen Handelsnamen der abhängigen/missbräuchlichen konsumierten Präparate. Das Problem betrifft insbesondere Generika, deren Wirkstoff gleichzeitig Bestandteil des Handelsnamen ist (z.B. *Diazepam Stada* oder *Diazepam ratiopharm*). Die Zusatzbezeichnung werden von den Klienten häufig nicht als Teil des Präparatnamens wahrgenommen und können daher nicht wiedergegeben werden. Da sich hieraus vom Präparatnamen ab-

hängige Verzerrungen der Häufigkeitsverteilung ergeben können, wurde im Rahmen des Berichts auf eine Auswertung nach Handelsnamen verzichtet. Die als vollständige Präparatbezeichnung vorliegenden Handelsnamen sind im Anhang E des Berichts dargestellt.

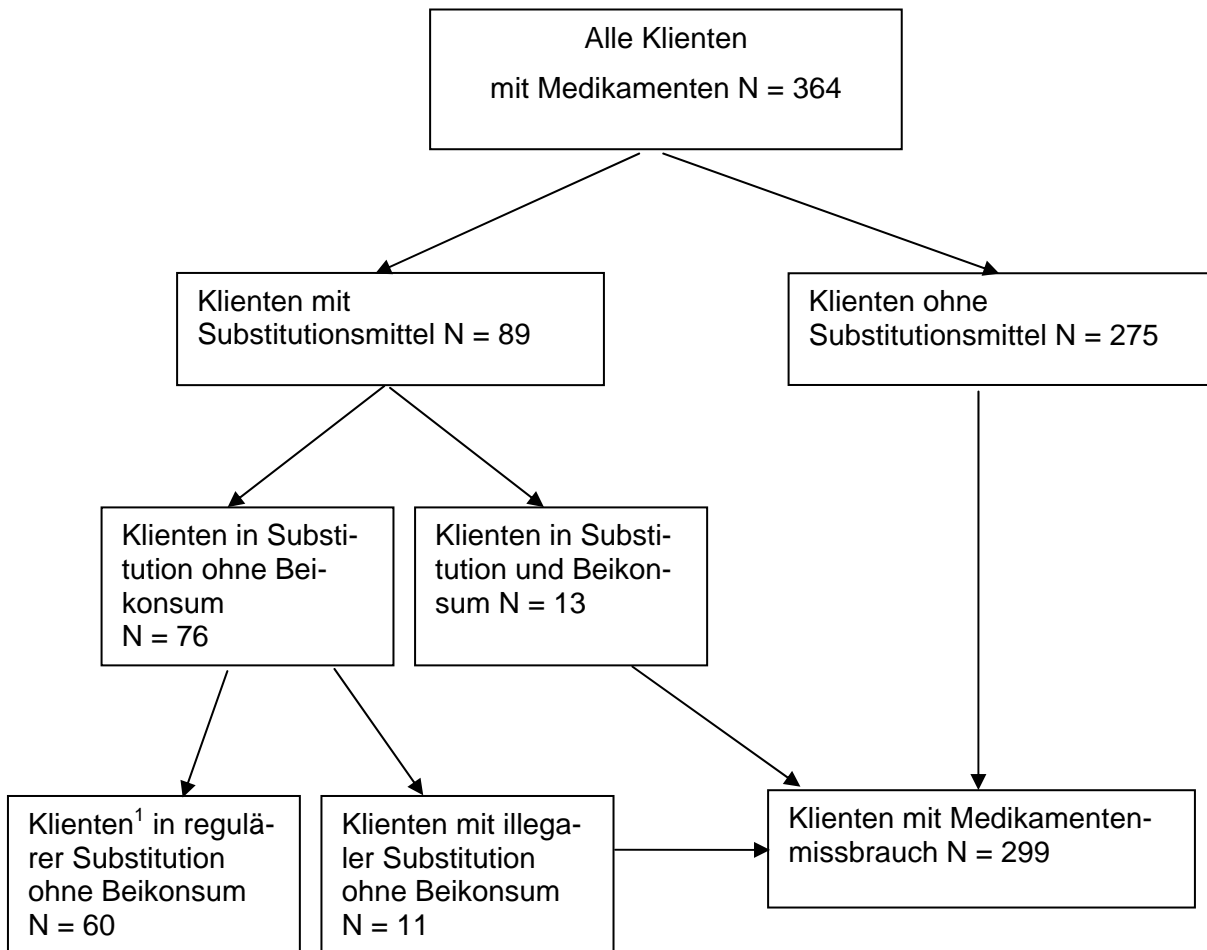
Mischpräparate

Die Einzelwirkstoffe von Mischpräparaten wurden an der Gesamtzahl aller in Mischpräparaten enthaltenen Wirkstoffe relativiert, sodass pro abhängigen/ missbräuchlichen konsumiertem Präparat jeweils nur ein Wirkstoff in die Auswertung eingeht.

Analyse von Daten über Substitutionsmittel

Klienten, die sich in substitutionsgestützter Behandlung befinden, erhalten den Ersatzstoff als Medikament, dessen Abhängigkeitspotenzial als unumstritten gilt. Daher bilden Substitutionsmittel, die von Patienten im Rahmen einer substitutionsgestützten Behandlung eingenommen werden, einen Teil der Medikamentennennungen der Referenzeinrichtungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Substitutionsmittel ärztlich verordnet ist, medizinisch überwacht wird und deshalb nicht notwendigerweise ein Missbrauch vorliegt. Daher erfolgt eine Bereinigung der Stichproben durch Selektion von Patienten, die durch ärztliche Verordnung ein Substitutionsmittel beziehen und gleichzeitig keine Hinweise auf einen Beikonsum vorliegen. Die Bereinigung erfolgt, um den illegalen Konsum eines Substitutionsmittels von der verordneten Substitution abgrenzen zu können.

Andrerseits werden als Substitutionsmittel verwendete Arzneimittel mitunter illegal bezogen und außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung konsumiert. Fälle von Beikonsum unter geregelter Substitution und Fälle illegalen Bezugs von Substitutionsmitteln bleiben daher Bestandteil der in die Auswertung eingehenden Patienten- und Medikamentendateien.



3.5 Nachträglicher Ausschluß von Medikamenten-Nennungen

Mit in die statistische Analyse einbezogen wurden 26 Medikamentennennungen des Wirkstoffes Disulfiram, die überwiegend aus einer Einrichtung stammen. Da die Mitarbeiter der betroffenen Einrichtung auf unsere Nachfrage die zutreffenden ICD-Kriterien nicht benennen konnten, ist die Qualität der Daten als fragwürdig zu bewerten und von einem bestimmungsgemäßen Konsum des Wirkstoffs auszugehen. Das Entwöhnungsmittel wurde deshalb nicht in die inhaltliche Analyse der ebis-med Daten einbezogen. Da sich unter Ausschluß der Disulfiram-Nennungen selbst für die hauptdiagnosespezifischen Auswertung der Wirkstoffe sowie der Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen nur geringfügige Änderungen der Häufigkeitswerte ergeben, wurde im Rahmen der statistischen Analyse auf eine nachträgliche Korrektur der Gesamtzahl von 400 auf 374 Nennungen verzichtet. Durch die geplante Erweiterung der ebis-med Eingabemaske (vgl. Kapitel 9.2), die eine differenzierte Dokumentation der diagnostischen Kriterien erfordert, ist in Zukunft eine deutliche Minderung des Risikos fehlerhafter Dokumentationen zu erwarten.

3.6 Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der ebis-med Stichprobe werden routinemäßig alle Klienten im Rahmen des Anamnesegesprächs über ihren Konsum von Medikamenten befragt. Die Dokumentation eines Schädlichen Gebrauchs und/oder einer Abhängigkeit erfolgt in Anlehnung an die WHO-Empfehlung. Um Veränderungen im Medikamentenkonsumverhalten der Klienten mit möglichst geringer Zeitverzögerung erfassen zu können, werden die Präparatnennungen zweimal jährlich aus den ebis-med Einrichtungen über Zwischenbewertungen abgefragt. Einmal im Jahr werden neben den Präparaten zusätzlich Klienten- und Konsumdaten sowie Angaben zur Art und Struktur der Einrichtung abgefragt und die Ergebnisse der Abfrage im Jahresbericht zusammengefasst.

Um den Rückgang der Einrichtungszahl auszugleichen und zugleich die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurden für das Berichtsjahr 2002 insgesamt 20 neue Einrichtungen rekrutiert. Wie die im Rahmen des vorliegenden Berichts durchgeführte Repräsentativitätsanalyse zeigt, konnte mit der Rekrutierung neuer Einrichtungen die bislang bestehende Unterrepräsentiertheit illegaler Hauptdiagnosen erfolgreich korrigiert werden. Damit erweisen sich die ebis-med Referenzeinrichtungen ermittelten Ergebnisse als repräsentativ für die Gesamtheit der ambulanten Beratungseinrichtungen.

Neben den Daten aus den Referenzeinrichtungen liegen 135 Nennungen missbräuchlichen Medikamentenkonsums von Einrichtungen außerhalb der ebis-med Stichprobe vor. Nach Prüfung von Indikatoren der Dokumentationsqualität und Repräsentativität fanden sich keine jedoch keine Hinweise auf Qualitätsmängel oder auf Verzerrungen der Stichprobe. Eine Einbeziehung der Daten in die ebis-med Analyse erscheint daher zulässig.

Bezüglich der Klientenmerkmale zeigen die Daten eine hohe Übereinstimmung zwischen Responder-Einrichtungen und der Gesamtheit ambulanter Beratungseinrichtungen. Wie die Gegenüberstellung struktureller Einrichtungsmerkmale zeigt, stehen den ebis-med Referenzeinrichtungen insgesamt weniger personelle Ressourcen zur Verfügung. Bei Referenzeinrichtungen ohne Datenrückmeldung ist der Unterschied deutlicher ausgeprägt.

Kritisch zu bewerten sind dagegen die zeitliche variierenden Anteile verschiedener Hauptdiagnosen innerhalb der ebis-med Stichprobe. Um den Einfluss unterschiedlicher Hauptdiagnoseverteilungen konstant zu halten, soll daher im Rahmen des vorliegenden Berichts eine diagnosespezifische Auswertung der Längsschnittdaten (vgl. Kapitel 7) vorgenommen werden. Damit sind sowohl intern valide als auch repräsentative Trendaussagen innerhalb der Hauptdiagnose-Gruppen ableitbar.

4 Beschreibung der ebis-med Klienten

4.1 Überblick

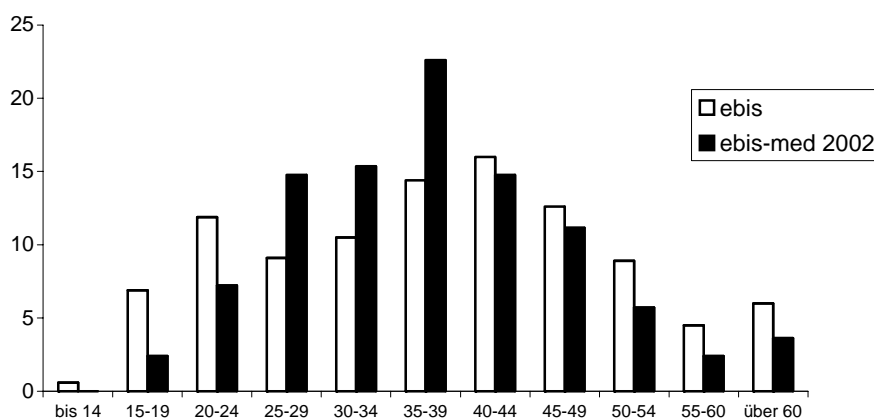
In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung der im Jahr 2002 mit Hilfe des Monitoring-Systems ebis-med erfassten Klienten bezüglich Geschlecht, Alter und Hauptdiagnose.

Diese basiert auf einem querschnittlichen Vergleich der ebis-med Klienten mit der Gesamtstichprobe aller in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen beratenen Klienten (vgl. Welsch & Strobl, 2003). Aus dem Vergleich lassen sich Hinweise zur allgemeinen Charakterisierung der Personengruppe alkohol- bzw. drogenabhängigen Klienten mit gleichzeitigem Arzneimittelmissbrauch ableiten.

4.2 Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter der ebis-med Klienten beträgt 36,4 Jahre (SD=12,2) und liegt damit knapp über dem Mittelwert des Vorjahres (M=35,7; SD=10,5) und knapp unter dem Mittelwert der Gesamtstichprobe der in ambulanten Beratungseinrichtungen behandelten Klienten (MW=37,6). In Abbildung 4.1 wird die Altersverteilung der ebis-med Klientenstichprobe mit Arzneimittelmissbrauch mit der ebis-Gesamtstichprobe in 2002 verglichen.

Abbildung 4.1: Altersverteilung der ebis-med Klienten



Im Vergleich der Altersverteilung von ebis-med und der Gesamtgruppe ergibt sich für ebis-med eine stärkere Häufung in den Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen. Dagegen ist der Anteil der unter 25-Jährigen und der über 39-Jährigen in der ebis-med Stichprobe vergleichsweise geringer.

4.3 Geschlechterverteilung

Im Berichtsjahr 2002 sind 204 Männer und 86 Frauen mit Hilfe des Monitoring-Systems ebis-med erfasst worden, für 9 Klienten liegt keine Angabe vor. Damit setzt sich die Stichprobe 2002 zu 70% aus männlichen Klienten und zu 30% aus weiblichen Klienten zusammen. Ein deutliches Überwiegen des Anteils männlicher Klienten zeigt sich auch in den vorhergehenden Berichtsjahren (vgl. Tabelle 4.1). Seit 1999 ist eine kontinuierliche Zunahme des Anteils männlicher Klienten um insgesamt 9,7 Prozentpunkte zu beobachten.

Tabelle 4.1: Geschlechtsverteilung der ebis-med Klienten

Berichtsjahr	Geschlecht		Gesamt
	Männer %	Frauen %	
2002	70,0	30,0	100,0
2001	66,3	33,7	100,0
2000	61,5	38,5	100,0
1999	59,3	40,7	100,0
1998	61,0	39,0	100,0

Ein zusätzlicher Vergleich der Geschlechterverteilung zwischen der Gesamtgruppe und ebis-med zeigt (Welsch & Strobl, 2003), dass der Anteil männlicher Klienten in der Gesamtstichprobe aller in ambulanten Beratungseinrichtungen behandelten Klienten mit 75,5% etwas über dem Anteil in ebis-med (69,0%) liegt.

Interpretation, Folgerungen

Die ebis-med Stichprobe setzt sich im Jahr 2002 zu mehr als zwei Drittel aus männlichen Klienten und weniger als einem Drittel aus weiblichen Klienten zusammen. Die beobachtete Geschlechtsverteilung entspricht der Erwartung, dass unter alkohol- und opioidabhängigen Personen der Anteil von Männern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich überwiegt.

Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Deutschen Suchthilfestatistik überwiegt in der ebis-med Stichprobe der Frauen-Anteil (vgl. ebis-med vs. Suchthilfestatistik). Die beobachtete Geschlechtsverteilung entspricht der Erwartung, dass unter alkohol- und opioidabhängigen Personen Männer deutlich überwiegen, jedoch bei Klienten mit Medikamentenmissbrauch der Frauenanteil höher liegt. Bemerkenswert ist die Zunahme des Männeranteils seit 1998 um fast 10 Prozentpunkte. Dies könnte auf eine größere Bereitschaft von Männern zur Einnahme von Medikamenten hinweisen, auch wenn die Ergebnisse zunächst auf Personen im Suchtbereich beschränkt sind.

4.4 Hauptdiagnose-Verteilung

Der Anteil von Klienten mit der Hauptdiagnose Opioider liegt im Jahr 2002 bei über 41%. Mehr als ein Drittel der Klienten weisen alkoholbezogene Hauptdiagnosen auf, knapp über 6% die Hauptdiagnose Sedativa/ Hypnotika (vgl. Tabelle 4.2).

Im zeitlichen Verlauf, der bereits im Abschnitt Methodik der Längsschnittanalyse (vgl. Kapitel 3) diskutiert wurde, zeigt sich ein kontinuierliche Zunahme des Anteils der Hauptdiagnosen illegaler Drogen.

Tabelle 4.2: Hauptdiagnoseverteilung der ebis-med Klienten

Hauptdiagnose	Jahresauswertung				
	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %
Alkohol	45,1	43,6	40,7	36,7	36,2
Opioider	30,3	37,2	30,8	40,7	41,3
Sedativa/Hypnotika	2,7	10,5	16,9	10,5	6,5
Cannabis	14,0	2,3	1,2	2,5	3,6
Kokain	1,9	2,0	0,6	1,0	2,5
sonstige	5,8	4,4	9,9	8,5	9,8
Gesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Der Vergleich der Gesamtgruppe und der ebis-med Klientengruppe (vgl. Abbildung 4.2) ergibt deutliche Unterschiede in der Verteilung der Hauptdiagnosen. Während über 67% der in den ebis Einrichtungen beratenen bzw. behandelten Klienten alkoholbezogene Diagnosen aufweisen, macht diese Gruppe nur etwas mehr als ein Drittel der ebis-med Klienten mit Arzneimittelmissbrauch aus. Umgekehrt verhalten sich die Anteile der Klienten mit der Hauptdiagnose Opioider: Einem Anteil von 14,5 % in der Gesamtstichprobe steht ein Anteil von 41,3% in der ebis-med Klientengruppe gegenüber. Dagegen wird bei Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis vergleichsweise selten ein Arzneimittelmissbrauch dokumentiert. Die Diagnosegruppe Sedativa/Hypnotika ist erwartungsgemäß deutlich häufiger in der ebis-med Stichprobe als in der Gesamtstichprobe aller beratenen Klienten vertreten.

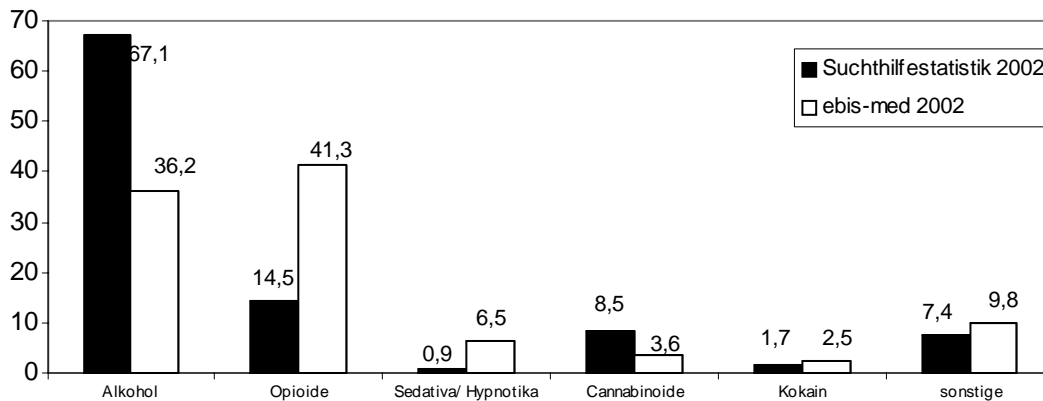


Abbildung 4.2: Hauptdiagnoseverteilung der ebis- und ebis-med Klienten

Interpretation, Folgerungen

In der ebis-med Stichprobe zeigt sich seit 1998 ein Anstieg der Opioiddiagnose (Missbrauch oder Abhängigkeit) um fast 10 Prozentpunkte. Die Auftretenshäufigkeit eines Arzneimittelmissbrauchs ist unter den verschiedenen Abhängigkeits-/Missbrauchsdiagnosen unterschiedlich verteilt. Besonders häufig weisen opiatabhängige Klienten einen Missbrauch von Medikamenten auf. Dagegen ist ein Arzneimittelmissbrauch in den Hauptdiagnose-Gruppen Alkohol und Cannabis vergleichsweise seltener. Wie zu erwarten, ist die Diagnosegruppe Sedativa/Hypnotika deutlich häufiger in der ebis-med Gruppe als in der ebis-Gesamtgruppe vertreten.

4.5 Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen

Die beobachtete Häufung von Klienten mit Arzneimittelmissbrauch in den Altersgruppen zwischen 25- und 39-Jährigen erklärt sich durch den geringeren Altersdurchschnitt der Klienten mit der Hauptdiagnose Opiode.

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die einzelnen Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich der Häufigkeit eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums. So weisen z.B. Opioidabhängige im Vergleich zu Personen mit Alkoholproblemen und zu Cannabiskonsumenten deutlich häufiger einen gleichzeitigen Arzneimittelmissbrauch auf.

5 Konsummuster des Medikamentenmissbrauchs

5.1 Methodik und Überblick

In diesem Kapitel werden die Konsummuster des Medikamentenmissbrauchs innerhalb der drei häufigsten Suchtdiagnosegruppen analysiert und gegenüber gestellt. Einheiten der Analyse sind die einzelnen Medikamentennennungen, so dass ein Patient auch mehrfach vertreten sein kann. Konsummuster lassen sich neben der Art der Substanz durch Menge und Frequenz des Konsums sowie der Applikationsform und den Gründen für die Einnahme charakterisieren. Die Analyse unter Konstanthaltung des Einflussfaktors „Suchtdiagnose“ erlaubt es, diagnosespezifische Charakteristika von Konsummustern aufzuzeigen und zugleich die entsprechenden Unterschiede zwischen den Klientengruppen zu verdeutlichen.

5.2 Konsumdaten

Für die Auswertung der Konsumdaten standen im Berichtsjahr 2002 400 Nennungen eines problematischen Gebrauchs von Medikamenten zur Verfügung. Unter Ausschluß der Medikamenten-Nennungen zu Disulfiram liegen 374 Nennungen eines missbräuchlichen Konsums vor. Damit ist die Zahl der Nennungen im Vergleich zum Vorjahr um 19 % gestiegen (2001: 314).

Die Anzahl der pro Klient missbräuchlich konsumierten Arzneimittel variiert zwischen einem und sechs unterschiedlichen Medikamenten. Tabelle 5.1 zeigt die Anzahl der Klienten mit einfachem und multiplem Medikamentenmissbrauch.

Tabelle 5.1: Anzahl der Medikamentennennungen pro Klient und Anzahl der Klienten mit problematischem Medikamentengebrauch

Medikamentennennungen	Anzahl der Nennungen						Gesamt
	eins	zwei	drei	vier	fünf	sechs	
Anzahl Klienten	243	32	11	8	2	3	299
Prozent Klienten	81,3	10,7	3,7	2,7	0,7	1,0	100

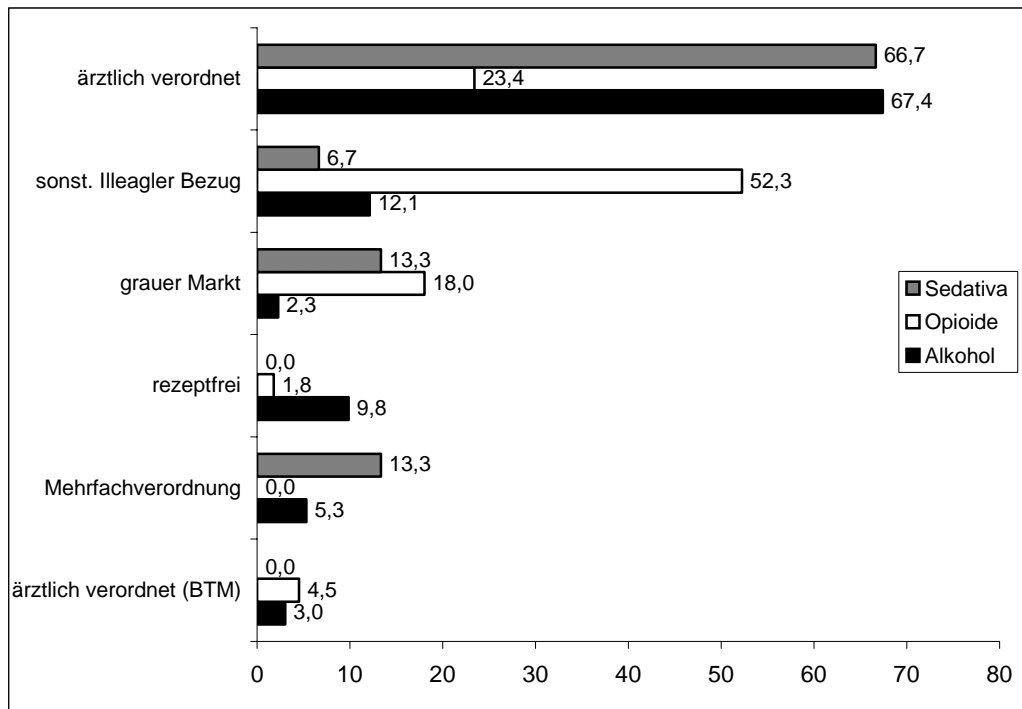
Für die weitaus meisten Patienten (81,3%) wurde nur eine Medikamentennennung als Missbrauch angegeben. Das heißt umgekehrt, dass 18,7% der Patienten zwei oder mehr Medikamente missbraucht haben.

5.3 Bezugsformen

In den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika sind die missbräuchlich konsumierten Arzneimittel in über zwei Drittel der dokumentierten Fälle ärztlich verordnet. Opio-

idabhängige Klienten dagegen beziehen die missbräuchlich konsumierten Arzneimittel zum überwiegenden Teil aus illegalen Quellen: Über die Hälfte der Arzneimittel werden über den Schwarzmarkthandel, über Rezeptfälschungen, Diebstahl oder Einbruch bezogen und 18% über Quellen, die dem grauen Markt zuzuordnen sind (z.B. über Fremdrezepte, Erwerb im Ausland) (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1: Bezugsformen missbrauchter Arzneimittel nach Hauptdiagnosen



Interpretation, Folgerung

Bei den Hauptdiagnosen Alkohol und Sedativa werden die meisten missbrauchten Medikamente vom Arzt verordnet. In welcher Form der Missbrauch dieser zunächst verordneten Medikamente stattfindet, kann hier nicht weiter geklärt werden. Dazu ist entweder eine Erweiterung des ebis-med Erhebungsbogens erforderlich oder eine eigene Nachbefragung der Therapeuten, wobei allerdings retrospektiv mit einer zu erwartenden Einbuße an Informationen zu rechnen wäre.

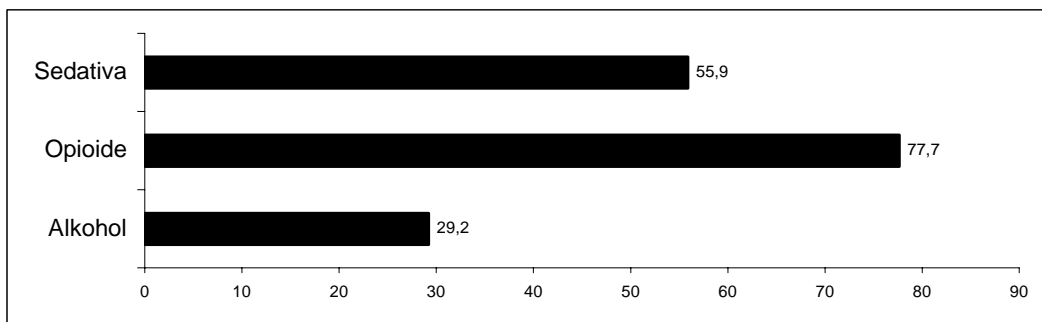
In der Hauptdiagnosegruppe Opioides dominiert dagegen der Bezug über den Grau- bzw. Schwarzmarkt. Eine differenzierte Erfassung der dabei genutzten Bezugsquellen im Rahmen des ebis-med Erhebungsbogens ist vorgesehen (z.B. Fremdrezept, Rezeptfälschung, Bezug aus dem Ausland, Bezug durch Online-Apotheke). Die Zusammenfassung zu den übergeordneten Kategorien (grauer Markt, sonstige illegale Quellen) gewährleistet die Vergleichbarkeit zukünftiger Daten mit den vorliegenden Ergebnissen zum Arzneimittelbezug.



5.4 Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen

Bzgl. der Häufigkeit kombinierter Einnahmen ist zu berücksichtigen, dass in diesem Zusammenhang neben einem kombinierten Konsum mit Arzneimitteln mit psychotroper Wirkung auch ein Mischkonsum mit Alkohol und/oder illegalen Drogen erfasst wird. Wie Abbildung 5.2 zeigt, werden die missbräuchlich konsumierten Arzneimittel häufig mit anderen psychotropen Substanzen kombiniert eingenommen. Eine kombinierte Einnahme mit anderen psychotropen Substanzen ist innerhalb der Hauptdiagnose-Gruppe Alkohol mit knapp 29% der Arzneimittelnennungen weniger gebräuchlich als in den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen. Über drei Viertel der Medikamente in der Hauptdiagnose Opiode und über die Hälfte der Medikamente in der Hauptdiagnose Sedativa werden zusammen mit anderen psychotropen Substanzen eingenommen.

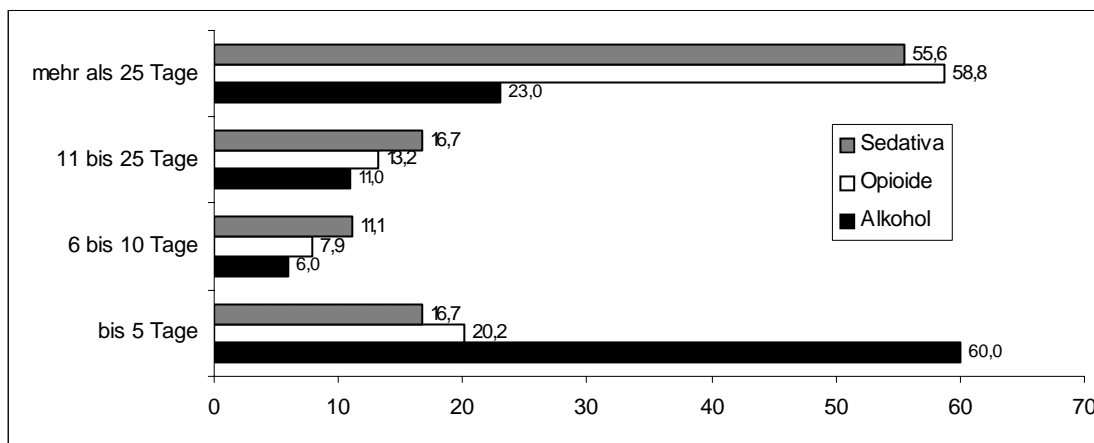
Abbildung 5.2: Häufigkeiten eines kombinierten Substanzkonsums nach Hauptdiagnosen



5.5 Konsumtage, aktuelle Konsumphase und Abstand zum ersten Missbrauch

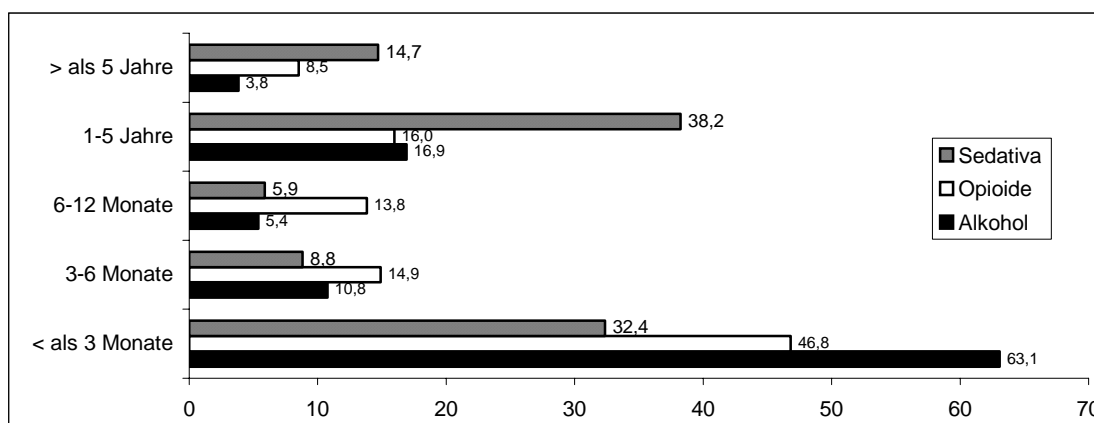
In den beiden Hauptdiagnose-Gruppen Sedativa und Opiode wurden über die Hälfte der missbräuchlich verwendeten Arzneimittel im letzten Monat an mehr als 25 Tagen konsumiert. Bei Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol ist dies immerhin bei einem Viertel der Nennungen der Fall (vgl. Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3: Anzahl der Konsumtage nach Hauptdiagnosen



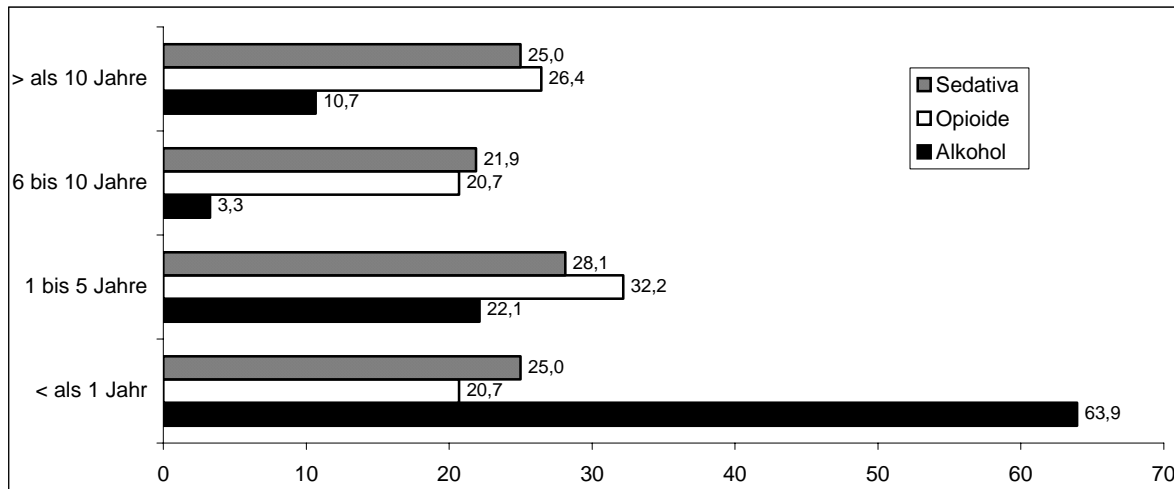
In der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa dauert die aktuelle Konsumphase in mehr als 50% der Fälle bereits länger als ein Jahr an. Bei Klienten mit der Hauptdiagnose Opioides zeigt sich dagegen eine deutliche Streuung der Einnahmedauer. Alkoholabhängige Klienten tendieren mit einem Anteil von knapp zwei Drittel der Nennungen zu einem vergleichsweise kurzfristigen Konsum mit einer Dauer unter drei Monaten (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4: Dauer der aktuellen Konsumeriode



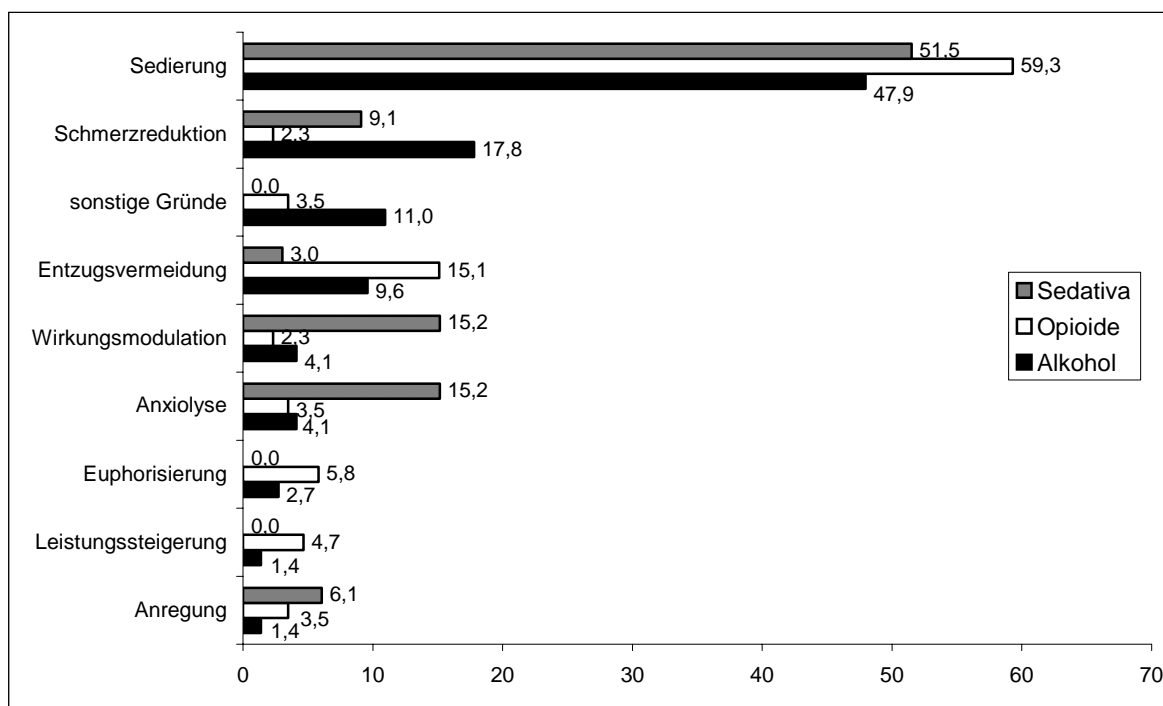
Deutliche Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosen zeigen sich zudem bezüglich des zeitlichen Verlaufs des Arzneimittelmisbrauchs (vgl. Abbildung 5.5). Bei ca. einem Viertel der missbräuchlich konsumierten Medikamente in den Hauptdiagnose-Sedativa und Opioides liegt der erste problematische Konsum bereits mehr als zehn Jahre zurück; bei nur einem Viertel der Fälle in diesen beiden Diagnosegruppen liegt der zeitliche Abstand unter einem Jahr. Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol geben in mehr als 60% der Nennungen an, dass der erste problematische Konsum weniger als zwölf Monate zurückliegt.

Abbildung 5.5: Zeitlicher Abstand zum problematischen Erstkonsum



5.6 Einnahmegründe

Die sedierende Wirkung der missbräuchlich konsumierten Arzneimittel stellt in allen drei Hauptdiagnosegruppen den mit Abstand am häufigsten genannten Einnahmegrund in der Beurteilung durch die Berater und Therapeuten dar. Daneben stehen in allen Hauptdiagnose-Gruppen fast ausschließlich Arzneimittelwirkungen im Vordergrund, die im Sinne der Selbstmedikationshypothese der Beseitigung aversiver Zustände dienen (z.B. Schmerzreduktion, Entzugsvermeidung). Jeder zehnte Opiodabhängige nimmt die dokumentierten Arzneimittel zur Leistungssteigerung, zur Euphorisierung oder Anregung ein. Auch in den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa spielen leistungs- und stimmungssteigernde Wirkungen von Arzneimittel nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 5.6: Einnahmegründe nach Hauptdiagnosen

5.7 Zusammenfassende Interpretation und Folgerungen

Weitaus die meisten Klienten missbrauchen nur ein Arzneimittel, fast jeder fünfte greift missbräuchlich zu zwei oder mehr Medikamenten. Die Konsummuster des Arzneimittelmissbrauchs abhängiger Personen unterscheiden sich deutlich in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose der Klienten. Dies zeigt sich sowohl in den unterschiedlichen Formen des Arzneimittelbezugs, der Einnahmefrequenz und –dauer, der Häufigkeit eines kombinierten Konsums mit anderen psychoaktiven Substanzen sowie in den zum Teil unterschiedlichen Einnahmegründen.

Klienten mit der Hauptdiagnose Opioides beziehen die missbräuchlich konsumierten Arzneimittel vorwiegend aus illegalen Quellen. Als Einnahmegrund steht neben der Sedierung die Vermeidung von Entzugserscheinungen im Vordergrund. Die vorliegenden Daten liefern zudem Hinweise, dass der Benzodiazepin-Beikonsum opiodabhängiger Klienten überwiegend einer Kompensation aversiver Befindlichkeiten und/oder dem Wunsch nach tonischen Zustandsveränderungen (z.B. Tagessedierung) dient. Nur in wenigen Fällen werden Benzodiazepine zur Verstärkung oder Induktion euphorischer Zustände appliziert.

Klienten mit den Hauptdiagnose Alkohol und Sedativa beziehen den Großteil der missbräuchlich konsumierten Arzneimittel über ärztliche Verordnung. Auch in diesen beiden Hauptdiagnose-Gruppen steht die Beseitigung aversiver Zustände im Vordergrund: Neben

sedierenden Arzneimittelwirkungen begründen anxiolytische und schmerzreduzierende Eigenschaften den Konsum.

Die aufgezeigten Missbrauchsmuster liefern zum einen Hinweise für die Einschätzung des Risikos möglicher Neben- und Wechselwirkungen. Besonders bedenklich erscheint in diesem Zusammenhang der hohe Anteil kombinierter Einnahmen.

Die Unterschiedlichkeit der Konsummuster in den drei Hauptdiagnose-Gruppen unterstreicht die Notwendigkeit, die Analysen vor allem im Längsschnitt getrennt für jede Hauptdiagnosegruppe durchzuführen.

6 Querschnitts-Analyse des Arzneimittelmissbrauchs

6.1 Methodik und Überblick

In diesem Kapitel werden die Häufigkeiten missbräuchlichen Konsums nach zugehörigen Arzneimittelgruppen, Wirkstoffgruppen und nach Wirkstoffen dargestellt und analysiert. Die Zuordnung der Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen zu den einzelnen Wirkstoffen erfolgt in Anlehnung an das Klassifikationssystem der Roten Liste®. Die Details der Zuordnung sind in Kapitel Methodik 3.1 Zuordnung übergeordneter Wirkstoff- und Arzneimittelgruppen beschrieben.

Die Analyse der Arzneimittel und Konsummuster erfolgt jeweils

- a) für die Gesamtgruppe der Klienten (d.h. zusammenfassend über die verschiedenen Hauptdiagnosen)
- b) für die drei häufigsten Suchtdiagnosegruppen Alkohol, Opioide und Sedativa/Hypnotika.

Eine diagnosespezifische Analyse gewährleistet die Konstanz des ergebnisrelevanten Faktors Hauptdiagnose und erleichtert die diagnosespezifische Gegenüberstellung der Ergebnisse. Auf eine Differenzierung nach weiteren Substanzdiagnosen muss aufgrund der geringen Häufigkeit dieser Einzeldiagnosen verzichtet werden.

Die Darstellungen der Häufigkeiten von Medikamentenmissbrauch beziehen sich auf Arzneimittelgruppen, Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe mit mindestens drei Nennungen in der Gesamtgruppe. Die vollständigen Tabellen sind im Anhang A-D dargestellt.

Nicht berücksichtigt werden im Folgenden die insgesamt 27 Nennungen für das Alkoholentwöhnungsmittel Disulfiram (Antabus®), die zum überwiegenden Teil aus einer Einrichtung stammen. Auf unser Nachfragen in der betreffenden Beratungsstelle, auf welchen ICD-Kriterien die vorgenommene Dokumentation basiert, haben sich jedoch keine Hinweise auf das Vorliegen eines missbräuchlichen Konsums des Aversivtherapeutikums ergeben, sodass von einem regulären Arzneimittelkonsum auszugehen ist. Lediglich von einem Interviewer wurde berichtet, dass der kombinierte Konsum von Disulfiram und Alkohol von einem Klienten im Rahmen eines Suizidversuchs konsumiert wurde. Die Disulfiram-Nennungen wurden daher in den folgenden Rangfolgen der Wirkstoffe, Wirkstoffgruppen (chemisch definiertes Entwöhnungsmittel) und Arzneimittelgruppen (Entwöhnungsmittel) nicht berücksichtigt. Die relativen Häufigkeiten des Entwöhnungsmittels sind dem Anhang A-D zu entnehmen.

In der zusammenfassenden Interpretation am Ende des Kapitels (vgl. 6.4) werden die Anteile der einzelnen Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen innerhalb der wichtigsten Arzneimittelgruppen diskutiert. Zur Diskussion des Missbrauchspotenzials wird in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden Verordnungszahlen (Schwabe und Paffrath, 2003) im Jahr 2002 Bezug genommen.

6.2 Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen

Gesamtgruppe

Auf Ebene der Arzneimittelgruppen stehen Tranquilizer mit Anteilen zwischen 21% und 44% sowohl in der Gesamtgruppe als auch in allen drei analysierten Hauptdiagnosen an der Spitze missbräuchlich konsumierter Arzneimittelgruppen. In der Gesamtgruppe werden Hypnotika mit einem Anteil von 13,8 % am zweithäufigsten genannt, gefolgt von Antidepressiva, die mit einem Anteil von 13,5 % vertreten sind.

Hauptdiagnose Alkohol

In der Hauptdiagnosegruppe Alkohol folgen auf den Rängen zwei und drei Antidepressiva mit einem Anteil von 17,8% und Analgetika (12,4%). Insbesondere bei den Antidepressiva, denen kein Abhängigkeitspotential zugeschrieben wird, ist zu überprüfen, ob es sich tatsächlich um Missbrauch handelt.

Hauptdiagnose Opioid

In der Hauptdiagnosegruppe Opioid dominiert ebenfalls der missbräuchliche Konsum von Tranquilizern, dicht gefolgt von den Hypnotika. Die beiden Arzneimittelgruppen decken mehr als 2/3 der Missbrauchsnennungen ab. Der Missbrauch von Analgetika und Antidepressiva liegt in dieser Gruppe unter 10%.

Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika

In der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika stehen wiederum Tranquilizer mit über 44% deutlich an der Spitze der konsumierten Arzneimittelgruppen. Knapp ein Viertel der Missbrauchsnennungen in dieser Diagnosegruppe bezieht sich auf den Konsum von Antidepressiva. 11,8 % der Nennungen entfallen auf Analgetika. Hypnotika stehen mit einem Anteil von knapp 9% an vierter Stelle.

Tabelle 6.1: Rangreihe der Arzneimittelgruppen für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen

Arzneimittelgruppen	Gesamt		Alkohol		Opioide		Sedativa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tranquilizer	114	28,5	27	20,9	34	36,2	15	44,1
Hypnotika	55	13,8	4	3,1	30	31,9	3	8,8
Antidepressiva	54	13,5	23	17,8	6	6,4	8	23,5
Analgetika	45	11,3	16	12,4	7	7,4	4	11,8
Neuroleptika	25	6,3	10	7,8	1	1,1	2	5,9
Antiepileptika	12	3,0	8	6,2	1	1,1	0	0,0
Substitutionsmittel	10	2,5	0	0,0	6	6,4	0	0,0
Antihypertonika	7	1,8	4	3,1	1	1,1	0	0,0
Psychoanaleptika	6	1,5	1	0,8	2	2,1	0	0,0
Antitussiva	5	1,3	1	0,8	2	2,1	0	0,0
Magen-Darm-Mittel	4	1,0	4	3,1	0	0,0	0	0,0
Parkinsonmittel	4	1,0	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Broncholytika	3	0,8	1	0,8	1	1,1	0	0,0

6.3 Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen

Gesamtgruppe

Arzneimittel vom Benzodiazepin-Typ werden in allen drei Hauptdiagnosegruppen und in der Gesamtgruppe am häufigsten missbräuchlich konsumiert. An zweiter Stelle der Missbrauchsnennungen stehen in der Gesamtgruppe aller Klienten Antidepressiva mit trizyklischer Struktur (10,8%). Opioide stehen mit einem Anteil von 8,5% an dritter Stelle in der Gesamtgruppe.

Hauptdiagnose Alkohol

Nach Benzodiazepinen (22,5%) wird in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol der missbräuchliche Konsum von trizyklische Antidepressiva mit 13,2% am zweithäufigsten genannt. Opioide werden mit einem Anteil knapp über 5% weniger häufig als in den anderen beiden Hauptdiagnosegruppen genannt.

Hauptdiagnose Opioide

Arzneimittel vom Benzodiazepin-Typ decken in der Hauptdiagnosegruppe Opioide mehr als zwei Drittel der Missbrauchsnennungen ab. Erwartungsgemäß spielt bei Klienten mit der Hauptdiagnose Opioide der Missbrauch opioidhaltiger Arzneimittel anteilmäßig eine bedeutsame Rolle (15,9%). Alle anderen Wirkstoffgruppen liegen in dieser Gruppe unter einem Anteil von 5%.

Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika

In der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika bezieht sich immerhin die Hälfte der Missbrauchsennungen auf den missbräuchlichen Konsum von Benzodiazepinen. Jedes fünfte dokumentierte Arzneimittel ist ein Antidepressivum mit trizyklischer Struktur. Opioide liegen mit 8,8% an dritter Stelle der Nennungen missbräuchlichen Konsums.

Tabelle 6.2: Rangreihe der Wirkstoffgruppen für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen

Wirkstoffgruppen	Gesamt		Alkohol		Opioide		Sedativa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Benzodiazepine	164	41,0	29	22,5	64	68,1	17	50,0
Trizyklische Antidepressiva	43	10,8	17	13,2	4	4,3	7	20,6
Opioide	34	8,5	7	5,4	14	14,9	3	8,8
Salicylsäure-Derivate	12	3,0	4	3,1	1	1,1	0	0,0
SSRI	10	2,5	6	4,7	1	1,1	1	2,9
Butyrophenon-Derivate	9	2,3	4	3,1	0	0,0	1	2,9
Phenothiazin-Derivate	9	2,3	4	3,1	1	1,1	0	0,0
Anthranilsäure-Derivate	8	2,0	5	3,9	0	0,0	1	2,9
Carboxamid-Derivate	7	1,8	6	4,7	0	0,0	0	0,0
Chem. def. Analgetika	5	1,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Chem. def. Psychoanale	5	1,3	1	0,8	2	2,1	0	0,0
Betarezeptoren-Blocker	4	1,0	2	1,6	1	1,1	0	0,0
Chem. def. Neuroleptika	4	1,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Chem. def. Parkinsonmittel	4	1,0	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Barbiturate	3	0,8	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Chem. def. Broncholytika	3	0,8	1	0,8	1	1,1	0	0,0
Pflanzliche Hypnotika	3	0,8	2	1,6	0	0,0	1	2,9

6.4 Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe

Gesamtgruppe

Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam stehen sowohl in der Gesamtgruppe mit über 20% und in den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa/Hypnotika an erster Stelle der Arzneimittel-Nennungen. Mehr als jedes zehnte dokumentierte Arzneimittel enthält den Wirkstoff Flunitrazepam. Das trizyklische Antidepressivum Doxepin steht an dritter Stelle der Missbrauchsennungen.

Hauptdiagnose Alkohol

In der Hauptdiagnosegruppe Alkohol stehen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam mit 14% an erster Stelle der Missbrauchsennungen. An zweiter Stelle der Wirkstoff-Rangliste steht das trizyklische Antidepressivum Doxepin (7%). Tramadol und Acetylsalicylsäure sind mit knapp über 3% auf dem dritten Rang der Wirkstoffreihe.

Hauptdiagnose Opioide

In der Hauptdiagnosegruppe Opioide dominiert der Konsum der beiden Wirkstoffe Flunitrazepam (30,9%) und Diazepam (29,8%). Der Anteil des missbräuchlichen Konsums des Opioid-Analgetikums Tramadol liegt bei 5,3%.

Sedativa/ Hypnotika

Auch in dieser Hauptdiagnosegruppe steht der Missbrauch diazepamhaltiger Tranquilizer mit mehr als 20% der Nennungen an der Spitze der Rangreihe. An zweiter Stelle steht der Wirkstoff Doxepin mit 8,8 %. Flunitrazepam steht mit nur drei Nennungen (5,9%) immerhin an dritter Stelle der Wirkstoff-Nennungen. Für Arzneimittel mit antidepressiver Wirkung zeigt sich in dieser Gruppe eine stärkere Streuung hinsichtlich der mißbräuchlichen/abhängigen konsumierten Wirkstoff: Neben Doxepin werden auch die Wirkstoffe Amitriptylin, Mirtazapin und Opipramol als weitere trizyklischen Antidepressiva genannt.

Tabelle 6.3: Rangreihe der Wirkstoffe für die Gesamtstichprobe und nach Hauptdiagnosen

Wirkstoffe	Gesamt		Alkohol		Opioide		Sedativa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diazepam	81	20,3	18	14,0	28	29,8	7	20,6
Flunitrazepam	47	11,8	1	0,8	29	30,9	2	5,9
Doxepin	25	6,3	9	7,0	3	3,2	3	8,8
Tramadol	12	3,0	4	3,1	5	5,3	0	0,0
Acetylsalicylsäure	12	3,0	4	3,1	1	1,1	0	0,0
Lorazepam	9	2,3	3	2,3	0	0,0	2	5,9
Buprenorphin	8	2,0	0	0,0	4	4,3	0	0,0
Bromazepam	8	2,0	0	0,0	2	2,1	4	11,8
Oxazepam	7	1,8	2	1,6	2	2,1	0	0,0
Codein	7	1,8	2	1,6	2	2,1	1	2,9
Carbamazepin	7	1,8	6	4,7	0	0,0	0	0,0
Promethazin	6	1,5	4	3,1	0	0,0	0	0,0
Clomethiazol	6	1,5	4	3,1	0	0,0	2	5,9
Trimipramin	5	1,3	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Tilidin/Naloxon	5	1,3	1	0,8	1	1,1	2	5,9
Paracetamol	5	1,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Melperon	4	1,0	4	3,1	0	0,0	0	0,0
Amitriptylin	4	1,0	2	1,6	0	0,0	2	5,9
Alprazolam	4	1,0	0	0,0	1	1,1	2	5,9
Acamprosac	4	1,0	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Pipamperon	3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Opipramol	3	0,8	2	1,6	0	0,0	1	2,9
Mirtazapin	3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Metoprolol	3	0,8	1	0,8	1	1,1	0	0,0
Ibuprofen	3	0,8	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Fluoxetin	3	0,8	1	0,8	1	1,1	1	2,9
Diclofenac	3	0,8	1	0,8	0	0,0	1	2,9
Clonazepam	3	0,8	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Citalopram	3	0,8	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Baldrian	3	0,8	2	1,6	0	0,0	1	2,9

6.5 Zusammenfassende Interpretation

Arzneimittelgruppe Tranquilizer

Auf Ebene der Arzneimittelgruppen stehen auch im Jahr 2002 Tranquilizer in allen drei Hauptdiagnosen an der Spitze missbräuchlich konsumierter Arzneimittelgruppen. Dabei werden überwiegend Arzneimittel vom Benzodiazepin-Typ konsumiert. Anteilsmäßig weitaus am häufigsten vertreten ist der langwirkende Tranquilizer Diazepam. In der Arzneimittelgruppe mittellangwirkender Benzodiazepin-Tranquilizer sind die Wirkstoffe Lorazepam, Oxazepam und Bromazepam am häufigsten dokumentiert. Der letztgenannte Wirkstoff spielt insbesondere in der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika mit über 10% der Nennungen eine Rolle. Für alle anderen Benzodiazepin-Tranquilizer wurden nur geringe Anteile nachgewiesen. Die Rangfolge entspricht mit nur geringfügigen Abweichungen den Verordnungszahlen in der Gesamtbevölkerung für Tranquilizer im Jahr 2002 (Schwabe und Paffrath, 2003).

Arzneimittelgruppe Hypnotika/Sedativa

An zweiter Stelle der missbräuchlich konsumierten Arzneimittelgruppen stehen Hypnotika/Sedativa. Der im Jahr 2002 dokumentierte Missbrauch geht dabei fast ausschließlich auf den Konsum des Benzodiazepin-Hypnotikums Flunitrazepam (Rohypnol®) in der Hauptdiagnosegruppe Opioide zurück. Von den Nicht-Benzodiazepinen ist lediglich Zolpidem mit zwei Nennungen vertreten. Damit zeigen sich deutliche Abweichungen von der Rangfolge der Verordnungszahlen, bei denen neben den Nicht-Benzodiazepinen Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon auch die Wirkstoffe Lormetazepam und Brotizolam vor Flunitrazepam stehen (Schwabe und Paffrath, 2003). Pflanzlich definierte Hypnotika spielen im aktuellen Berichtsjahr in allen Hauptdiagnosegruppen eine untergeordnete Rolle. Nach Marktrücknahme Kava-Kava-haltiger Arzneimittel im Juni 2002 finden sich keine Hinweise auf einen missbräuchlichen Konsums des Wirkstoffs Kavain.

Arzneimittelgruppe Antidepressiva

Im aktuellen Berichtsjahr bilden Antidepressiva die dritthäufigste Gruppe missbräuchlich konsumierter Arzneimittel. Dabei stehen überwiegend Antidepressiva mit deutlich sedierender Wirkung im Vordergrund. Trizyklische Antidepressiva werden dabei viermal häufiger dokumentiert als Serotonin- Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI). Bei den Antidepressiva mit trizyklischer Struktur steht vor allem der missbräuchliche Konsum des stark sedierenden Antidepressivums Doxepin im Vordergrund, das überwiegend in den beiden Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa missbräuchlich konsumiert wird. Doxepin dominiert nach Amitriptylin auch bezüglich der Verordnungszahlen in der Rangliste trizyklischer Antidepressiva. Der Konsum der beiden anteilmäßig stärksten SSRI Citalopram und Fluoxetin gehen fast ausschließlich auf deren Konsum in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol zurück. Beide

Wirkstoffe gehören im Jahr 2002 zu den verordnungshäufigsten SSRI in der Gesamtbevölkerung (Schwabe und Paffrath, 2003).

Arzneimittelgruppe Analgetika

Deutliche Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen zeigen sich im Missbrauch von Analgetika, die im Jahr 2002 die viert stärkste Gruppe missbräuchlich konsumierter Arzneimittel bilden. Während in der Hauptdiagnosegruppen Opiode und Sedativa der Konsum von Opioid-Analgetika dominiert, konsumieren Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol überwiegend Anthranilsäure- und Salicylsäure-Derivate. Beim Missbrauch der Opioid-Analgetika steht auch im Jahr 2002 der von der BtMVV ausgenommene Wirkstoff Tramadol an der Spitze der Missbrauchs-Nennungen.

Arzneimittelgruppe Entwöhnungsmittel

Aufgrund der vorliegenden Informationen ist davon auszugehen, dass die Nennungen des Alkoholentwöhnungsmittels Disulfiram überwiegend auf die fehlerhafte Dokumentation einer Einrichtungen zurückgeht. Auf eine weitergehende Analyse des Disulfiramkonsums soll daher an dieser Stelle verzichtet werden. Bemerkenswert erscheint jedoch der Hinweis einer Therapeutin, dass der kombinierte Konsum von Disulfiram und Alkohol von einem Klienten im Rahmen eines Suizidversuchs konsumiert wurde. Clomethiazol (Distraneurin®), das mit seinen sedierenden und antikonvulsiven Eigenschaften als Mittel der Wahl zur Behandlung des Alkoholdelirs gilt, wird vorwiegend innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Alkohol aber auch in der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika in missbräuchlicher Weise konsumiert. Der zur Rückfallprophylaxe eingesetzte Glutamat-Antagonist Acamprosat wird ausschließlich von Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol in problematischer Weise konsumiert.

7 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe

7.1 Überblick und Methodik

Im folgenden sind die Häufigkeiten der Arzneimittelgruppen (Ebene 1) und Wirkstoffe (Ebene 3) für die Berichtsjahre 1998 bis 2002 dargestellt. Da sich Veränderungen in den Anteilen der Arzneimittelgruppen meist eindeutig auf einzelne Wirkstoffe zurückführen lassen, so dass die übergeordneten Wirkstoffgruppen an dieser Stelle kaum zusätzliche Informationen erbringen, wurde auf eine Darstellung der Wirkstoffgruppe (Ebene 2) an dieser Stelle verzichtet. Die Aufstellung der Wirkstoffgruppen befindet sich jedoch im Anhang (vgl. Anhang A2, B2, C2, D2).

Die Längsschnittanalyse erfolgt primär für die einzelnen Hauptdiagnose-Gruppen. Die Darstellung der Anteile einzelner Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe in der Gesamtgruppe dient der Übersichtlichkeit. Auf eine diagnoseübergreifende Interpretation der Längsschnittdaten in der Gesamtgruppe wird jedoch aus den unter 3.4.4 genannten Gründen verzichtet.

Veränderungen, die den Wirkstoff Disulfiram werden aufgrund der fragwürdigen Datenqualität der Nennungen (vgl. Abschnitt 6.1) an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Die längsschnittliche Entwicklung des Entwöhnungsmittels ist jedoch dem Anhang A-D zu entnehmen.

Die in den Tabellen und Abbildungen dargestellten Häufigkeiten beschränken sich auf die Ränge 1-5 der Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe mit einem Betrag der relativen Veränderungen von mindestens 1,5 % bzw. 1% (vgl. Fußnote der Tabellen). Die vollständigen Tabellen der Arzneimittelgruppen und Wirkstoffe sind im Anhang A-D dargestellt. Die Rangreihe der Arzneimittelgruppen bzw. Wirkstoffe in der nachfolgenden Darstellung ergibt sich aus dem Betrag der relativen Veränderung im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr.

Die Zuteilung der Wirkstoffe zu den Arzneimittelgruppen erfolgt analog der Hauptgruppeneinteilung der Roten Liste®. Details der Zuordnung sind in Abschnitt 3.4.6 dargestellt. Um die Vergleichbarkeit der Daten für die Längsschnittanalyse herzustellen, musste im Rahmen der Datenauswertung im Berichtsjahr 2002 eine Rekodierung der Jahrgänge 1998-2001 vorgenommen werden. Daraus ergeben sich für einige Wirkstoffe veränderte Zuordnungen im Vergleich zu den Vorjahren.

7.2 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen

7.2.1 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Gesamtstichprobe

Nach einem deutlichen Rückgang im Vorjahr werden 2002 häufiger Arzneimittel der Neuroleptika-Gruppe dokumentiert. Die relative Häufigkeit für missbräuchlich konsumierte Antidepressiva hat im Jahr 2002 mit 13,5 % ihren maximalen Wert seit 1998 erreicht. Ebenfalls deutlicher angestiegen sind die Arzneimittel der Psychoanaleptika-Gruppe, die mitunter auch als Psychostimulantien bezeichnet werden. Während in den letzten beiden Jahren kein problematischer Konsum von Parkinsonmitteln dokumentiert wurde, sind im Jahr 2002 vier Nennungen eingegangen (vgl. Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Gesamtstichprobe

Arzneimittelgruppen ¹⁾	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 2002 - 2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Neuroleptika	27	5,2	18	2,8	24	5,3	6	1,9	25	6,3	4,3
Antidepressiva	49	9,5	47	7,3	55	12,2	38	12,1	54	13,5	1,4
Psychoanaleptika	3	0,6	0	0,0	4	0,9	1	0,3	6	1,5	1,2
Parkinsonmittel	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	4	1,0	1,0

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Dagegen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang missbräuchlich konsumierter Substitutionsmittel. Auch der Missbrauch von Tranquilizern, der mit einem Anteil von 28,5% nur leicht über dem 5-Jahres-Tief liegt, erweist sich als rückläufig. Analgetika liegen mit einem Anteil von 11,3% unter dem relativ hohen Anteil im Vorjahr. Für Hypnotika und Antihypertonika ist seit 2002 eine kontinuierliche Abnahme zu verzeichnen (vgl. Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Gesamtgruppe

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 2002 - 2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Substitutionsmittel	9	1,7	24	3,7	10	2,2	23	7,3	10	2,5	-4,8
Tranquilizer	145	28,0	229	35,6	145	32,2	99	31,5	114	28,5	-3,0
Analgetika	76	14,7	65	10,1	52	11,5	44	14,0	45	11,3	-2,8
Hypnotika	88	17,0	130	20,2	81	18,0	50	15,9	55	13,8	-2,2
Antihypertonika	14	2,7	20	3,1	13	2,9	11	3,5	7	1,8	-1,8

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

7.2.2 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Alkohol

Im Vergleich des in den letzten Jahren eher rückläufigen Konsums von Tranquilizern ergibt sich in 2002 ein Anstieg des Tranquilizer-Missbrauchs bei alkoholabhängigen Klienten. Erstmals seit 1999 werden in der Hauptdiagnose alkoholabhängiger Klienten wieder Fälle missbräuchlicher /abhängiger Konsums von Parkinsonmitteln dokumentiert. Der bereits im zurückliegenden Berichtsjahr diskutierte Trend eines Anstiegs des Antidepressiva-Missbrauchs setzt sich auch 2002 weiter fort. Ein Missbrauch von Neuroleptika wird etwas häufiger als im Vorjahr dokumentiert (vgl. Tab. 7.3)

Tabelle 7.3: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Alkohol

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 2002 - 2001
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	
Tranquilizer	45	23,2	67	26,9	30	26,8	13	13,0	27	20,9	7,9
Parkinsonmittel	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2,3
Antidepressiva	19	9,8	33	13,3	12	10,7	16	16,0	23	17,8	1,8
Neuroleptika	15	7,7	14	5,6	11	9,8	6	6,0	10	7,8	1,8
Antiepileptika	15	7,7	13	5,2							

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Ein deutlicher Rückgang des missbräuchlichen Konsums zeigt sich für Hypnotika und Antihypertonika. Auch Analgetika werden im Jahr 2002 seltener von Alkoholiklienten in problematischer Weise konsumiert. Dem Missbrauch von Broncholytika und Diuretika kommt im Jahr 2002 praktisch keine Bedeutung zu (vgl. Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Alkohol

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 2002 - 2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hypnotika	18	9,3	24	9,6	6	5,4	11	11,0	4	3,1	-7,9
Antihypertonika	11	5,7	17	6,8	10	8,9	9	9,0	4	3,1	-5,9
Analgetika	32	16,5	29	11,6	9	8,0	16	16,0	16	12,4	-3,6
Broncholytika	0	0,0	3	1,2	1	0,9	4	4,0	1	0,8	-3,2
Diuretika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	3	3,0	0	0,0	-3,0

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Interpretation, Folgerung

Bemerkenswert ist der erneute Anstieg des Tranquilizer-Anteils in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol. Zudem hat sich der Trend zum steigenden Missbrauch von Antidepressiva auch im Jahr 2002 fortgesetzt. Dieser bedarf jedoch einer genauen Analyse über die Art und Weise des Missbrauchs. Wünschenswert ist daher eine differenzierte Erfassung einzelner Missbrauchskriterien im ebis-med Fragebogen. Eine entsprechende Überarbeitung ist für die Erhebung 2004 geplant.

7.2.3 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Opiode

Nach einem Rückgang des missbräuchlichen Hypnotika-Konsums in der Hauptdiagnose-Gruppe Opiode in den beiden Vorjahren ist 2002 wieder ein Anstieg dieser Arzneimittelgruppe um fast 12 Prozentpunkte zu beobachten. Während im Vorjahr kein einziger Fall eines problematischen Psychoanaleptika-Konsums opiodabhängiger Klienten erfasst wurde, werden im Jahr 2002 zwei Nennungen missbräuchlichen Konsums dokumentiert (vgl. Tabelle 7.5).

Tabelle 7.5 **Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001**
Hauptdiagnose Opiode

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel.Diff.* 2002 - 2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hypnotika	45	30,8	78	31,5	37	34,6	25	20,3	30	31,9	11,6
Psychoanaleptika	1	0,7	6	2,4	3	2,8	0	0,0	2	2,1	2,1

* Mindestwert der relativen Differenz: 1,5%

Weniger häufig dokumentiert wurde im Vergleich zum Vorjahr der missbräuchliche/abhängige Konsum von Substitutionsmitteln sowie von Arzneimitteln der Tranquilizer-Gruppe. Für alle anderen Arzneimittelgruppen ergeben sich im Berichtsjahr 2002 nur geringe Differenzen der relativen Häufigkeiten (vgl. Tab. 7.6).

Tabelle 7.6: **Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001**
Hauptdiagnose Opiode

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Substitutionsmittel	8	5,5	19	7,7	5	4,7	21	17,1	6	6,4	-10,7
Tranquilizer	41	28,1	102	41,1	44	41,1	53	43,1	34	36,2	-6,9

* Mindestwert der relativen Differenz: 1,5 %

Interpretation, Folgerung

In der Hauptdiagnosegruppe Opioide konzentrieren sich Veränderungen in den Konsumhäufigkeiten auf nur wenige Substanzen. Veränderungen in der Hauptdiagnosegruppe gehen zudem überwiegend auf Abweichungen im Vorjahr zurück. Bemerkenswert ist jedoch die gegenläufige Veränderung für Hypnotika und Tranquilizer in dieser Hauptdiagnosegruppe. Obwohl für den missbräuchlichen Konsum von Psychoanaleptika nur geringe Fallzahlen auftreten, ist ein leichter Anstieg in der Hauptdiagnosegruppe Opioide zu verzeichnen.

7.2.4 Längsschnitt-Analyse der Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika

Noch deutlicher als bei den alkoholabhängigen Klienten ist in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika eine Zunahme des missbräuchlichen Konsums von Antidepressiva zu beobachten. Daneben zeigt sich ein Anstieg von Arzneimitteln mit analgetischer Wirkung. Etwas häufiger als im Vorjahr wurde der missbräuchliche Konsum von Tranquilizern und Neuroleptika dokumentiert (vgl. Tab. 7.7).

Tabelle 7.7: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 02 – 01*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Antidepressiva	6	6,9	5	9,1	4	10,5	4	13,8	8	23,5	9,7
Analgetika	11	12,6	5	9,1	0	0,0	1	3,5	4	11,8	8,3
Neuroleptika	5	5,7	0	0,0	1	2,6	0	0,0	2	5,9	5,9
Tranquilizer	34	39,1	33	60,0	19	50,0	12	41,4	15	44,1	2,7

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Eine Reduktion der Nennungen in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa ist dagegen für den Missbrauch von Arzneimitteln der Hypnotika-Gruppe zu verzeichnen. Keine Nennungen werden für Psychoanaleptika, Magen-Darm-Mittel, Antikoagulantia und Antihypertonika dokumentiert (vgl. Tab. 7.8).

Tabelle 7.8: Arzneimittel-Gruppen mit stärkster Abnahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa /Hypnotika

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hypnotika	12	13,8	5	9,1	6	15,8	6	20,7	3	8,8	-11,9
Psychoanaleptika	1	1,2	0	0,0	0	0,00	1	3,4	0	0,0	-3,4
Magen-Darm-Mittel	0	0,0	0	0,0	0	0,00	1	3,4	0	0,0	-3,4
Antikoagulantia	1	1,2	0	0,0	0	0,00	1	3,4	0	0,0	-3,4
Antihypertonika	2	2,3	1	1,8	0	0,00	1	3,4	0	0,0	-3,4

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Interpretation, Folgerung

Innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika ergeben sich zum Teil ähnliche Entwicklungen wie bei alkoholabhängigen Klienten. So ist in beiden Hauptdiagnosegruppen eine gleichzeitige Zunahme des missbräuchlichen Konsums von Antidepressiva, Tranquilizern und Neuroleptika im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. In beiden Diagnosegruppen rückläufig ist dagegen der missbräuchliche Konsum von Hypnotika und Antihypertonika, wobei letztgenannte Arzneimittelgruppe innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika mit Fallzahlen unter n=3 insgesamt nur eine untergeordnete Rolle spielt.

7.3 Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe**7.3.1 Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Gesamtgruppe**

2002 erstmals dokumentiert wurde der missbräuchliche Konsum des seit 2001 als Substitutionsmittel zugelassenen Wirkstoffs Buprenorphin. Auch das niedrigpotente Neuroleptikum Promethazin verzeichnet nur im Vergleich zum Vorjahr einen klaren Anstieg. Nach einem deutlichen Rückgang in den Vorjahren zeigt sich 2002 für codeinhaltige Arzneimittel erstmals wieder ein Anstieg. Das trizyklische Antidepressivum Doxepin, dessen relativer Anteil seit 2000 bei über 5 % liegt, übersteigt den relativen Differenzwert deutlich. Eine erneute Zunahme ist auch für den Benzodiazepin-Tranquilizer Oxazepam zu verzeichnen (vgl. Tab 7.8).

Tabelle 7.9: Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 – Gesamtgruppe

Wirkstoff ¹⁾	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,0	2,0
Promethazin	8	1,6	7	1,1	9	2,0	0	0,0	6	1,5	1,5
Codein	30	5,8	0	0,0	2	0,4	1	0,3	7	1,8	1,4
Doxepin	22	4,3	22	3,4	31	6,9	16	5,1	25	6,3	1,2

* Mindestwert der relativen Differenz: 1 %

Die Daten für 2002 liefern Hinweise für einen anteilmäßige Rückgang des missbräuchlichen Konsums des Wirkstoffs Methadon. Auf Rang zwei und drei der Liste mit rückläufigen Anteilen stehen die beiden Benzodiazepin-Tranquilizer Diazepam und Bromazepam.

Für das Analgetikum Diclofenac zeigt sich nach einem kontinuierlichen Anstieg der Nennungen seit 1998 dagegen erstmals ein leichter Rückgang der Nennungshäufigkeit. Auch der missbräuchliche Konsum des acetylsalicylsäurehaltiger Arzneimittel wurde 2002 etwas weniger häufig als im Vorjahr dokumentiert (vgl. Tabelle 7.10).

Tabelle 7.10: Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 – Gesamtgruppe

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 – 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Methadon	9	1,8	24	3,7	10	2,2	23	7,3	2	0,5	-6,8
Diazepam	80	15,6	165	25,6	108	23,9	74	23,6	81	20,3	-3,3
Bromazepam	27	5,3	27	4,2	16	3,5	12	3,8	8	2,0	-1,8
Diclofenac	2	0,4	3	0,5	5	1,1	7	2,2	3	0,8	-1,5
Acetylsalicylsäure	23	4,5	15	2,3	7	1,6	14	4,5	12	3,0	-1,5

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

7.3.2 Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose– Gruppe Alkohol

Die unter 7.2.2 erwähnte Zunahme des problematischen Tranquilizer-Konsums alkoholabhängigen Klienten basiert überwiegend auf dem im Jahr 2002 ansteigenden Missbrauch des Benzodiazepins Diazepam (vgl. Tab. 7.11). Bei den missbräuchlich konsumierten Antidepressiva spielt neben Doxepin im Jahr 2002 erstmals auch der Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer Citalopram eine gewisse Rolle. Der im Vergleich zum Vorjahr relativ hohe Anteil des missbräuchlicher Konsums von Neuroleptika im Jahr 2002 (vgl. Tab 7.3) basiert überwiegend auf dem missbräuchlichen Konsum niederpotenter Neuroleptika mit den Wirkstoffen Promethazin und Melerpon (vgl. Anhang B3).

Tabelle 7.11: Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 – Hauptdiagnose Alkohol

Wirkstoff ¹⁾	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diazepam	19	9,8	37	14,9	22	19,6	5	5,0	18	14,0	9,0
Promethazin	6	3,1	7	2,8	4	3,6	0	0,0	4	3,1	3,1
Lorazepam	4	2,1	3	1,2	1	0,9	0	0,0	3	2,3	2,3
Citalopram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2,3

1) Die Disulfiram-Nennungen sind hier wegen fehlender Missbrauchskriterien nicht aufgeführt.

In der Hauptdiagnose-Gruppe Alkohol wurde im Jahr 2002 kein missbräuchlicher Konsum des Benzodiazepin-Tranquilizers Bromazepam dokumentiert. Damit zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Häufigkeit im Vergleich zu den Vorjahren. Das chemisch definierte Hypnotikum /Sedativum Zolpidem wurde in der Hauptdiagnose-Gruppe alkoholabhängiger Klienten seltener als im Vorjahr genannt. Ein Rückgang der Nennungshäufigkeit ist zudem für den selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer Fluoxetin zu verzeichnen. Seltener als im Vorjahr ist auch der mißbräuchliche/abhängige Konsum von baldrianhaltigen Arzneimitteln und der Missbrauch des Benzidiazepins Alprazolam (vgl. Tab. 7.12).

Tabelle 7.12: Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 - Hauptdiagnose Alkohol

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bromazepam	11	5,7	16	6,4	6	5,4	5	5,0	0	0,0	-5,0
Zolpidem	6	3,1	2	0,8	2	1,8	4	4,0	1	0,8	-3,2
Fluoxetin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	4,0	1	0,8	-3,2
Baldrian	4	2,1	3	1,2	1	0,9	4	4,0	2	1,6	-2,4
Alprazolam	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0

* Mindestwert der relativen Differenz: 1%

Interpretation, Folgerung

Während der Missbrauch des Benzodiazepin-Tranquilizers Bromazepam bei den Alkoholdiagnosen zurückgegangen ist, stieg der Missbrauch der Benzodiazepine Diazepam und Lorazepam an. Erstmals genannt wurde der SSRI Citalopram. Eine weitergehende Interpretation bedarf auch hier einer längerfristigen Beobachtung.

7.3.3 Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose- Gruppe Opiode

Nach einem Rückgang des missbräuchlichen Konsums von Flunitrazepam (Benzodiazepin-Hypnotikum) in der Hauptdiagnose-Gruppe opioidabhängiger Klienten im Jahr 2001 ist 2002 wieder ein Anstieg des missbräuchlichen Konsums um 11,3% zu beobachten. Zudem ergeben sich erstmals Hinweise auf einen problematischen Konsum des als Substitutionsmittel zugelassenen Wirkstoffs Buprenorphin. Im Vergleich zu den Vorjahren häufiger konsumiert wurden auch die beiden Benzodiazepin-Tranquilizer Bromazepam und Oxazepam (vgl. Tab 7.13).

Tabelle 7.13: Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 - Hauptdiagnose Opiode

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Flunitrazepam	40	27,4	78	31,5	37	34,6	24	19,5	29	30,9	11,3
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,3	4,3
Bromazepam	5	3,4	3	1,2	6	5,6	0	0,0	2	2,1	2,1
Oxazepam	1	0,7	2	0,8	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2,1

* Mindestwert der relativen Differenz: 1,5%

Ein Rückgang um 15 Prozentpunkte ergibt sich beim nicht ärztlich überwachten und damit nicht bestimmungsgemäßen Konsum von Methadon. Weniger häufig dokumentiert wurde im Vergleich zum Vorjahr zudem der missbräuchlicher Konsum von Diazepam und des stark sedierenden Antidepressivums Trimipramin (vgl. Tabelle 7.14).

Tabelle 7.14: Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001 - Hauptdiagnose Opiode

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Methadon	8	5,5	19	7,7	5	4,7	21	17,1	2	2,1	-14,9
Diazepam	33	22,6	94	37,9	38	35,5	51	41,5	28	29,8	-11,7
Trimipramin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	-1,6

* Mindestwert der relativen Differenz: 1,5%

Interpretation, Folgerung

Der Anstieg des Missbrauchs von Flunitrazepam bedeutet wieder eine Angleichung an das Niveau vor 2001. Bemerkenswert ist die gegenläufige Entwicklung für Diazepam. Der Rückgang des Methadonmissbrauchs hängt möglicherweise mit der leichteren Zugänglichkeit von Methadon zusammen, nachdem in der Praxis kaum mehr das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung als Voraussetzung für die Methadonvergabe gefordert wurde.

7.3.4 Längsschnitt-Analyse der Wirkstoffe in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika

Wie bei der Hauptdiagnose alkoholabhängiger Klienten zeigt sich bei der Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika eine Zunahme des missbräuchlichen Konsums von diazepamhaltigen Arzneimitteln im Jahr 2002. Im Vergleich zu den früheren Jahren stellt der Anstieg jedoch eine Angleichung an das frühere Missbrauchs-niveau dar. Während für das Opioid-Analgetikum Tilidin in den letzten drei Jahren kein missbräuchlicher Konsum in der Hauptdiagnose-Gruppe Sedativa /Hypnotika gemeldet wurde, sind im Jahr 2002 zwei Fälle dokumentiert. Doxepin steht mit einem leichten Anstieg der Nennungen an dritter Stelle der Rangliste, gefolgt von dem Benzodiazepin-Tranquilizer Bromazepam (vgl. 7.15).

Tabelle 7.15: Wirkstoffe mit stärkster Zunahme seit 2001 Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff.* 02 - 01
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diazepam	17	19,5	18	32,7	14	36,8	3	10,3	7	20,6	10,2
Tilidin	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	5,9
Doxepin	2	2,3	3	5,5	3	7,9	1	3,4	3	8,8	5,4
Bromazepam	5	5,7	5	9,1	1	2,6	2	6,9	4	11,8	4,9

* Mindestwert der relativen Differenz: 4%

Seltener als im Vorjahr dokumentiert wurde im Jahr 2002 der Missbrauch des Benzodiazepin-Hypnotikums Flunitrazepam sowie der problematische Konsum der beiden Benzodiazepin-Tranquilizer Lorazepam und Oxazepam (vgl. Tabelle 7.16).

**Tabelle 7.16: Wirkstoffe mit stärkster Abnahme seit 2001
Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika**

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 02 - 01
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Flunitrazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	6	20,7	2	5,9	-14,8
Lorazepam	5	5,7	3	5,5	0	0,0	4	13,8	2	5,9	-7,9
Oxazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	2	6,9	0	0,0	-6,9

* Mindestwert der relativen Differenz: 4%

Interpretation, Folgerung

Auch auf Wirkstoffebene zeigen sich innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Sedativa/Hypnotika zum Teil ähnliche Entwicklungen wie bei den alkoholabhängigen Klienten. Der Anstieg des Tranquilizer-Missbrauchs geht überwiegend auf eine Zunahme diazepamhaltiger Arzneimittel zurück; der Anstieg der Antidepressiva-Nennungen auf das trizyklische Antidepressivum Doxepin. Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich dagegen für Lorazepam und Bromazepam.

7.4 Zusammenfassende Interpretation

Arzneimittelgruppe Substitutionsmittel

Erstmals wurden Fälle (n=8) mit einem Missbrauch von Buprenorphin genannt, das seit Februar 2000 zur Substitutionstherapie zugelassen ist. Vier der acht Fälle mit Buprenorphin-Missbrauch weisen die Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit, ebenfalls vier die Hauptdiagnose Kokainabhängigkeit auf.

Der Bezug von Buprenorphin erfolgte dabei ausnahmslos über den Schwarzmarkt, über Rezeptfälschung, Einbruch oder Diebstahl. Zwei Klienten geben an, das Arzneimittel zusätzlich über den grauen Markt zu beziehen.

Für den seit 1995 zur Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Patienten zugelassenen Glutamantagonisten Acamprosat zeigt sich 2002 ein leichter Anstieg der Nennungen. Allerdings muss die Art und Weise des Missbrauchs noch genauer geklärt werden.

Arzneimittelgruppe Tranquilizer/Hypnotika

Für Tranquilizer ist seit zwei Jahren eine Abnahme der relativen Anteile in der Gesamtgruppe zu verzeichnen, wobei sie aber immer noch an der Spitze der am häufigsten missbrauchten Arzneimittel stehen. Die diagnosespezifischen Auswertungen liefern Hinweise, dass die

zu verzeichnende Veränderungen auf unterschiedliche Entwicklungen innerhalb der Hauptdiagnosegruppen zurückzuführen sind.

So erklärt sich die Abnahme des Tranquilizerkonsums hauptsächlich durch den rückläufigen Konsum des Benzodiazepin-Tranquilizers Diazepam in der Hauptgruppe opioidabhängiger Klienten, wogegen sich bei den Hauptdiagnosen Alkohol und Sedativa ein Anstieg des Diazepam-Konsums zeigt.

Aufgrund des höheren Anteils von Diazepam-Nennungen in der Hauptdiagnosegruppe Opioide wirkt sich die Abnahme in dieser Gruppe stärker auf die Veränderungen in der Gesamtgruppe aus als der Anstieg in den anderen beiden Hauptdiagnose-Gruppen.

Gegenläufige Entwicklungen innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Opioide zeigen sich auch für Flunitrazepam: Für dieses Benzodiazepin-Hypnotikum zeigt sich bei opioidabhängigen Klienten im Jahr 2002 erstmals wieder ein Anstieg. Eine Analyse unter Einbeziehung aller Hauptdiagnosen ergibt zudem einen deutlichen Anstieg des Arzneimittels in der Hauptdiagnosegruppe Cannabis von 0% auf 38%.

Arzneimittelgruppe Antidepressiva

Ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich außerdem für das trizyklische Antidepressivum Doxepin, das sich wegen seiner stark sedierenden Eigenschaften in der Therapie von Entzugssymptomen bewährt hat (Benkert und Hippus, 1996). Die Zunahme geht überwiegend auf die Entwicklungen innerhalb den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa zurück. In Übereinstimmung mit dem Trend einer zunehmenden Verordnung selektiver Wiederaufnahme-Inhibitoren (vgl. Schwabe und Paffrath, 2003) ergibt sich über die letzten Jahre eine kontinuierliche Zunahme der Missbrauchs-Nennungen dieses Antidepressiva-Typs (vgl. Anhang), die überwiegend auf Veränderungen in den Hauptdiagnosegruppe Alkohol zurückgeht. Dabei stehen die Wirkstoffe Citalorpan und Fluoxetin im Vordergrund.

Arzneimittelgruppe Psychoanaleptika

Der Missbrauch von Psychoanaleptika zeigt einen wellenförmigen Verlauf. Bei geringen Fallzahlen ergeben sich für die Wirkstoffe Amfetaminil und Methylphenidat Hinweise auf einen leichten Anstieg innerhalb der Hauptdiagnosegruppe Opioide.

Arzneimittelgruppe Neuroleptika

Der deutliche Anstieg des Neuroleptikamissbrauchs im Jahr 2002 zum Vorjahr ist auf den geringen Anteil der Arzneimittelgruppe im Jahr 2001 zurückzuführen. Die deutliche Zunahme des mitunter zur Linderung von Entzugserscheinungen in der Alkoholentgiftung eingesetzte Phenothiazin-Derivats geht beinahe ausschließlich auf den Anstieg der Missbrauchsnennungen in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol zurück. Die relativen Häufigkeiten für das niedrigpotente Neuroleptikum Promethazin sind 2002 jedoch mit den Werten der Vorjahre vergleichbar.

Arzneimittelgruppe Parkinsonmittel

Mit insgesamt drei Nennungen der zur Parkinsontherapie eingesetzten Wirkstoffe Tiaprid (Dopaminagonist) und Biperiden (Anticholinergikum) ergibt sich im Jahr 2002 ein leichter Anstieg. Möglicherweise spielen die zentralnervösen Nebenwirkungen dieser Arzneimittel (u.a. Müdigkeit, Benommenheit) eine Rolle beim problematischen Konsum der Substanzen.

8 Einzelne Wirkstoffe

8.1 Überblick und Methodik

Im folgenden werden einzelne Wirkstoffe näher hinsichtlich Konsumentendaten und Konsummuster beschrieben. Berücksichtigt werden alle Wirkstoffe für die mindestens zehn Nennungen missbräuchlichen Konsums vorliegen.

Da die Informationen zu den missbrauchten Arzneimitteln sowohl wirkstoff- als auch präparatbezogen vorliegen, wurden die entsprechenden Daten im vorliegenden Kapitel auf Wirkstoffebene zusammengefasst.

Für die Berechnung patientenbezogener Mittelwerte wurden Patientendaten mit der Anzahl der Arzneimittel-Nennungen gewichtet, das heißt Mehrfachnennungen eines Patienten gehen entsprechend der Nennungszahl in die Mittelwerte ein.

Da sich bei einer diagnosespezifischen Auswertung der wirkstoffbezogenen Informationen geringe Fallzahlen ergeben würden, wurde in diesem Kapitel auf eine entsprechende Auswertung verzichtet.

Die Nennungshäufigkeiten der unten angeführten Wirkstoffe sind in den Tabellen A3, B3, C3 und D3 im Anhang aufgeführt.

8.2 Flunitrazepam (Rohypnol®, Fluninoc®, Flunimerck®)

Wirkprofil

Flunitrazepam ist ein Hypnotikum mit raschen Wirkungseintritt und mittlerer Halbwertszeit. Zubereitungen ab 2 mg unterliegen aufgrund des hohen Missbrauchsrisikos dem BtMG (Laux, Dietmeier & König, 2000).

Anzahl der Nennungen: x (y Klienten)

Konsumentendaten

Das gewichtete Durchschnittsalter der Klienten mit Flunitrazepam-Missbrauch liegt bei 30,7 Jahren (SD=8,1)- Arzneimittel mit der Wirksubstanz Flunitrazepam werden überwiegend von Klienten mit der Hauptdiagnose Opioid (74,4%) konsumiert (vgl. Abbildung 8.1). Außerdem zeigt sich 2002 ein relativ hoher Anteil von Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis. Über 80% der Nennungen stammen von Klienten männlichen Geschlechts.

Bezugsform

Der Bezug von Flunitrazepamtrazeam erfolgt vorwiegend über nicht-legale Quellen: Über 50% der flunitrazepamhaltigen Arzneimittel wurden über den Schwarzmarkt, Rezeptfälschung oder Einbruch/Diebstahl bezogen. Der Bezug über den grauen Markt liegt im Jahr 2002 bei über 18% (vgl. Abbildung 8.2). Mit der Ausnahme der ausschließlich ärztlichen Verordnung von Flunitrazepam an die beiden Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol zeigen sich keine diagnosespezifischen Unterschiede in den Bezugsquellen.

Applikationsform

Die Substanz wird fast ausschließlich oral aufgenommen (96%). In zwei Fällen intravenöser Applikation handelt es sich um Klienten mit den Hauptdiagnosen Opiode und Cannabis, die den Wirkstoff zur Wirkungsmodulation einsetzen.

Einnahmegründe

Häufigster Einnahmegrund von Flunitrazepam ist mit fast 70% seine stark sedierende Wirkung. Drei Klienten mit der Hauptdiagnose Opiode geben an, den Wirkstoff zur Minderung von Entzugerscheinungen einzusetzen. Eine Wechselwirkung mit anderen psychotropen Substanzen wird von zwei Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis und einem opioidabhängigem Klienten angegeben (vgl. Abbildung 3.1).

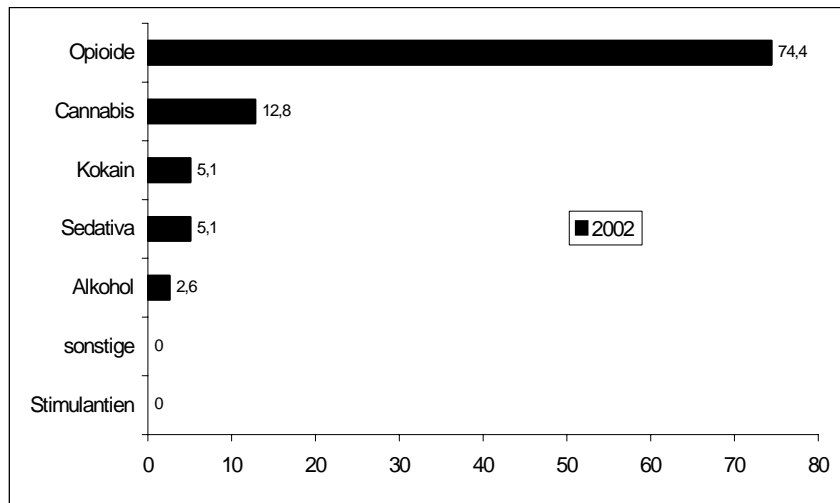
Dosissteigerung, Applikationsform und kombinierter Konsum

Eine Steigerung der Einnahmedosis wird von 72,3% der Konsumenten angegeben. In der Subgruppe der Klienten mit einer Einnahmedauer ab drei Monaten liegt die Quote bereits bei 88,9%. Der Konsum von Flunitrazepam wird in über 87% der Fälle mit der Einnahme anderer psychotroper Substanzen kombiniert.

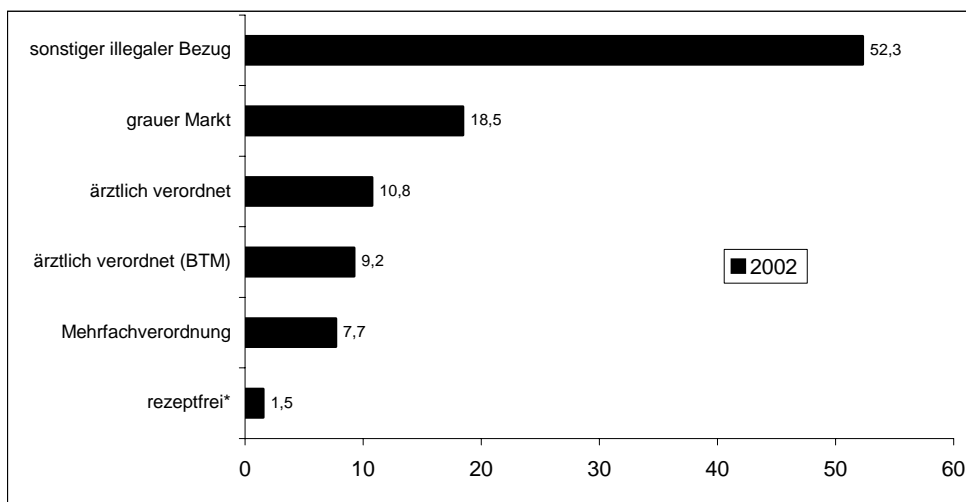
Problematischer Erstkonsum, Dauer und Intensität des aktuellen Missbrauchs

Der zeitliche Abstand zum ersten problematischen Konsum liegt im Durchschnitt bei 7,1 Jahren (SD=5,5). Die mittlere Dauer der aktuellen Konsumphase liegt knapp über zwei Jahren (M=2,1; SD=4,2). Die mittlere Anzahl der Konsumtage während der letzten 30 Tage liegt bei über 13,3 Tagen (SD=11,3).

Abbildung 8.1: Hauptdiagnoseverteilung der Klienten mit Flunitrazepam-Missbrauch

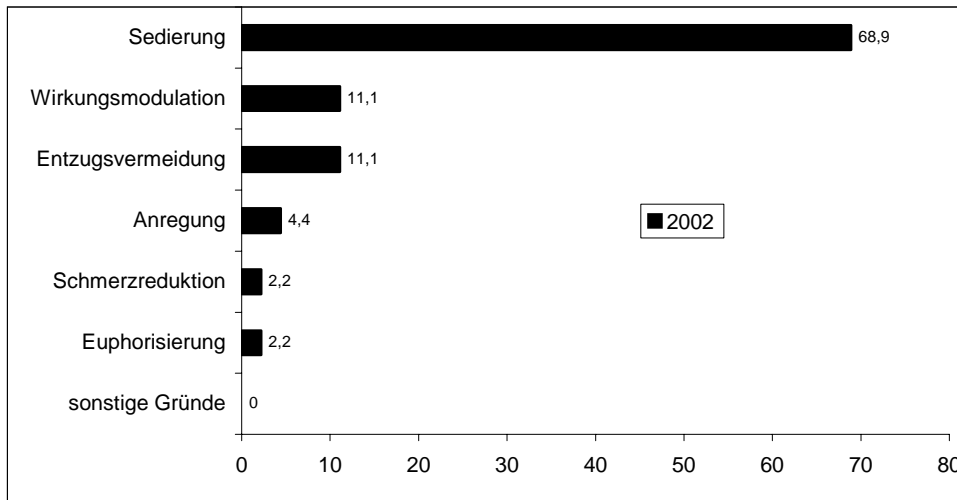


**Abbildung 8.2: Bezugsformen für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Flunitrazepam
Mehrfachnennung möglich**



*falsche Angabe, da Flunitrazepam der Verschreibungspflicht bzw. dem BTM unterliegt

Abbildung 8.3: Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Flunitrazepam



8.3 Diazepam (Valium®, Faustan®, Lamra®)

Diazepam ist ein Benzodiazepin-Tranquilizer mit sedierend-angstlösender, muskelentspannender und antiepileptischer Wirkung (Laux, Dietmeier & König, 2000), der insbesondere bei nicht-psychotischen Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen eingesetzt wird (Benkert & Hippus, 1979). Diazepam ist ein sehr schnell und intensiv wirkendes Benzodiazepin (Elbert & Rockstroh, 1993), das sich gleichzeitig durch eine relativ lange Wirkdauer auszeichnet (Schwabe & Paffrath, 2001).

Konsumentendaten

Das gewichtete Durchschnittsalter der Klienten mit Diazepam-Missbrauch liegt bei 37,3 Jahren (SD=+/- 13,4). Arzneimittel mit der Wirksubstanz Diazepam werden vorwiegend von Klienten mit der Hauptdiagnose Opioid (43,7%) konsumiert (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Knapp über 70% der Nennungen stammen von Klienten männlichen Geschlechts.

Bezugsform

Der Bezug von Diazepam erfolgte im Jahr 2002 in mehr als 40% der Nennungen über ärztliche Verordnung. Dagegen werden fast 45% der diazepamhaltigen Arzneimittel über illegale Quellen bezogen: 13,3% über den grauen Markt und knapp 30% über sonstige illegale Bezugsquellen (vgl.

Einzelne Wirkstoffe

Abbildung 8.4). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose der Klienten: Über 83% der alkoholabhängigen Klienten beziehen Diazepam durch ärztliche Verordnung; in der Hauptdiagnose-Gruppe Opiode werden dagegen über 82% der diazepamhaltigen Arzneimittel illegal bezogen.

Applikationsform

Die Substanz wird ausschließlich oral appliziert.

Einnahmegründe

Häufigster Einnahmegrund von Diazepam ist mit fast 67,2% seine sedierende Wirkung. Über 14% der Klienten setzen Diazepam zur Modulation der Wirkung anderer Drogen/Arzneimittel ein (vgl. Abbildung 8.5). Darunter befinden sich jeweils zwei Klienten mit den Hauptdiagnose Opiode, Cannabis und Alkohol und ein Klient mit der Hauptdiagnose Sedativa.

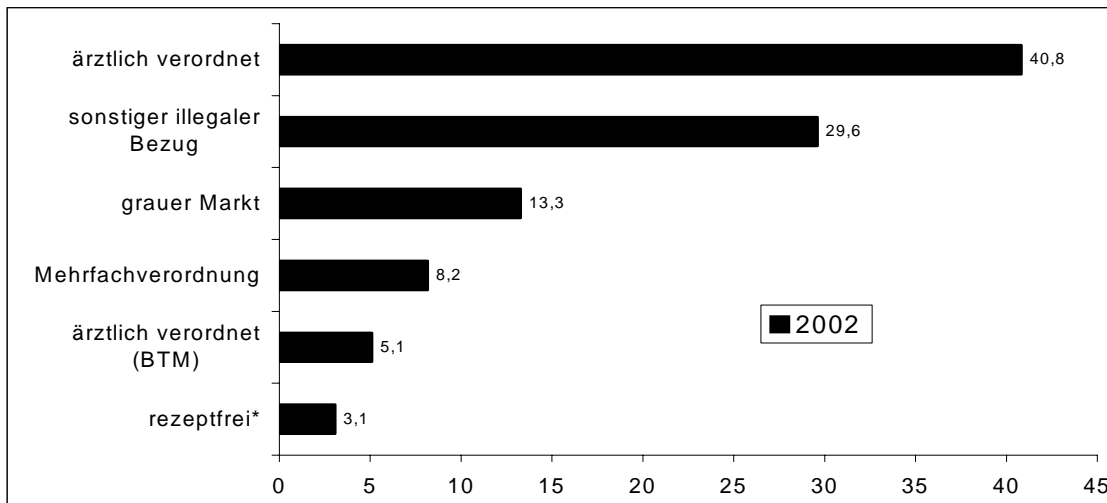
Dosissteigerung und kombinierter Konsum

Eine Steigerung der Einnahmedosis wird von 48,4% der Konsumenten angegeben. In der Subgruppe der Klienten mit einer Einnahmedauer ab drei Monaten liegt die Quote bereits bei über 66%. Der Konsum von Diazepam wird in über 69% der Fälle mit der Einnahme anderer psychotroper Substanzen kombiniert.

Problematischer Erstkonsum, Dauer und Intensität des aktuellen Missbrauchs

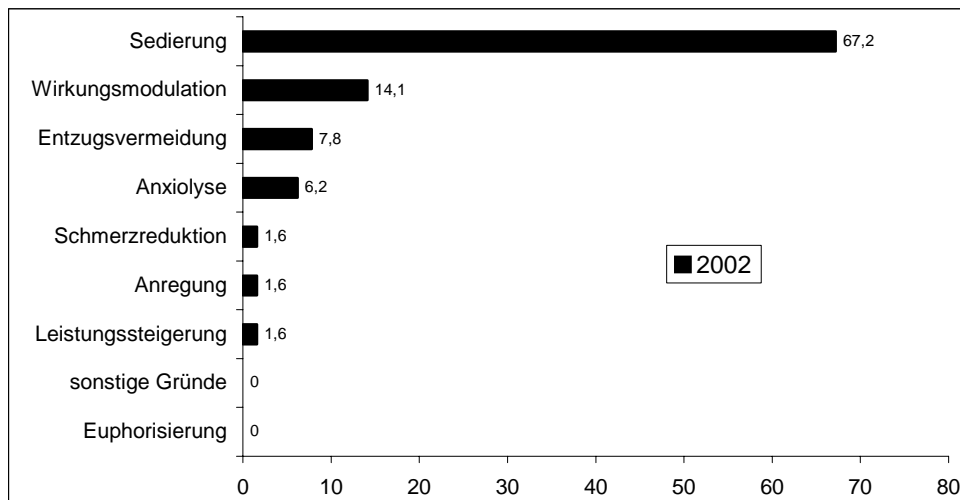
Der zeitliche Abstand zum ersten problematischen Konsum liegt im Durchschnitt bei 7,8 Jahren (SD=8,7). Die mittlere Dauer der aktuellen Konsumphase liegt knapp unter zwei Jahren (M=1,9; SD=2,7). Die mittlere Anzahl der Konsumtage während der letzten 30 Tage liegt bei 18,3 Tagen (SD=11,8).

**Abbildung 8.4: Bezugsformen für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam
Mehrfachnennung möglich**



*falsche Angabe, da Diazepam der Verschreibungspflicht unterliegt

Abbildung 8.5: Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Diazepam



Acetylsalicylsäure (Aspirin®, ASS-ratiopharm, ASS-Hexal ®)

Die Acetylsalicylsäure ist ein Saliyclsäure-Derivat und gehört zu den chemisch definierten Analgetika. Es besitzt neben seinen schmerzlindernden und fiebersenkenden Eigenschaften in höheren Dosierungen auch entzündungshemmende Wirkungen.

Konsumentendaten

Das gewichtete Durchschnittsalter der Klienten mit Acetylsalicylsäure-Missbrauch liegt bei 41,1 Jahren (SD=7,1). Arzneimittel mit der Wirksubstanz Acetylsalicylsäure werden vorwie-

Einzelne Wirkstoffe

gend von Klienten mit den Hauptdiagnosen Alkohol und 'andere psychotrope Substanzen' konsumiert (vgl. Abbildung 8.6). Ein problematischer Konsum des Analgetikums wird von gleich vielen Männern und Frauen angegeben.

Bezugsform

Der Bezug von Acetylsalicylsäure erfolgte ausschließlich rezeptfrei (53,8%) und/oder durch ärztliche Verordnung (46,2%).

Applikationsform

Die Substanz wird ausschließlich oral appliziert.

Einnahmegründe

Deutlich im Vordergrund steht die schmerzreduzierende Wirkung des Analgetikums mit mehr als zwei Drittel (66,79%) der genannten Einnahmegründe (vgl. Abbildung 8.7).

Dosissteigerung und kombinierter Konsum

In zwei Drittel der Fälle wurde die Einnahmedosis im Laufe der Zeit gesteigert.

Problematischer Erstkonsum, Dauer und Intensität des aktuellen Missbrauchs

Der zeitliche Abstand zum ersten problematischen Konsum liegt im Durchschnitt bei über 10 Jahren ($SD=14,2$). Die mittlere Dauer der aktuellen Konsumphase liegt knapp unter zwei Jahren ($M=23,5$ Monate; $SD=31,4$). Die mittlere Anzahl der Konsumtage während der letzten 30 Tage liegt bei 13,8 ($SD=14,5$).

Abbildung 8.6: Hauptdiagnoseverteilung der Klienten mit Acetylsalicylsäure-Missbrauch

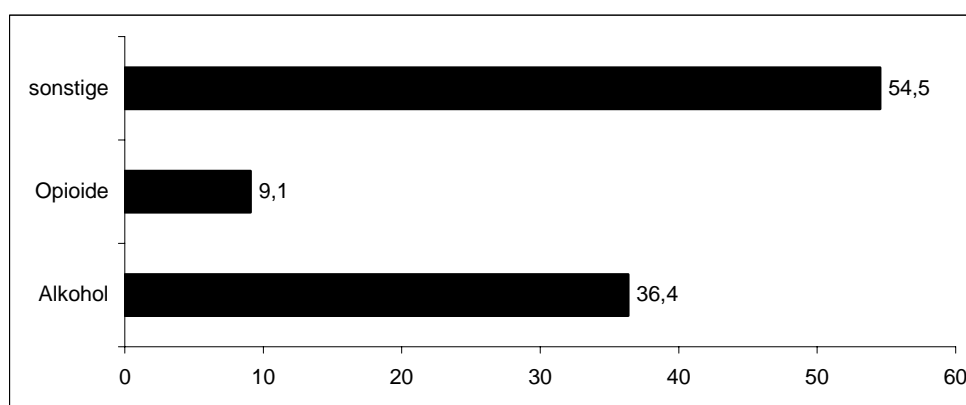
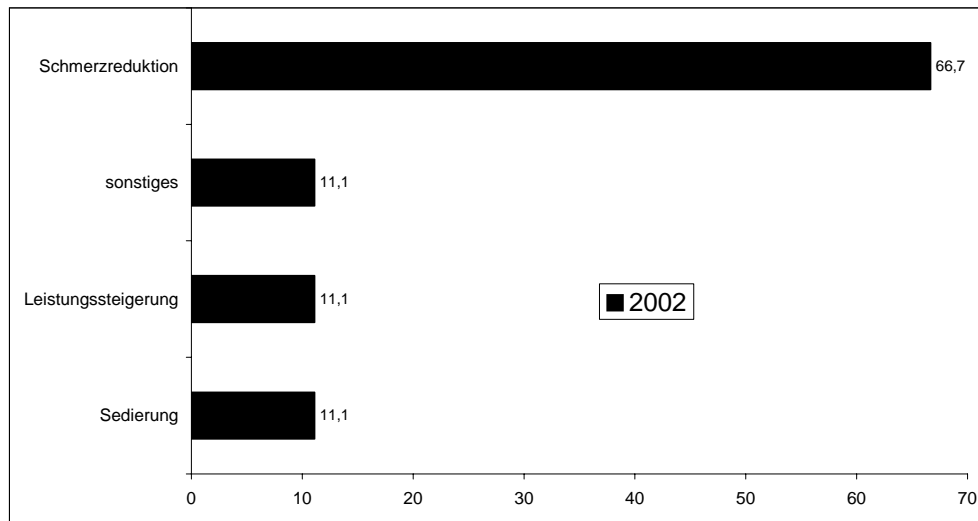


Abbildung 8.7: Einnahmegründe für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure



8.4 Zusammenfassender Vergleich der Wirkstoffprofile

Das Alter eines durchschnittlichen Flunitrazepam-Konsumenten ist deutlich niedriger, als das eines Diazepam-Konsumenten und dieses wiederum niedriger als das des durchschnittlichen Acetylsalicylsäure-Konsumenten.

Flunitrazepam wird hauptsächlich von Opiatabhängigen missbraucht, Diazepam ist auch bei den anderen Hauptdiagnosen Alkohol und Sedativa gleichmäßig vertreten. Bei Acetylsalicylsäure überwiegt die Hauptdiagnose Alkohol.

In ähnlicher Weise abgestuft variiert der Männeranteil von 80% bei Flunitrazepam bis zu 50% bei Acetylsalicylsäure.

Während bei den ersten beiden Diagnosegruppen die Sedierung als häufigster Einnahmegrund angegeben wird, steht bei Acetylsalicylsäure die Schmerzreduzierung im Vordergrund. Diazepam wird häufiger, das heißt an mehr Tagen, eingenommen, als die beiden anderen Arzneimittel. Zur Dosissteigerung kommt es bemerkenswerterweise auch sehr häufig bei Acetylsalicylsäure, etwas weniger häufig bei Diazepam.

Flunitrazepam wird fast immer in Kombination mit anderen Substanzen eingenommen. Das gilt auch häufig für Diazepam, ist dagegen bei Acetylsalicylsäure deutlich seltener ausgeprägt.

9 Diskussion und Ausblick

9.1 Diskussion

Erhebung und Auswertung

Insgesamt wurden im Jahr 2002 400 Nennungen missbräuchlichen Medikamentenkonsums mit ebis-med dokumentiert und in die Analyse des Medikamentenmissbrauchs von Klienten mit Suchtproblemen einbezogen. Unter Ausschluß von 26 Nennungen des Wirkstoffs Disulfiram, deren Dokumentation auf eine fehlerhafte Anwendung der ICD-Kriterien zurückgeht, reduziert sich die Anzahl der Gesamtnennungen auf 374. Nachdem es im Berichtsjahr 2001 aufgrund der unsicheren Rahmenbedingungen für die Weiterförderung des Systems zu einem erheblichen Ausfall von ebis-med Referenzeinrichtungen und folglich zu einer deutlichen Reduktion dokumentierter Missbrauchsmeldungen gekommen ist, konnte mit der Rekrutierung neuer Einrichtungen die Anzahl der Arzneimittelnennungen im Berichtsjahr 2002 wieder deutlich gesteigert werden.

Die durchgeführte Repräsentativitätsanalyse hat gezeigt, dass durch die Rekrutierung neuer Einrichtungen im Berichtsjahr 2002 die in den Vorjahren bestehende Unterrepräsentiertheit von Hauptdiagnosen illegaler Substanzen erfolgreich korrigiert wurde und der Umfang der Einrichtungsstichprobe von 20 auf 33 deutlich erhöht werden konnte. Die ebis-med Referenzeinrichtungen erweisen sich damit als repräsentative Stichprobe für die Gesamtheit aller an der Kerndatenauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden Einrichtungen.

Neben den Daten aus den ebis-med Referenzeinrichtungen wurden die Datensätze aus Einrichtungen berücksichtigt, in denen Fälle eines missbräuchlichen Arzneimittelkonsums unaufgefordert dokumentiert und ohne vertragliche Verpflichtung an das Institut für Therapieforchung (IFT) weitergeleitet wurden. Eine entsprechende Erweiterung der Stichprobe erfolgte nach Prüfung der Häufigkeit fehlender Werte und der Hauptdiagnoseverteilung zusätzlicher Beratungsstellen, bei der sich keine Hinweise auf Beeinträchtigung der methodischen Qualität durch Einbeziehung der zusätzlichen Einrichtungen ergeben haben.

Neben der durchgeführten Repräsentativitätsanalyse wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts eine Analyse der Konsumenten- und Konsumdaten unter Berücksichtigung der Hauptdiagnosen der Klienten vorgenommen. Erstmals wurde auch eine diagnosespezifische Längsschnittanalyse der Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe und Arzneimittelgruppen für die Berichtsjahre 1998 – 2002 durchgeführt. Durch diese Form der Auswertung ist es gelungen, den Einfluss der über die Jahre variierenden Diagnoseverteilungen auf die Art und Häufigkeit

des Medikamentenmissbrauchs konstant zu halten und so die interne Validität abgeleiteter Trendaussagen zu steigern. Die im aktuellen Berichtsjahr zudem vorgenommene Berechnung von Differenzwerten relativer Häufigkeiten für die Jahre 2001 und 2002 erleichtert die Einordnung und Bewertung aktueller Entwicklungen.

Konsummuster

In Abhängigkeit von der Hauptdiagnose der Konsumenten ergaben sich auch deutlich Unterschiede in den Konsummustern. Die Abweichungen zeigen sich sowohl in der Präferenz bestimmter Präparate als auch in deren Bezugsformen, der Konsumfrequenz und -dauer sowie der Häufigkeit kombinierter Einnahmen. Der relativ hohe Anteil eines Mischkonsums erweist sich hinsichtlich des Risikos gegenseitiger Wirkungspotenzierungen als besonders problematisch. Berücksichtigt man außerdem den relativ häufigen Bezug durch ärztliche Verordnungen in den Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa, erscheint eine stärkere Sensibilisierung der verschreibenden Ärzte für das Problem sowie eine konsequentere Umsetzung der bestehenden Ordnungsrichtlinien bei der Behandlung von Patienten mit Suchtmittelmissbrauch angebracht.

Ergebnisse der Quer- und Längsschnittanalyse nach Arzneimittelgruppen

Tranquilizer

Obwohl für Tranquilizer seit 1999 eine Abnahme der relativen Anteile in der Gesamtgruppe zu verzeichnen ist, stehen Arzneimittel mit angstlösender und beruhigender Wirkung mit einem Anteil von knapp 30% auch im Jahr 2002 an der Spitze missbräuchlich konsumierter Arzneimittelgruppen. Anteilsmäßig am stärksten vertreten ist wie in den Vorjahren der langwirkende Benzodiazepin-Tranquilizer Diazepam. Trotz insgesamt rückläufiger Verordnungszahlen für Diazepam in der Gesamtbevölkerung (vgl. Schwabe & Paffrath, 2003) ergeben sich erste Hinweise auf eine Zunahme ärztlicher Verordnungen in der Hauptdiagnosegruppe Alkohol. Eine genauere Überprüfung von Missbrauchskriterien im nächsten Jahr wird zeigen, ob es sich um einen anhaltenden Trend handelt.

Neben Diazepam werden in den beiden Hauptdiagnosegruppe auch andere Substanzen mit sedierendem Wirkprofil (z.B. das niederpotente Neuroleptikum Promethazol sowie das trizyklische Antidepressivum Doxepin) häufiger konsumiert. Die Hypothese, dass Tranquilizer zunehmend durch Antidepressiva und niederpotente Neuroleptika ersetzt werden, kann in der vorliegenden Stichprobe nicht bestätigt werden. Zumindest innerhalb der Hauptdiagnosegruppen Alkohol und Sedativa scheint es zu einer gleichzeitigen Steigerung des Anteils unterschiedlicher Arzneimittelgruppen mit sedierenden Eigenschaften zu kommen.

Hypnotika/Sedativa

Für das Benzodiazepin-Hypnotikum Flunitrazepam, das überwiegend von Klienten mit der Hauptdiagnose Opioid konsumiert wird, ist es im aktuellen Berichtsjahr nach einem Rückgang im Vorjahr wieder zu einem Anstieg des Missbrauchs von Flunitrazepam gekommen, der mit einer deutlichen Steigerung des Anteils illegaler Bezüge (Schwarzmarkt, Fremdrezept Einbruch/Diebstahl) verbunden ist. Obwohl Bedarf und Konsum des Hypnotikums mitunter auch von Angebot und Beschaffenheit des auf dem Drogenmarkt angebotenen Heroins abhängt (Flunitrazepam wird sowohl zur Wirkungsmodulation von Heroin als auch zu dessen Ersatz verwendet) sind die Ergebnisse als Hinweise für eine wieder zunehmende Verfügbarkeit der Substanz auf dem Schwarzmarkt zu werten. Der Zunahme des illegalen Flunitrazepam-Bezugs im Jahr 2002 steht ein gleichzeitiger Rückgang des aus illegalen Quellen bezogenen Diazepams gegenüber. Auf die Möglichkeit einer gegenseitigen Abhängigkeit zwischen dem Angebot an Flunitrazepam auf dem Schwarzmarkt und dem illegalen Bezug von Diazepam wurde bereits in früheren Berichtsjahren hingewiesen (Sawatzki & Simon, 1998). Eine detaillierte Längsschnittanalyse der Bezugsformen im kommenden Berichtsjahr wird dazu weiter Aufschluss geben können. Im Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum des Benzodiazepin-Hypnotikums zu erwähnen ist auch der im Berichtsjahr 2002 überraschend hohe Anteil von Flunitrazepam-Konsumenten mit der Hauptdiagnose Cannabis. Innerhalb dieser Hauptdiagnosegruppe stellt das Hypnotikum sogar den am häufigsten missbräuchlich konsumierten Wirkstoff im Jahr 2002 dar. Im Vergleich zur Hauptdiagnosegruppe Opioid wird der Wirkstoff in der Hauptdiagnosegruppe Cannabis häufiger ärztlich verordnet und häufiger zur Wirkungsmodulation eingesetzt.

Substitutionsmittel

Erstmals dokumentiert wurde im Jahr 2002 der missbräuchliche Konsum des seit Anfang 2000 zur Substitutionstherapie opioidabhängiger Klienten zugelassenen Arzneimittels Buprenorphin. Die Annahme, dass Buprenorphin wegen seiner partiell opioidantagonistischen Eigenschaft und der damit im Vergleich zu reinen Opioidagonisten verbundenen Wirkungsbegrenzung auf dem Schwarzmarkt keine Bedeutung erlangen wird, kann durch die Ergebnisse des vorliegenden Berichts nicht gestützt werden. Vorteilhafte Eigenschaften von Buprenorphin im Vergleich zu Methadon und Codein (geringere Entzugssymptomatik bei Absetzen, geringeres Risiko gefährlicher Nebenwirkungen, weitgehender Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit) tragen zur Erklärung der Attraktivität der Substanz auch außerhalb der regulären Substitutionsbehandlung bei. Die immer wieder geäußerte Annahme, dass das Substitutionsmittel wegen des zu erwartenden "ceiling-effekts" auf dem Schwarzmarkt nur

eine untergeordnete Bedeutung erlangen wird, kann durch die ebis-med Daten nicht gestützt werden. Bemerkenswert ist der relativ hohe Anteil von Buprenorphin-Konsumenten mit der Hauptdiagnose Kokain. Innerhalb dieser Hauptdiagnosegruppe stellt Buprenorphin sogar den meist genannten Wirkstoff dar. Unter Berücksichtigung des relativ hohen Anteils von Klienten mit der Hauptdiagnose Kokain, die einen kombinierten Konsum des halbsynthetischen Opioids mit anderen psychotropen Substanzen angeben, ist auch von einem Mischkonsum mit Kokain auszugehen. Wie Studien zur interaktiven Wirkungen von Kokain und Opioiden zeigen, besitzt Buprenorphin für den Mischkonsum mit Kokain zumindest vergleichbare wirkungsmodulierende Eigenschaften wie Heroin (Smith et al., 2003).

Antidepressiva

Auf den problematischen Konsum von Antidepressiva wurde bereits im Vorjahr hingewiesen. Antidepressiva bilden mittlerweile die dritthäufigste Gruppe missbräuchlich konsumierter Arzneimittel. Wie in den Vorjahren dominiert auch im Jahr 2002 der problematische Konsum trizyklischer Antidepressiva, insbesondere des mitunter im Rahmen der Entzugsbehandlung alkoholabhängiger Patienten eingesetzte Wirkstoffs Doxepin (Soyka, 1999). Der Wirkstoff, der überwiegend in den Hauptdiagnosegruppe Alkohol und Sedativa konsumiert wird, spielt als einziges Antidepressivum eine Rolle auf dem Schwarzmarkt.

9.2 Ausblick

Die Ergebnisse der Zwischenauswertung für 2003 weisen gegenüber 2002 einen deutlichen Anstieg der Medikamentennennungen auf, so dass auch für das Berichtsjahr 2003 mit einer erheblichen Erweiterung der Datengrundlage zu rechnen ist.

Zur Optimierung der Datenqualität und –ausschöpfung sind folgende Maßnahmen geplant:

Veränderung der Eingabe-Maske

Durch software-technische Änderungen der Eingabe-Maske soll der Interviewer bei der Dateneingabe aufgefordert werden, entsprechende Angaben (incl. der Antwortoption “weiß nicht“) zu machen. Auf diese Weise wird der Anteil fehlender Daten für die einzelnen Items vermindert. Des weiteren ist geplant, die Datenausschöpfung zu erhöhen, indem der Interviewer bei der Standard-Dokumentation eines Klienten mit der ICD-10 Diagnose “Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten“ automatisch zum Ausfüllen des Medikamentbogens aufgefordert wird.

Rückmeldung der Ausschöpfungs- und missing-Quoten an die Einrichtungen

Die Erfassung bzw. Ausschöpfung von Klienten mit der ICD-10 Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten und die missing-Quoten für die einzelnen Items werden den Einrichtungen jeweils zu Beginn eines Jahres rückgemeldet.

Motivierung der Mitarbeiter in den Einrichtungen

Verschiedene Maßnahmen zur Motivierung der Mitarbeiter in den Einrichtungen und zu deren Sensibilisierung für den Problembereich "Medikamentmissbrauch" wurden die im Rahmen des ebis-med Jahrestreffens im Herbst 2003 gemeinsam mit Vertretern der ebis-med Referenzeinrichtungen erarbeitet. Dazu gehört neben den oben dargestellten Änderungen auch die Fortführung der Besuche in den Einrichtungen sowie eine Schulung der Mitarbeiter vor Ort zur Diagnostik von Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit. Zu den Inhalten der Diagnostikschulung wird ein Konzept erstellt. Durch Umsetzung der genannten Maßnahmen ist neben einer Steigerung der Gesamtzahl dokumentierter Fälle missbräuchlichen Arzneimittelkonsums auch eine Verbesserung der Datenqualität zu erwarten.

Überarbeitung des ebis-med Erhebungsbogens

Ab Januar 2004 erfolgt neben der bisher üblichen Dokumentation des missbräuchlich konsumierten Präparats und der zugehörigen Konsummuster auch eine differenzierte Erfassung einzelner Kriterien des missbräuchlichen Konsums nach ICD-10 (u.a. Kontrollverlust, Entzugserscheinungen bei Absetzen des Medikaments, Entwicklung eines übermäßigen Verlangens, Anzeichen einer Toleranzentwicklung) und sowie weiterer Kriterien eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs. Die entsprechende Erweiterung soll eine differenzierte Analyse des missbräuchlichen Konsums ermöglichen und gleichzeitig zur Steigerung der internen Validität durch Ausschluss unzutreffender Nennungen beitragen. Damit soll auch Fällen wie den für 2002 fehlerhaften Daten zu Disulfiram vorgebeugt werden.

Obwohl die Definitionskriterien eines Arzneimittelmissbrauchs allen Einrichtungen vorliegen, wurden diese in mindestens einer Beratungsstelle nicht adäquat erfasst, sodass die Nennungen von Disulfiram nicht als Missbrauch gewertet wurden. Die Aufnahme der Missbrauchskriterien in den ebis-med Erhebungsbogen mit Hilfe einer computergestützten Lösung reduziert somit das Risiko unzutreffenden Nennungen eines problematischen Konsums.

Weiter konkretisiert werden sollen im Rahmen der geplanten Erweiterung der Eingabemaske des Medikamentenbogens auch die Antwortoptionen "grauer Markt" und "weitere illegale

Quellen“ durch genaue Angabe der Formen illegaler Beschaffung (z.B. Fremdrezept, Rezeptfälschung, Weitergabe eines Rezepts oder Arzneimittels durch andere Personen, Bezug auf dem Schwarzmarkt, Bezug aus dem Ausland, Bezug durch Online-Handel, Einbruch, Diebstahl).

Datenanalyse

Die Auswertung der Daten im Längsschnitt wird auch auf die Analyse der Konsummuster ausgedehnt. Zur Vorbereitung sind eine Prüfung der Datensätze der früheren Erhebungen und gegebenenfalls entsprechende Umkodierungsarbeiten erforderlich.

Hinsichtlich statistischer Analysemethoden sollen in den folgenden Berichtsjahren Methoden der Trendanalyse zur Anwendung kommen, die eine Ableitung von Trendaussagen unter Anwendung von Signifikanzprüfungen und unter Einbeziehung umfangreicher Zeitreihen ermöglichen.

10 Literatur

Benkert, O. & Hippius, H. (1996). *Psychiatrische Pharmakotherapie*. Berlin: Springer

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Édition Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen* (Zweite korrigierte und ergänzte Auflage). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2003). *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland

Elbert, T. & Rockstroh, B. (1993). *Psychopharmakologie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Glaeske, G. (1999). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2000* (52-76). Geesthacht: Neuland.

Keup, W. (1993). *Mißbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen: Frühwarnsystem-Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976-1990*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Keup, W. (1999). *Tabellarischer Jahresbericht 1998. Missbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Frühwarnsystem-Daten für die Bundesrepublik Deutschland 1976-1998* (Frühwarnsystem-Bericht Nr. 115). Ohne Ort.

Keup, W. (2001a). *Frühwarnsystem zur Erfassung von Veränderungen der Missbrauchsmuster chemischer Substanzen in der Bundesrepublik Deutschland (FWS). Frühwarnsystem-Zwischenbericht über den Zeitraum 1999/2000*. (Frühwarnsystem-Bericht Nr. 135). Ohne Ort.

Keup, W. (2001b). *Erfolge-Ergebnisse-Erlebnisse im Frühwarnsystem Sucht. Missbrauchsmuster 1976-2000. Frühwarnsystem-Daten*. Ohne Ort.

Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997*. Sucht, 44 (Sonderheft 1)

Laux, G., Dietmeier, O. & König, W. (2000). *Pharmakopsychiatrie* (dritte Auflage). München/Jena: Urban Fischer Verlag.

Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C. und Schmidt, L.G. (2003). AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 49(3), 147-167.

Rote Liste® Service GmbH (Hrsg.) (2003). *Rote Liste Win*. Aulendorf / Württemberg: ECV Editio Cantor.

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Sawatzki, I. & Simon, R. (1999). *Jahresbericht 1998 missbrauchter Medikamente bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen. EBIS Referenzerhebung (Berichtszeitraum: 1.1.98 – 31.12.98)* (IFT-Berichte Band 109). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.) (2003). *Arzneiverordnungs-Report 2002*. Berlin: Springer.

Simon, R., Kraus, L., Pfeiffer, T. & Strobl, M. (2003). Monitoring von Medikamentenmissbrauch in der Klientel ambulanter Einrichtungen: Wie repräsentativ ist die Stichprobe ebis-med? *Sucht*, 49 (4), 221-227.

Smith, M.A., Gordon K.A., Craig C.K., Bryant P.A., Ferguson M.E., French A.M., Gray J.D., McClean J.M., Tetirick J.C.(2003). *Interactions between opioids and cocaine on locomotor activity in rats: influence of an opioid's relative efficacy at the mu receptor*. *Psychopharmacology* (Berl), 167(3), 265-273.

Strobl, M., Zahn, H. & Palazzetti, M. (1998). *Systembeschreibung EBIS-A Version 5.3 (WINDOWS)* (IFT Manuale Bd. 31). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Soyka, M., Horak, M., Löhnert, B., Löhnert, E., Rüster, P., Möller, H.J. (1999). Ambulante Entgiftung Alkoholabhängiger - Ein Modellversuch. *Nervenheilkunde*, 8, 147-152.

Literatur

Welsch, K. & Strobl, M. (2003). Suchthilfestatistik 2002. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen IFT-Berichte Bd. 140. München: IFT Institut für Therapieforschung.

11 Anhang

Tabelle A1: Verlauf der Häufigkeit von Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	116	45,1	150	43,6	70	40,7	73	36,7	100	36,2
Opioide	78	30,4	128	37,2	53	30,8	81	40,7	114	41,3
Sedativa/Hypnotika	7	2,7	36	10,5	29	16,9	21	10,6	18	6,5
Cannabis	36	14,0	8	2,3	2	1,2	5	2,5	10	3,6
Kokain	5	1,9	7	2,0	1	0,6	2	1,0	7	2,5
sonstige	15	5,8	15	4,4	17	9,9	17	8,5	27	9,8
	257	100,0	344	100,0	172	100,0	199	100,0	276	100,0

Anhang A2: Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen in der Gesamtstichprobe

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		rel. Diff. 2002-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Entwöhnungsmittel*	11	2,1	20	3,1	23	5,1	8	2,5	38	9,5	7,0
Neuroleptika	27	5,2	18	2,8	24	5,3	6	1,9	25	6,3	4,3
Antidepressiva	49	9,5	47	7,3	55	12,2	38	12,1	54	13,5	1,4
Psychoanaleptika	3	0,6	0	0,0	4	0,9	1	0,3	6	1,5	1,2
Parkinsonmittel	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	4	1,0	1,0
Antiepileptika	17	3,3	17	2,6	10	2,2	7	2,2	12	3,0	0,8
Antitussiva	33	6,4	32	5,0	10	2,2	2	0,6	5	1,3	0,6
Antidiabetik	5	1,0	3	0,5	1	0,2	0	0,0	2	0,5	0,5
Abmagerungsmittel	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Appetitzügler	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Dermika	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Gichtmittel	0	0,0	2	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Immunstimulantia	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Muskelrelaxantia	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Neuropathiepräparate	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Nootropika	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Spasmolytika	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Antiemetika	2	0,4	2	0,3	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
Laxantia	6	1,2	0	0,0	3	0,7	1	0,3	2	0,5	0,2
Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
Antibiotika	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Diabetika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Gynologika	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kardika	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Koronarmittel	2	0,4	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Lebertherapeutika	1	0,2	2	0,3	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Migränemittel	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mineralstoffe	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Rhinologika	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		rel.Diff.
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Wundbehandlungsmittel	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Antikoagulantia	3	0,6	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Antianämika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Antiinfektiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Lokalanästhetika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Phasenprophylaktika	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Schilddrüsenmittel	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Urologika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Vitaminpräparate	4	0,8	5	0,8	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Broncholytika	0	0,0	3	0,5	2	0,4	4	1,3	3	0,8	-0,5
Magen-Darm-Mittel	4	0,8	4	0,6	2	0,4	6	1,9	4	1,0	-0,9
Diuretika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	4	1,3	0	0,0	-1,3
Antihypertonika	14	2,7	20	3,1	13	2,9	11	3,5	7	1,8	-1,8
Hypnotika	88	17,0	130	20,2	81	18,0	50	15,9	55	13,8	-2,2
Analgetika	76	14,7	65	10,1	52	11,5	44	14,0	45	11,3	-2,8
Tranquilizer	145	28,0	229	35,6	145	32,2	99	31,5	114	28,5	-3,0
Substitutionsmittel	9	1,7	24	3,7	10	2,2	23	7,3	10	2,5	-4,8
gesamt	517	100,0	644	100,0	451	100,0	314	100,0	400	100,0	0,0

* Disulfiram

Anhang A3: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen in der Gesamtstichprobe

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chem. def. Entwöhnungsmittel*	11	2,1	20	3,1	23	5,1	8	2,5	38	9,5	7,0
Phenothiazin-Derivate	15	2,9	11	1,7	16	3,5	1	0,3	9	2,3	1,9
Butyrophenon-Derivate	4	0,8	1	0,2	3	0,7	2	0,6	9	2,3	1,6
Trizyklische Antidepressiva	43	8,4	41	6,4	45	10,0	30	9,6	43	10,8	1,2
Chem. def. Parkinsonmittel	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	4	1,0	1,0
Chem. def. Psychoanaleptika	3	0,6	0	0,0	4	0,9	1	0,3	5	1,3	0,9
Carboxamid-Derivate	13	2,5	15	2,3	10	2,2	3	1,0	7	1,8	0,8
Barbiturate	0	0,0	7	1,1	2	0,4	0	0,0	3	0,8	0,8
Chem. def. Gastritis-/Ulkusmittel	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Trizyklische Neuroleptika	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,5	0,5
Chem. def. Analgetika	8	1,6	16	2,5	9	2,0	3	1,0	5	1,3	0,3
SSRI	2	0,4	4	0,6	5	1,1	7	2,2	10	2,5	0,3
Benzamide	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Biguanid-Derivate	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Chem. def. Abmagerungsmittel	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Chem. def. Antazida	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Chem. def. Gichtmittel	0	0,0	2	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Chem. def. Spasmolytika	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Corticoide	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Einzelstoffe/Analgetika	0	0,0	1	0,2	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Einzelstoffe/Antidepressiva	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Einzelstoffe/Neuropathiepräparate	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Insuline	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Lipase-Hemmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Myotonolytika	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Purin-Derivate	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Xanthin-Derivate	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Zytokine	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3

Anhang

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chem. def. Laxantia	4	0,8	0	0,0	2	0,4	1	0,3	2	0,5	0,2
Chem. def. Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
H1-Antihistaminika	2	0,4	2	0,3	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
Chem. def. Neuroleptika	7	1,4	5	0,8	4	0,9	3	1,0	4	1,0	0,0
Chem. def. Antidepressiva	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Antidiabetika	4	0,8	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Herzglukoside	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Koronarmittel	2	0,4	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Migränemittel	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Nootropika	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Rhinologika	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Wundbehandlungsmittel	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Antihypertonika	2	0,4	2	0,3	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Laxantia	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Immunsuppressiva	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
MAO-Hemmer	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Mineralstoffe	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Narkoanalgetika	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Östrogene	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Antirheumatika	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Diabetika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Laxantia	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Lebertherapeutika	1	0,2	2	0,3	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Tranquilizer	1	0,2	5	0,8	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Sulfonamide	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sympathomimetika	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Calciumkanal-Blocker	3	0,6	4	0,6	0	0,0	1	0,3	1	0,3	-0,1
Cumarin-Derivate	3	0,6	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Betarezeptoren-Blocker	7	1,4	9	1,4	6	1,3	4	1,3	4	1,0	-0,3
Chem. def. Diuretika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Chem. def. Lebertherapeutika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Chem. def. Lokalanästhetika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Chem. def. Phasenprophylaktik	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chem. def. Schilddrüsen therapeutika	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
COX-2-Hemmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Einzelstoffe/Magen-Darm-Mittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Elektrolyte	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
HIV-Proteasehemmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Pflanzliche Antidepressiva	4	0,8	2	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Pflanzliche Prostatamittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Vitamine	4	0,8	5	0,8	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
ACE-Hemmer	2	0,4	2	0,3	1	0,2	2	0,6	1	0,3	-0,4
Chem. def. Broncholytika	0	0,0	3	0,5	2	0,4	4	1,3	3	0,8	-0,5
Pflanzliche Hypnotika	4	0,8	5	0,8	2	0,4	4	1,3	3	0,8	-0,5
Chem. def. Magen-Darm-Mittel	3	0,6	2	0,3	1	0,2	2	0,6	0	0,0	-0,6
H2-Rezeptor-Blocker	1	0,2	0	0,0	1	0,2	3	1,0	1	0,3	-0,7
Chem. def. Antiepileptika	1	0,2	0	0,0	0	0,0	4	1,3	2	0,5	-0,8
Schleifendiuretika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0	-1,0
Chem. def. Antihypertonika	0	0,0	3	0,5	3	0,7	4	1,3	1	0,3	-1,0
Salicylsäure-Derivate	23	4,5	15	2,3	7	1,6	14	4,5	12	3,0	-1,5
Chem. def. Hypnotika	20	3,9	12	1,9	9	2,0	7	2,2	2	0,5	-1,7
Anthranilsäure-Derivate	7	1,4	6	0,9	7	1,6	12	3,8	8	2,0	-1,8
Benzodiazepine	211	41,1	332	51,6	211	46,8	138	43,9	164	41,0	-2,9
Opioide	75	14,6	82	12,7	46	10,2	38	12,1	34	8,5	-3,6
gesamt	517	100,0	644	100,0	451	100,0	314	100,0	400	100,0	0,0

* Es liegen Hinweise vor, dass die Kriterien eines missbräuchlichen Konsums für Disulfiram nicht erfüllt wurden (vgl. Kap. 6.1).

Anhang A4: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Gesamtstichprobe

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Disulfiram	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	27	6,8	6,8
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,0	2,0
Promethazin	8	1,6	7	1,1	9	2,0	0	0,0	6	1,5	1,5
Codein	32	6,2	36	5,6	9	2,0	1	0,3	7	1,8	1,4
Doxepin	22	4,3	22	3,4	31	6,9	16	5,1	25	6,3	1,2
Oxazepam	15	2,9	10	1,6	6	1,3	2	0,6	7	1,8	1,1
Carbamazepin	13	2,5	15	2,3	10	2,2	3	1,0	7	1,8	0,8
Citalopram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0,8
Clonazepam	3	0,6	2	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0,8
Metoprolol	0	0,0	3	0,5	3	0,7	0	0,0	3	0,8	0,8
Mirtazapin	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0,8
Opipramol	4	0,8	3	0,5	1	0,2	0	0,0	3	0,8	0,8
Pipamperon	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	3	0,8	0,8
Acamprosac	5	1,0	6	0,9	11	2,4	1	0,3	4	1,0	0,7
Lorazepam	12	2,3	12	1,9	3	0,7	5	1,6	9	2,3	0,7
Tilidin/Naloxon	12	2,3	5	0,8	6	1,3	2	0,6	5	1,3	0,6
Amfetaminil	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	2	0,5	0,5
Biperiden	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Brallobarbital	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Chlordiazepoxid	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,5	0,5
Haloperidol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Medazepam	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,5	0,5
Naproxen	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Tiaprid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0,5
Melperon	3	0,6	1	0,2	1	0,2	2	0,6	4	1,0	0,4
Paracetamol	5	1,0	13	2,0	6	1,3	3	1,0	5	1,3	0,3
Algedrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Allopurinol	0	0,0	2	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
alpha-Liponsäure	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amisulprid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Betamethason	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Chlorprothixen	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Clozapin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Coffein	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Drofenin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Ephedrin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Fenetyllin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Fenofibrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Flupirtin	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Gabapentin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Humaninsulin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Imipramin	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Interferon	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Levomepromazin	2	0,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Metformin	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Nortriptylin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Orlistat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Oxilofrin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Pantoprazol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Pentoxifyllin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Phenobarbital	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Pravastatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Promazin	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,3	0,3
Prothipendyl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Rabeprazol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Risperidon	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Salbutamol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Sibutramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Sulpirid	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Tetrazepam	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Trazodon	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3
Venlafaxin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0,3

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Verapamil	2	0,4	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,3
Bisacodyl	2	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
Dimenhydrinat	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5	0,2
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5	0,2
Sertralin	0	0,0	2	0,3	2	0,4	1	0,3	2	0,5	0,2
Alprazolam	2	0,4	2	0,3	0	0,0	3	1,0	4	1,0	0,0
Acarbose	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Amfepramon	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Atenolol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Azathioprin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Beclometason	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Benfotiamin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Brennessel	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Brotizolam	2	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Butylscopolaminium.	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Calciumpantothenat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Captopril	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Carvedilol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cetirizin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chloralhydrat	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chlorpromazin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chlortheophyllin	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clemastin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clioquinol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clobazam	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Clopentixol	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Cortison	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cyanocobalamin	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cyclandelat	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Digitoxin	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Estradiol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Etilefrin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Famotidin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Fentanyl	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Flupentixol	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Flurazepam	4	0,8	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Fluticason	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Folsäure	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Furosemid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Glibenclamid	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Glucosam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Glyceroltrinitrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Hydroxyzin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Indometacin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Ipratropiumbromid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Irbesartan	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Isosorbidmononitrat	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kalium	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kaliumcanrenoat	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kavain	1	0,2	5	0,8	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Ketotifen	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kreuzdorn	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Lactulose	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Liponsäure	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Losartan	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Magnesium	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Maprotilin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mariendistel	1	0,2	2	0,3	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Mefenorex	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Meloxicam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Metamizol	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Methyldopa	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Mianserin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Moclobemid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Molsidomin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Momordica Charant.	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Morphin	1	0,2	1	0,2	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Naloxon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Natriumpicosulfat	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Nefazodon	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Nefopam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Nifedipin	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Nitrazepam	2	0,4	5	0,8	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	5	1,1	0	0,0	0	0,0	0,0
Norpseudoephedrin	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Olsosorbiddinitrat	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Omeprazol	2	0,4	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Oxymetazolin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pemolin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pentobarbital	0	0,0	6	0,9	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Perazin	1	0,2	2	0,3	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Pethidin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Phenazon	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pholedrin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pimozid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Piritramid	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Piroxicam	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Prednison	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Ramipril	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Retinol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Spirolacton	2	0,4	2	0,3	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Sulfamethoxazol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sumatriptan	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Temazepam	3	0,6	4	0,6	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0,0
Thiaminnitrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Trandolapril	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Warfarin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Xylometazolin	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Zopiclon	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Enalapril	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	-0,1
Fluphenazin	2	0,4	1	0,2	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Naltrexon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	-0,1

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-2001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Olanzapin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Paroxetin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Phenprocoumon	2	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3	-0,1
Amitriptylin	8	1,6	2	0,3	4	0,9	4	1,3	4	1,0	-0,3
Alginsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Amlodipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Atorvastatin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Bumetanid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Diphenhydramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Doxylamin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Eisenchlorid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Fluspirilen	3	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Johanniskraut	4	0,8	2	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Kürbis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Lacidipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Levothyroxin natrium	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Lithiumacetat	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Lopinavir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Lormetazepam	4	0,8	2	0,3	3	0,7	1	0,3	0	0,0	-0,3
L-Ornithin-L-Aspartat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Metoclopramid	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Pankreatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Phenytoin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Procain	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Propranolol	3	0,6	3	0,5	2	0,4	1	0,3	0	0,0	-0,3
Quinapril	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Rofecoxib	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Talinolol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Thiamin	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Thioridazin	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	-0,3
Xipamid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,3
Flunitrazepam	54	10,5	104	16,1	62	13,7	38	12,1	47	11,8	-0,4
Bisoprolol	1	0,2	3	0,5	0	0,0	2	0,6	1	0,3	-0,4
Clomipramin	0	0,0	4	0,6	3	0,7	2	0,6	1	0,3	-0,4

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2000-20001
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clomethiazol	6	1,2	13	2,0	12	2,7	6	1,9	6	1,5	-0,4
Baldrian	4	0,8	5	0,8	2	0,4	4	1,3	3	0,8	-0,5
Salmeterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	-0,6
Theophyllin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,6	0	0,0	-0,6
Torasemid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	-0,6
Dikalium clorazepat	4	0,8	2	0,3	0	0,0	3	1,0	1	0,3	-0,7
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	1,0	1	0,3	-0,7
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	1	0,3	-0,7
Tramadol	15	2,9	15	2,3	13	2,9	12	3,8	12	3,0	-0,8
Fluoxetin	1	0,2	2	0,3	1	0,2	5	1,6	3	0,8	-0,8
Ibuprofen	4	0,8	3	0,5	2	0,4	5	1,6	3	0,8	-0,8
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0	-1,0
Zolpidem	14	2,7	3	0,5	5	1,1	5	1,6	2	0,5	-1,1
Trimipramin	8	1,6	4	0,6	6	1,3	8	2,5	5	1,3	-1,3
Acetylsalicylsäure	23	4,5	15	2,3	7	1,6	14	4,5	12	3,0	-1,5
Diclofenac	2	0,4	3	0,5	5	1,1	7	2,2	3	0,8	-1,5
Bromazepam	27	5,3	27	4,2	16	3,5	12	3,8	8	2,0	-1,8
Diazepam	80	15,6	165	25,6	108	23,9	74	23,6	81	20,3	-3,3
Methadon	9	1,8	24	3,7	10	2,2	22	7,0	2	0,5	-6,5
Gesamt	517	100,0	644	100,0	451	100,0	314	100,0	400	100,0	0,0

Anhang B1: Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Alkohol'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Entwöhnungsmittel	11	5,7	16	6,4	9	8,0	5	5,0	20	15,5	10,5
Tranquilizer	45	23,2	67	26,9	30	26,8	13	13,0	27	20,9	7,9
Parkinsonmittel	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2,3
Antidepressiva	19	9,8	33	13,3	12	10,7	16	16,0	23	17,8	1,8
Neuroleptika	15	7,7	14	5,6	11	9,8	6	6,0	10	7,8	1,8
Antiepileptika	15	7,7	13	5,2	5	4,5	5	5,0	8	6,2	1,2
Psychoanaleptika	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	1	0,8	0,8
Neuropathiepräparate	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Gichtmittel	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Antitussiva	2	1,0	1	0,4	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Antikoagulantia	2	1,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Antiemetika	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Antidiabetika	3	1,5	3	1,2	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Magen-Darm-Mittel	3	1,5	3	1,2	2	1,8	3	3,0	4	3,1	0,1
Wundbehandlungsmittel	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Substitutionsmittel	1	0,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Muskelrelaxantia	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Mineralstoffpräparate	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Koronarmittel	1	0,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kardika	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Gynologika	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Dermika	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Appetitzügler	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Antibiotika und Antiinfektiva	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Abmagerungsmittel	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
Laxantia	3	1,5	0	0,0	3	2,7	1	1,0	1	0,8	-0,2
Vitaminpräparate	3	1,5	5	2,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Urologika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0

Anhang

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Schilddrüsentherapeutika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Phasenprophylaktika	0	0,0	3	1,2	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Lebertherapeutika	1	0,5	2	0,8	3	2,7	1	1,0	0	0,0	-1,0
Antiinfektiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Antianämika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Diuretika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	3	3,0	0	0,0	-3,0
Broncholytika	0	0,0	3	1,2	1	0,9	4	4,0	1	0,8	-3,2
Analgetika	32	16,5	29	11,6	9	8,0	16	16,0	16	12,4	-3,6
Antihypertonika	11	5,7	17	6,8	10	8,9	9	9,0	4	3,1	-5,9
Hypnotika	18	9,3	24	9,6	6	5,4	11	11,0	4	3,1	-7,9
Gesamt	194	100,0	249	100,0	112	100,0	100	100,0	129	100,0	0,0

Anhang B2: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Alkohol'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chem. def. Entwöhnungsmittel	12	6,2	16	6,4	9	8,0	5	5,0	20	15,5	10,5
Benzodiazepine	51	26,3	78	31,3	31	27,7	14	14,0	28	21,7	7,7
Chem. def. Parkinsonmittel	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2,3
Trizyklische Antidepressiva	16	8,2	29	11,6	9	8,0	11	11,0	17	13,2	2,2
Phenothiazin-Derivate	11	5,7	9	3,6	6	5,4	1	1,0	4	3,1	2,1
Carboxamid-Derivate	13	6,7	13	5,2	5	4,5	3	3,0	6	4,7	1,7
Chem. def. Gastritis-/Ulkusmittel	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Opioide	13	6,7	10	4,0	3	2,7	4	4,0	7	5,4	1,4
Butyrophenon-Derivate	2	1,0	1	0,4	3	2,7	2	2,0	4	3,1	1,1
Biguanid-Derivate	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Chem. def. Antazida	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Chem. def. Gichtmittel	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Chem. def. Psychoanaleptika	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	1	0,8	0,8
Cumarin-Derivate	2	1,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Einzelstoffe/Neuropathiepräpa	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
H1-Antihistaminika	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Trizyklische Neuroleptika	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Barbiturate	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Abmagerungsmittel	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Antidiabetika	2	1,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Herzglukoside	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Koronarmittel	1	0,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Magen-Darm-Mittel	2	1,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Wundbehandlungsmit.	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Corticoide	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Analgetika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Antidepressiva	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Antihypertonika	1	0,5	2	0,8	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Einzelstoffe/Laxantia	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Mineralstoffe	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Myotonolytika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Östrogene	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Antidepressiva	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Antirheumatika	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Lebertherapeutika	1	0,5	2	0,8	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Tranquilizer	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sulfonamide	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sympathomimetika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Anthranilsäure-Derivate	5	2,6	5	2,0	1	0,9	4	4,0	5	3,9	-0,1
Calciumkanal-Blocker	2	1,0	3	1,2	0	0,0	1	1,0	1	0,8	-0,2
Chem. def. Laxantia	3	1,5	0	0,0	2	1,8	1	1,0	1	0,8	-0,2
Chem. def. Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
SSRI	1	0,5	3	1,2	2	1,8	5	5,0	6	4,7	-0,3
Chem. def. Antiepileptika	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	1,6	-0,4
Chem. def. Diuretika	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0	-1,0
Chem. def. Lebertherapeutika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Chem. def. Phasenprophylaktik	0	0,0	3	1,2	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Chem. def. Schilddrüsentherap	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
COX-2-Hemmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Einzelstoffe/Magen-Darm-Mittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Elektrolyte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
HIV-Proteasehemmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Pflanzliche Prostatamittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Vitamine	3	1,5	5	2,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
ACE-Hemmer	2	1,0	2	0,8	1	0,9	2	2,0	1	0,8	-1,2
Chem. def. Analgetika	2	1,0	7	2,8	2	1,8	2	2,0	1	0,8	-1,2
H2-Rezeptor-Blocker	1	0,5	0	0,0	1	0,9	2	2,0	1	0,8	-1,2
Salicylsäure-Derivate	15	7,7	10	4,0	3	2,7	5	5,0	4	3,1	-1,9
Chem. def. Antihypertonika	0	0,0	2	0,8	2	1,8	2	2,0	0	0,0	-2,0
Schleifendiuretika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0
Chem. def. Neuroleptika	2	1,0	3	1,2	2	1,8	3	3,0	1	0,8	-2,2

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Betarezeptoren-Blocker	6	3,1	8	3,2	4	3,6	4	4,0	2	1,6	-2,4
Pflanzliche Hypnotika	4	2,1	3	1,2	1	0,9	4	4,0	2	1,6	-2,4
Chem. def. Broncholytika	0	0,0	3	1,2	1	0,9	4	4,0	1	0,8	-3,2
Chem. def. Hypnotika	7	3,6	7	2,8	4	3,6	6	6,0	1	0,8	-5,2
Gesamt	194	100,0	249	100,0	112	100,0	100	100,0	129	100,0	0,0

Anhang B3: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe 'Alkohol'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Disulfiram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	10,1	10,1
Diazepam	19	9,8	37	14,9	22	19,6	5	5,0	18	14,0	9,0
Promethazin	6	3,1	7	2,8	4	3,6	0	0,0	4	3,1	3,1
Lorazepam	4	2,1	3	1,2	1	0,9	0	0,0	3	2,3	2,3
Citalopram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	2,3
Doxepin	8	4,1	15	6,0	8	7,1	5	5,0	9	7,0	2,0
Carbamazepin	13	6,7	13	5,2	5	4,5	3	3,0	6	4,7	1,7
Tiaprid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Oxazepam	7	3,6	4	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Opipramol	2	1,0	3	1,2	1	0,9	0	0,0	2	1,6	1,6
Medazepam	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Chlordiazepoxid	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Codein	5	2,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	2	1,6	1,6
Acamprosac	5	2,6	6	2,4	5	4,5	1	1,0	3	2,3	1,3
Melperon	1	0,5	1	0,4	1	0,9	2	2,0	4	3,1	1,1
Verapamil	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Salbutamol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Rabeprazol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Phenprocoumon	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Paroxetin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Pantoprazol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Naproxen	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Metoprolol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Metformin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Gabapentin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Fenofibrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Dimenhydrinat	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clozapin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Chlorprothixen	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Biperiden	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
alpha-Liponsäure	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Allopurinol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8	0,8
Algeldrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,8
Amitriptylin	3	1,5	1	0,4	0	0,0	1	1,0	2	1,6	0,6
Ibuprofen	2	1,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	3	2,3	0,3
Tramadol	4	2,1	4	1,6	1	0,9	3	3,0	4	3,1	0,1
Zopiclon	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Xylometazolin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Warfarin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Venlafaxin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Trazodon	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Trandolapril	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Thiaminnitrat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Tetrazepam	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Temazepam	1	0,5	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Sulfamethoxazol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Spironolacton	1	0,5	2	0,8	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0,0
Risperidon	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Ramipril	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Propanolol	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Promazin	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0,0
Pipamperon	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0,0
Pimozid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pholedrin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Phenobarbital	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Perazin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Omeprazol	2	1,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Nitrazepam	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Nifedipin	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Natriumpicosulfat	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Molsidomin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mirtazapin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mianserin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Metamizol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Meloxicam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mefenorex	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mariendistel	1	0,5	2	0,8	3	2,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Magnesium	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Losartan	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Lormetazepam	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Liponsäure	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Methadon	1	0,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Levomepromazin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Laktulose	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Lactulose	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Ketotifen	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kavain	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kaliumcanrenoat	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kalium	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Johanniskraut	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Isosorbidmononitrat	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Irbesartan	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Ipratropiumbromid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Imipramin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Hydroxyzin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Glyceroltrinitrat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Glucosam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Glibenclamid	0	0,0	1	0,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Furosemid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Folsäure	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Flurazepam	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Flupirtin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Fenetyllin	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Famotidin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Estradiol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Digitoxin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cyanocobalamin	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clopenthixol	0	0,0	1	0,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Clonazepam	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clioquinol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chlortheophyllin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chlorpromazin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Carvedilol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Captopril	1	0,5	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Calciumpantothemat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Brotizolam	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Brennessel	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Benfotiamin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Beclometason	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Atenolol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Amfetaminil	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Acarbose	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,8	-0,2
Tilidin	3	1,5	2	0,8	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
Sertralin	0	0,0	1	0,4	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
Flunitrazepam	3	1,5	11	4,4	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
Enalapril	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,8	-0,2
Bisacodyl	1	0,5	0	0,0	1	0,9	1	1,0	1	0,8	-0,2
Trimipramin	3	1,5	2	0,8	0	0,0	3	3,0	3	2,3	-0,7
Clomethiazol	6	3,1	10	4,0	4	3,6	4	4,0	4	3,1	-0,9
Atorvastatin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0	-1,0
Xipamid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0	-1,0
Thioridazin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Thiamin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Talinolol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Rofecoxib	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Quinapril	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Propranolol	3	1,5	1	0,4	2	1,8	1	1,0	0	0,0	-1,0
Phenytoin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Pankreatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Ornithinasparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Olanzapin	1	0,5	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0	-1,0
Lopinavir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Lithiumacetat	0	0,0	3	1,2	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Levothyroxinnatrium	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Lacidipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Kürbis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Fluspirilen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Fluphenazin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Eisenchlorid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Doxylamin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0	-1,0
Diphenhydramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Dikaliumclorazepat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Amlodipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	-1,0
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	2	2,0	1	0,8	-1,2
Paracetamol	2	1,0	4	1,6	2	1,8	2	2,0	1	0,8	-1,2
Diclofenac	2	1,0	3	1,2	1	0,9	2	2,0	1	0,8	-1,2
Clomipramin	0	0,0	4	1,6	0	0,0	2	2,0	1	0,8	-1,2
Bisoprolol	1	0,5	3	1,2	0	0,0	2	2,0	1	0,8	-1,2
Acetylsalicylsäure	15	7,7	10	4,0	3	2,7	5	5,0	4	3,1	-1,9
Torasemid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0
Theophyllin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0
Salmeterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0
Alprazolam	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0	-2,0
Baldrian	4	2,1	3	1,2	1	0,9	4	4,0	2	1,6	-2,4
Zolpidem	6	3,1	2	0,8	2	1,8	4	4,0	1	0,8	-3,2

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fluoxetin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	4,0	1	0,8	-3,2
Bromazepam	11	5,7	16	6,4	6	5,4	5	5,0	0	0,0	-5,0
gesamt	194	100,0	249	100,0	112	100,0	100	100,0	129	100,0	0,0

Anhang C1: Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Opioide'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hypnotika	45	30,8	78	31,5	37	34,6	25	20,3	30	31,9	11,6
Psychoanaleptika	1	0,7	6	2,4	3	2,8	0	0,0	2	2,1	2,1
Antitussiva	24	16,4	11	4,4	5	4,7	1	0,8	2	2,1	1,3
Broncholytika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Immunstimulantien	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Neuroleptika	4	2,7	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	1,1	1,1
Antidepressiva	8	5,5	2	0,8	3	2,8	7	5,7	6	6,4	0,7
Antiepileptika	1	0,7	1	0,4	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Antihypertonika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Entwöhnungsmittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Missing	3	2,1	17	6,9	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Analgetika	10	6,8	10	4,0	7	6,5	10	8,1	7	7,4	-0,7
Diuretika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Lokalanästhetika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Magen-Darm-Mittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Tranquilizer	41	28,1	102	41,1	44	41,1	53	43,1	34	36,2	-6,9
Substitutionsmittel	8	5,5	19	7,7	5	4,7	21	17,1	6	6,4	-10,7
Gesamt	146	100,0	248	100,0	107	100,0	123	100,0	94	100,0	0,0

Anhang C2: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Opiode'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Benzodiazepine	84	57,5	180	72,6	81	75,7	77	62,6	64	68,1	5,5
Chem. def. Psychoanaleptika	1	0,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	2	2,1	2,1
Barbiturate	0	0,0	6	2,4	2	1,9	0	0,0	1	1,1	1,1
Betarezeptoren-Blocker	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Chem. def. Broncholytika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Chem. def. Lipidsenker	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Einzelstoffe/Antidepressiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Phenothiazin-Derivate	2	1,4	1	0,4	1	0,9	0	0,0	1	1,1	1,1
SSRI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Zytokine	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Chem. def. Entwöhnungsmittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Butyrophenon-Derivate	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Neuroleptika	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Narkoanalgetika	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Tranquilizer	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Trizyklische Neuroleptika	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Anthranilsäure-Derivate	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Analgetika	0	0,0	2	0,8	1	0,9	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Antiepileptika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Antihypertonika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Hypnotika	3	2,1	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Lokalanästhetika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Chem. def. Magen-Darm-Mitte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Schleifendiuretika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Salicylsäure-Derivate	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4	1	1,1	-1,4
Trizyklische Antidepressiva	8	5,5	2	0,8	3	2,8	7	5,7	4	4,3	-1,4
Opiode	43	29,5	55	22,2	18	16,8	27	22,0	14	14,9	-7,1
Gesamt	146	100,0	68	100,0	26	100,0	46	100,0	30	100,0	0,0

Anhang C3: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe 'Opioide'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Flunitrazepam	40	27,4	78	31,5	37	34,6	24	19,5	29	30,9	11,3
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,3	4,3
Bromazepam	5	3,4	3	1,2	6	5,6	0	0,0	2	2,1	2,1
Oxazepam	1	0,7	2	0,8	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2,1
Codein	27	18,5	28	11,3	7	6,5	1	0,8	2	2,1	1,3
Tramadol	5	3,4	7	2,8	4	3,7	5	4,1	5	5,3	1,3
Alprazolam	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Amfetaminil	1	0,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,1	1,1
Brallobarbital	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Clonazepam	1	0,7	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Fluoxetin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Interferon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Levomepromazin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Metoprolol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Nortriptylin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Pravastatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Tilidin	3	2,1	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,1	1,1
Trazodon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,1
Dikaliumclorazep	2	1,4	1	0,4	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Naltrexon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,1	0,3
Chlorprothixen	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clozapin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Codeinphosphat	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Dihydrocodein	6	4,1	11	4,4	5	4,7	0	0,0	0	0,0	0,0
Fentanyl	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Fluphenazin	1	0,7	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Flurazepam	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kavain	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Melperon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Mirtazapin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Morphin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Phenobarbital	0	0,0	5	2,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Piritramid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Promethazin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Zopiclon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Bumetanid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Ibuprofen	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Lorazepam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Metoclopramid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Paracetamol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	1	0,8	0	0,0	-0,8
Procain	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Zolpidem	2	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	-0,8
Doxepin	6	4,1	2	0,8	3	2,8	5	4,1	3	3,2	-0,9
Acetylsalicylsäu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4	1	1,1	-1,4
Trimipramin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	-1,6
Diazepam	33	22,6	94	37,9	38	35,5	51	41,5	28	29,8	-11,7
Methadon	8	5,5	19	7,7	5	4,7	21	17,1	2	2,1	-14,9
Gesamt	146	100,0	248	100	107	100,0	123	100,0	94	100,0	0,0

Anhang D1: Häufigkeiten einzelner Arzneimittelgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Sedativa'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Arzneimittelgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002 – 2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Antidepressiva	6	6,9	5	9,1	4	10,5	4	13,8	8	23,5	9,74
Analgetika	11	12,6	5	9,1	0	0,0	1	3,4	4	11,8	8,32
Neuroleptika	5	5,7	0	0,0	1	2,6	0	0,0	2	5,9	5,88
Tranquilizer	34	39,1	33	60,0	19	50,0	12	41,4	15	44,1	2,74
Spasmolytika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Schilddrüsentherapeutika	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,00
Nootropika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Muskelrelaxantia	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Migränemittel	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Laxantia	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Koronarmittel	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Kardika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Immunstimulantia	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Dermika	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Antitussiva	2	2,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Antiepileptika	1	1,1	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0,00
Antiemetika	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Antidiabetika	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,00
Entwöhnungsmittel	0	0,0	2	3,6	5	13,2	2	6,9	2	5,9	-1,01
Psychoanaleptika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,45
Magen-Darm-Mittel	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,45
Antikoagulantia	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,45
Antihypertonika	2	2,3	1	1,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,45
Hypnotika	12	13,8	5	9,1	6	15,8	6	20,7	3	8,8	-11,87
Gesamt	87	100,0	55	100,0	38	100,0	29	100,0	34	100,0	0,00

Anhang D2: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffgruppen in der Hauptdiagnosegruppe 'Sedativa'

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Trizyklische Antidepressiva	6	6,9	5	9,1	3	7,9	3	10,3	7	20,6	10,2
Opiode	9	10,3	2	3,6	0	0,0	0	0,0	3	8,8	8,8
Anthranilsäure-Derivate	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Butyrophenon-Derivate	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Pflanzliche Hypnotika	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
SSRI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Trizyklische Neuroleptika	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	2,9	2,9
Calciumkanal-Blocker	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Carboxamid-Derivate	0	0,0	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Analgetika	2	2,3	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Antidiabetika	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Herzglukoside	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Hypnotika	6	6,9	3	5,5	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Koronarmittel	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Migränemittel	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Neuroleptika	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Nootropika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Schilddrüsenthera	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Chem. def. Spasmolytika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Corticoide	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Einzelstoffe/Antihypertonika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
H1-Antihistaminika	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Immunsuppressiva	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
MAO-Hemmer	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Myotonolytika	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Laxantia	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pflanzliche Tranquilizer	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Phenothiazin-Derivate	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Wirkstoffgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chem. def. Entwöhnungsmittel	0	0,0	2	3,6	5	13,2	2	6,9	2	5,9	-1,0
Chem. def. Antihypertonika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Chem. def. Psychoanaleptika	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Cumarin-Derivate	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
H2-Rezeptor-Blocker	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Pflanzliche Antidepressiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Salicylsäure-Derivate	2	2,3	1	1,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Benzodiazepine	41	47,1	32	58,2	24	63,2	18	62,1	17	50,0	-12,1
Gesamt	87	100,0	55	100,0	38	100,0	29	100,0	34	100,0	0,0

**Anhang D3: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe
'Sedativa'**

(Rangfolge nach relativer Veränderung zwischen 2001 und 2002)

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diazepam	17	19,5	18	32,7	14	36,8	3	10,3	7	20,6	10,2
Tilidin	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	5,9
Doxepin	2	2,3	3	5,5	3	7,9	1	3,4	3	8,8	5,4
Bromazepam	5	5,7	5	9,1	1	2,6	2	6,9	4	11,8	4,9
Baldrian	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Codein	2	2,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Diclofenac	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Fluoxetin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Mirtazapin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Opipramol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Pipamperon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Prothipendyl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2,9
Alprazolam	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	2	5,9	2,4
Acamprosac	0	0,0	0	0,0	5	13,2	0	0,0	0	0,0	0,0
Azathioprin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Butylscopolaminium	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Carbamazepin	0	0,0	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0,0
Chloralhydrat	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Chlorprothixen	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Clemastin	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Clonazepam	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cortison	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Cyclandelat	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Digitoxin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Dikaliumclorazepat	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Flurazepam	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Fluspirilen	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Hydroxyzin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Indometacin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kaliumcanoat	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kavain	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Kreuzdorn	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Levothyroxin natri	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Lormetazepam	3	3,4	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Melperon	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Metamizol	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Moclobemid	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Morphin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Nitrazepam	1	1,1	4	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0,0
Olsosorbiddinitrat	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Paracetamol	0	0,0	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Pemolin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Prednison	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Promethazin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Spironolacton	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Sumatriptan	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Temazepam	2	2,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Tetrazepam	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Thioridazin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Tramadol	3	3,4	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Trimipramin	1	1,1	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Verapamil	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Zolpidem	3	3,4	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Zopiclon	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
Amitriptylin	3	3,4	0	0,0	0	0,0	2	6,9	2	5,9	-1,0
Clomethiazol	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	6,9	2	5,9	-1,0
Acetylsalicylsäure	2	2,3	1	1,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Johanniskraut	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Phenprocoumon	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002		Rel. Diff. 2002-2001 %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	-3,4
Oxazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	2	6,9	0	0,0	-6,9
Lorazepam	5	5,7	3	5,5	0	0,0	4	13,8	2	5,9	-7,9
Flunitrazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	6	20,7	2	5,9	-14,8
gesamt	87	100,0	55	100,0	38	100,0	29	100,0	34	100,0	0,0

Anhang E1: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der GesamtstichprobeRangfolge nach **absoluter Häufigkeit** im Berichtsjahr 2002

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diazepam	80	15,6	165	25,6	108	23,9	74	23,6	81	20,3
Flunitrazepam	54	10,5	104	16,1	62	13,7	38	12,1	47	11,8
Disulfiram*	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	27	6,8
Doxepin	22	4,3	22	3,4	31	6,9	16	5,1	25	6,3
Tramadol	15	2,9	15	2,3	13	2,9	12	3,8	12	3,0
Acetylsalicylsäure	23	4,5	15	2,3	7	1,6	14	4,5	12	3,0
Lorazepam	12	2,3	12	1,9	3	0,7	5	1,6	9	2,3
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,0
Bromazepam	27	5,3	27	4,2	16	3,5	12	3,8	8	2,0
Codein	32	6,2	36	5,6	9	2,0	1	0,3	7	1,8
Oxazepam	15	2,9	10	1,6	6	1,3	2	0,6	7	1,8
Carbamazepin	13	2,5	15	2,3	10	2,2	3	1,0	7	1,8
Promethazin	8	1,6	7	1,1	9	2,0	0	0,0	6	1,5
Clomethiazol	6	1,2	13	2,0	12	2,7	6	1,9	6	1,5
Tilidin/Naloxon	12	2,3	5	0,8	6	1,3	2	0,6	5	1,3
Paracetamol	5	1,0	13	2,0	6	1,3	3	1,0	5	1,3
Trimipramin	8	1,6	4	0,6	6	1,3	8	2,5	5	1,3
Acamprosac	5	1,0	6	0,9	11	2,4	1	0,3	4	1,0
Melperon	3	0,6	1	0,2	1	0,2	2	0,6	4	1,0
Alprazolam	2	0,4	2	0,3	0	0,0	3	1,0	4	1,0
Amitriptylin	8	1,6	2	0,3	4	0,9	4	1,3	4	1,0
Citalopram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Clonazepam	3	0,6	2	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Metoprolol	0	0,0	3	0,5	3	0,7	0	0,0	3	0,8
Mirtazapin	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Opipramol	4	0,8	3	0,5	1	0,2	0	0,0	3	0,8
Pipamperon	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	3	0,8
Baldrian	4	0,8	5	0,8	2	0,4	4	1,3	3	0,8
Fluoxetin	1	0,2	2	0,3	1	0,2	5	1,6	3	0,8
Ibuprofen	4	0,8	3	0,5	2	0,4	5	1,6	3	0,8
Diclofenac	2	0,4	3	0,5	5	1,1	7	2,2	3	0,8
Amfetaminil	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	2	0,5
Biperiden	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Brallobarbital	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Chlordiazepoxid	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,5
Haloperidol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Medazepam	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,5
Naproxen	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Tiaprid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Bisacodyl	2	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5
Dimenhydrinat	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	2	0,5
Sertralin	0	0,0	2	0,3	2	0,4	1	0,3	2	0,5
Zolpidem	14	2,7	3	0,5	5	1,1	5	1,6	2	0,5
Methadon	9	1,8	24	3,7	10	2,2	22	7,0	2	0,5
Algeldrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Allopurinol	0	0,0	2	0,3	1	0,2	0	0,0	1	0,3
alpha-Liponsäure	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Amisulprid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Betamethason	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Chlorprothixen	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Clozapin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Coffein	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Drofenin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Ephedrin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fenetyllin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Fenofibrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Flupirtin	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Gabapentin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Humaninsulin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Imipramin	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Interferon	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Levomepromazin	2	0,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Metformin	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Nortriptylin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Orlistat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Oxilofrin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Pantoprazol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Pentoxifyllin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Phenobarbital	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Pravastatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Promazin	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Prothipendyl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Rabeprazol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Risperidon	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Salbutamol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Sibutramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Sulpirid	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Tetrazepam	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Trazodon	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Venlafaxin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3
Verapamil	2	0,4	2	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Enalapril	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Fluphenazin	2	0,4	1	0,2	1	0,2	1	0,3	1	0,3

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Naltrexon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3
Olanzapin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3
Paroxetin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3
Phenprocoumon	2	0,4	0	0,0	1	0,2	1	0,3	1	0,3
Bisoprolol	1	0,2	3	0,5	0	0,0	2	0,6	1	0,3
Clomipramin	0	0,0	4	0,6	3	0,7	2	0,6	1	0,3
Dikalium clorazepat	4	0,8	2	0,3	0	0,0	3	1,0	1	0,3
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	1,0	1	0,3
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	1	0,3
Acarbose	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amfepramon	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Atenolol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Azathioprin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Beclometason	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benfotiamin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brennessel	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brotizolam	2	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Butylscopolaminiumbromid	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calciumpantothenat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Captopril	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Carvedilol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cetirizin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chloralhydrat	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chlorpromazin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chlorthephyllin	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clemastin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clioquinol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clobazam	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Clopenthixol	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Cortison	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cyanocobalamin	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cyclandelat	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Digitoxin	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estradiol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etilefrin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Famotidin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fentanyl	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Flupentixol	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Flurazepam	4	0,8	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Fluticason	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Folsäure	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Furosemid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Glibenclamid	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Glucosam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glyceroltrinitrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hydroxyzin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Indometacin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ipratropiumbromid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Irbesartan	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Isosorbidmononitrat	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kalium	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kaliumcanrenoat	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kavain	1	0,2	5	0,8	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Ketotifen	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kreuzdorn	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lactulose	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Liponsäure	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Losartan	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Magnesium	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maprotilin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mariendistel	1	0,2	2	0,3	3	0,7	0	0,0	0	0,0
Mefenorex	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Meloxicam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metamizol	1	0,2	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Methyldopa	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Mianserin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Moclobemid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Molsidomin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Momordica Charantia	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Morphin	1	0,2	1	0,2	3	0,7	0	0,0	0	0,0
Naloxon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Natriumpicosulfat	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Nefazodon	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0
Nefopam	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nifedipin	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nitrazepam	2	0,4	5	0,8	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	5	1,1	0	0,0	0	0,0
Norpseudoephedrin	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Olsosorbiddinitrat	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Omeprazol	2	0,4	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Oxymetazolin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pemolin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pentobarbital	0	0,0	6	0,9	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Perazin	1	0,2	2	0,3	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Pethidin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Phenazon	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pholedrin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pimozid	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piritramid	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Piroxicam	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prednison	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ramipril	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Retinol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Spirolacton	2	0,4	2	0,3	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Sulfamethoxazol	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sumatriptan	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temazepam	3	0,6	4	0,6	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Thiaminnitrat	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trandolapril	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Warfarin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Xylometazolin	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Zopiclon	1	0,2	2	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Alginsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Amlodipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Atorvastatin	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Bumetanid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Diphenhydramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Doxylamin	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Eisenchlorid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Fluspirilen	3	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Johanniskraut	4	0,8	2	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Kürbis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Lacidipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Levothyroxin natrium	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Lithiumacetat	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Lopinavir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Lormetazepam	4	0,8	2	0,3	3	0,7	1	0,3	0	0,0
L-Ornithin-L-Aspartat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Metoclopramid	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Pankreatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phenytoin	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Procain	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Propanolol	3	0,6	3	0,5	2	0,4	1	0,3	0	0,0
Quinapril	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Rofecoxib	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Talinolol	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Thiamin	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Thioridazin	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Xipamid	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0
Salmeterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0
Theophyllin	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,6	0	0,0
Torasemid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	0	0,0
Gesamt	517	100,0	644	100,0	451	100,0	314	100,0	400	100,0

* Es liegen Hinweise vor, dass die Kriterien eines missbräuchlichen Konsums für Disulfiram nicht erfüllt wurden (vgl. Kap. 6.1).

Anhang E2: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe AlkoholRangfolge nach **absoluter Häufigkeit** im Berichtsjahr 2002

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diazepam	19	9,8	37	14,9	22	19,6	5	5,0	18	14,0
Disulfiram*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	10,1
Doxepin	8	4,1	15	6,0	8	7,1	5	5,0	9	7,0
Carbamazepin	13	6,7	13	5,2	5	4,5	3	3,0	6	4,7
Promethazin	6	3,1	7	2,8	4	3,6	0	0,0	4	3,1
Melperon	1	0,5	1	0,4	1	0,9	2	2,0	4	3,1
Tramadol	4	2,1	4	1,6	1	0,9	3	3,0	4	3,1
Clomethiazol	6	3,1	10	4,0	4	3,6	4	4,0	4	3,1
Acetylsalicylsäure	15	7,7	10	4,0	3	2,7	5	5,0	4	3,1
Lorazepam	4	2,1	3	1,2	1	0,9	0	0,0	3	2,3
Citalopram	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3
Acamprosac	5	2,6	6	2,4	5	4,5	1	1,0	3	2,3
Ibuprofen	2	1,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	3	2,3
Trimipramin	3	1,5	2	0,8	0	0,0	3	3,0	3	2,3
Tiaprid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Oxazepam	7	3,6	4	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Opipramol	2	1,0	3	1,2	1	0,9	0	0,0	2	1,6
Medazepam	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Chlordiazepoxid	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Codein	4	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Amitriptylin	3	1,5	1	0,4	0	0,0	1	1,0	2	1,6
Baldrian	4	2,1	3	1,2	1	0,9	4	4,0	2	1,6
Verapamil	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Salbutamol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Rabeprazol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Phenprocoumon	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,8
Paroxetin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Pantoprazol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Naproxen	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metoprolol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Metformin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Gabapentin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Fenofibrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Dimenhydrinat	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Clozapin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Chlorprothixen	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Biperiden	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8
alpha-Liponsäure	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Allopurinol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	1	0,8
Algeldrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,8
Tilidin	3	1,5	2	0,8	1	0,9	1	1,0	1	0,8
Sertralin	0	0,0	1	0,4	1	0,9	1	1,0	1	0,8
Flunitrazepam	3	1,5	11	4,4	1	0,9	1	1,0	1	0,8
Enalapril	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,8
Bisacodyl	1	0,5	0	0,0	1	0,9	1	1,0	1	0,8
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	2	2,0	1	0,8
Paracetamol	2	1,0	4	1,6	2	1,8	2	2,0	1	0,8
Diclofenac	2	1,0	3	1,2	1	0,9	2	2,0	1	0,8
Clomipramin	0	0,0	4	1,6	0	0,0	2	2,0	1	0,8
Bisoprolol	1	0,5	3	1,2	0	0,0	2	2,0	1	0,8
Zolpidem	6	3,1	2	0,8	2	1,8	4	4,0	1	0,8
Fluoxetin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	4,0	1	0,8
Zopiclon	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Xylometazolin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Warfarin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Venlafaxin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Trazodon	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Trandolapril	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Thiaminnitrat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tetrazepam	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Temazepam	1	0,5	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sulfamethoxazol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Spironolacton	1	0,5	2	0,8	2	1,8	0	0,0	0	0,0
Risperidon	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ramipril	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Propranolol	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Promazin	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0
Pipamperon	1	0,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0
Pimozid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pholedrin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Phenobarbital	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Perazin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Omeprazol	2	1,0	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Nitrazepam	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nifedipin	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Natriumpicosulfat	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Molsidomin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mirtazapin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mianserin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metamizol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Meloxicam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mefenorex	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mariendistel	1	0,5	2	0,8	3	2,7	0	0,0	0	0,0
Magnesium	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Losartan	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lormetazepam	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Liponsäure	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Methadon	1	0,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Levomepromazin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Laktulose	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Lactulose	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ketotifen	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kavain	1	0,5	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kaliumcanrenoat	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kalium	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Johanniskraut	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Isosorbidmononitrat	1	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Irbesartan	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Ipratropiumbromid	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Imipramin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hydroxyzin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Glyceroltrinitrat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glucosam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Glibenclamid	0	0,0	1	0,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Furosemid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Folsäure	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Flurazepam	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Flupirtin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Fenetyllin	1	0,5	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Famotidin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estradiol	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dihydrocodein	1	0,5	1	0,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Digitoxin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cyanocobalamin	2	1,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clopenthixol	0	0,0	1	0,4	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Clonazepam	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clioquinol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chlortheophyllin	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chlorpromazin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Carvedilol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Captopril	1	0,5	2	0,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Calciumpantothenat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brotizolam	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brennnessel	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benfotiamin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Beclometason	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atenolol	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amfetaminil	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Acarbose	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atorvastatin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0
Xipamid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0
Thioridazin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Thiamin	1	0,5	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Talinolol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Rofecoxib	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Quinapril	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Propranolol	3	1,5	1	0,4	2	1,8	1	1,0	0	0,0
Phenytoin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Pankreatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Ornithinasparat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Olanzapin	1	0,5	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0
Lopinavir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Lithiumacetat	0	0,0	3	1,2	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Levothyroxinnatrium	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Lacidipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Kürbis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Fluspirilen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Fluphenazin	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Eisenchlorid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Doxylamin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	1,0	0	0,0
Diphenhydramin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Dikaliumclorazepat	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Amlodipin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Torasemid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Theophyllin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Salmeterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Alprazolam	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Bromazepam	11	5,7	16	6,4	6	5,4	5	5,0	0	0,0
Gesamt	194	100,0	249	100,0	112	100,0	100	100,0	129	100,0

* Es liegen Hinweise vor, dass die Kriterien eines missbräuchlichen Konsums für Disulfiram nicht erfüllt wurden (vgl. Kap. 6.1).

Anhang E3: Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe OpioideRangfolge nach **absoluter Häufigkeit** im Berichtsjahr 2002

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Flunitrazepam	40	27,4	78	31,5	37	34,6	24	19,5	29	30,9
Diazepam	33	22,6	94	37,9	38	35,5	51	41,5	28	29,8
Tramadol	5	3,4	7	2,8	4	3,7	5	4,1	5	5,3
Buprenorphin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,3
Doxepin	6	4,1	2	0,8	3	2,8	5	4,1	3	3,2
Bromazepam	5	3,4	3	1,2	6	5,6	0	0,0	2	2,1
Codein	27	18,5	28	11,3	7	6,5	1	0,8	2	2,1
Methadon	8	5,5	19	7,7	5	4,7	21	17,1	2	2,1
Oxazepam	1	0,7	2	0,8	0	0,0	0	0,0	2	2,1
Acetylsalicylsäu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4	1	1,1
Alprazolam	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Amfetaminil	1	0,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,1
Brallobarbital	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Clonazepam	1	0,7	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Dikaliumclorazep	2	1,4	1	0,4	0	0,0	1	0,8	1	1,1
Fenoterol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Fluoxetin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Interferon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Levomepromazin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Metoprolol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Naltrexon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	1,1
Nortriptylin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Pravastatin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Tilidin	3	2,1	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	1,1
Trazodon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Bumetanid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Chlorprothixen	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clozapin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fentanyl	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluphenazin	1	0,7	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Flurazepam	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ibuprofen	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Kavain	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lorazepam	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Melperon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metoclopramid	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Mirtazapin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Morphin	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paracetamol	0	0,0	2	0,8	1	0,9	1	0,8	0	0,0
Phenobarbital	0	0,0	5	2,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0
Piritramid	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Procain	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Promethazin	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Trimipramin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0
Valproinsäure	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Zolpidem	2	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Zopiclon	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	146	100,0	248	100	107	100,0	123	100,0	94	100,0

Anhang E4 Häufigkeiten einzelner Wirkstoffe in der Hauptdiagnosegruppe SedativaRangfolge nach **absoluter Häufigkeit** im Berichtsjahr 2002

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diazepam	17	19,5	18	32,7	14	36,8	3	10,3	7	20,6
Bromazepam	5	5,7	5	9,1	1	2,6	2	6,9	4	11,8
Doxepin	2	2,3	3	5,5	3	7,9	1	3,4	3	8,8
Tilidin	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
Alprazolam	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	2	5,9
Amitriptylin	3	3,4	0	0,0	0	0,0	2	6,9	2	5,9
Clomethiazol	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	6,9	2	5,9
Lorazepam	5	5,7	3	5,5	0	0,0	4	13,8	2	5,9
Flunitrazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	6	20,7	2	5,9
Baldrian	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Codein	2	2,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Diclofenac	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Fluoxetin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Mirtazapin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Opipramol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Pipamperon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Prothipendyl	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Acamprosac	0	0,0	0	0,0	5	13,2	0	0,0	0	0,0
Azathioprin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Butylscopolaminium	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Carbamazepin	0	0,0	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0
Chloralhydrat	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chlorprothixen	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Clemastin	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Clonazepam	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cortison	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cyclandelat	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Digitoxin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Anhang

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dikaliumclorazepat	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Flurazepam	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Fluspirilen	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hydroxyzin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Indometacin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kaliumcanrenoat	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kavain	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kreuzdorn	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Levothyroxin natri	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Lormetazepam	3	3,4	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0
Melperon	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metamizol	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Moclobemid	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Morphin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nitrazepam	1	1,1	4	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordazepam	0	0,0	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0
Olsosorbiddinitrat	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paracetamol	0	0,0	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pemolin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prednison	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Promethazin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Spironolacton	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sumatriptan	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temazepam	2	2,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tetrazepam	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thioridazin	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tramadol	3	3,4	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trimipramin	1	1,1	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verapamil	1	1,1	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zolpidem	3	3,4	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Zopiclon	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acetylsalicylsäure	2	2,3	1	1,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Clonidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0

Wirkstoff	1998		1999		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Johanniskraut	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Methylphenidat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Phenprocoumon	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Ranitidin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Oxazepam	3	3,4	1	1,8	1	2,6	2	6,9	0	0,0
Gesamt	87	100,0	55	100,0	38	100,0	29	100,0	34	100,0

Anhang F: Handelsnamen der im Berichtsjahr 2002 genannten Präparate

Acesal	Hydiphen	Sultanol
Adumbran	Ibuhexal	Tafil
Akineton	Ibuprofen	Talvosilen
AN 1	Insidon	Tavor
Antabus	Ipuprof 800	Tegretal
Antiadiposium X112	Katadolon	Thioctacid
Aponal	Lexotanil	Thomapyrin
Aspirin	Librium	Thombran
ASS-ratiopharm	Lipanthyl 250	Tiapridex
Baldriparan	Luminal	Timonil
Beloc-Zok	Lyorodin	Titretta
Berotec-Dosier-aerosol	Maaloxan	Tofranil
Betadermic	Mareen	Tramadolol
Betadorm A	Melabon	Tramal
Bikalm	Melneurin 25	Tranquase
Boxazin	Melperon 25 von ct	Tranxilium
Bromazanyl	Methadon Musaril	Trevilor retard
Campral	Nemexin	Trimipramin
Captagon	Neo-Codion	Valium
Carba 200 von ct	Neurocil	Valoron
Carnigen	Neurontin 300	Vesparax
Cipramil	Nortrilen	Vivimed
Citalopram Hexal	Orfiril	Voltaren
Clozapin	Pantozol 40	Vomex A
Codipront	Pariet 10 mg	Xanef
Coffeinum	Pravasin	Xenical
Concor	Praxiten	Zyprex
Dipiperon	Promethazin	
Distraneurin	Protacin	
Dolormin	Prothazin	
Dolviran	Radepur	
Dominal	Ranitic 300	
Dulcolax	Reductil	
Durazanyl	Remergil	
Eunerpan	Rewodina	
Falicard	Risperdal	
Falithrom	Ritalin	
Faustan	Rivotril	
Finlepsin	Rohypnol	
Fluctin	Rudotel	
Fluneurin	Sedariston	
Fluninoc	Seroxat	
Fluoxetin-TEVA	Siofor 850	
Gelonida	Solian 200	
Gityl	Spasmo-Cibalgin	
Gladem	Stangyl	
Haldol	Stilnox	
Herphonal	Subutex	