

Originalarbeiten

Grundlagen und Forschungsstrategien regionaler Bedarfs- und Allokationsforschung am Beispiel des ASAT-F1-Projektes*

Axel Perkonig^{1,2}, Hans-Ulrich Wittchen^{1,2}, Petra Zimmermann¹, Agnes Nocon^{1,2}, Angela Settele^{1,2}, Barbara Spiegel¹, Gerhard Bühringer³, Roselind Lieb¹¹Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, Kraepelinstrasse 10, D-80804 München²Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitz Str. 46, D-01187 Dresden³IFT, Institut für Therapieforchung, Parzivalstr. 25, D-80804 MünchenKorrespondenzautor: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen; E-Mail: wittchen@mpipsykl.mpg.de**Zusammenfassung**

Hintergrund und Fragestellung: Weiter steigende Raten des Konsums psychotroper Substanzen und klinisch bedeutsamer Substanzstörungen vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, veränderte Gebrauchs- und Problemkonstellationen der Konsumentengruppen und die Einführung neuer Therapien und Versorgungsmodelle (Prävention, Frühintervention, Therapie und Rehabilitation) erfordern insbesondere angesichts der begrenzten Finanz- und Versorgungsressourcen neue Bedarfs- und Allokationsmodelle. Diese sollen praxisnah und effizient zu entscheiden helfen wann, bei welchen Rahmenbedingungen, welche Interventionsart und -strategie die individuell erfolversprechendste ist. Diese Fragen werden in einem Forschungsprojekt des Suchtforschungsverbundes ASAT bearbeitet, das in einer umschriebenen Region mittels schrittweiser, epidemiologisch basierter Bedarfs- und Bedürfnisanalysen die Ableitung und Priorisierung von institutionellen und therapeutischen Zuordnungsstrategien untersucht.

Methodik: Basierend auf einem prospektiv-epidemiologischen Design wurden (1) bei einer repräsentativen regionalen Bevölkerungsstichprobe (EDSP-Studie) Inzidenzmuster, Spontanverlauf, Risikofaktoren und Konsequenzen des Substanzgebrauchs, -missbrauchs und der -abhängigkeit sowie Inanspruchnahmeverhalten, gedeckter und ungedeckter Bedarf beurteilt. (2) Ergänzt wird diese Erhebung durch eine Gesamterfassung und Evaluation des regionalen Suchthilfesystems. (3) Über statistische Analysen von Verläufen und Suchthilfeangeboten in der Region sollen "natürliche" Allokationsprozesse dargestellt und "outcome"-orientiert bewertet werden. (4) Anhand der dabei sichtbaren Mängel und Defizite können dann zusammen mit den Einrichtungen verbesserte Allokationsrichtlinien für einzelne sowie Gruppen von Patienten abgeleitet werden. Die Ergebnisse sollen in das regionale Suchthilfesystem übertragen werden.

Ergebnisse und Diskussion: Erste Ergebnisse des Projekts bestätigen die Möglichkeit, Risikogruppen über spezifische Verlaufsanalysen zu identifizieren (z.B. regelmäßige Cannabiskonsumenten, Mehrfachkonsumenten, mehr weibliche Konsumenten mit einem höherem Abhängigkeitsrisiko). Die Inanspruchnahmeverhalten deuten in Teilbereichen (Frühintervention) auf ein hohes Ausmaß ungedeckten Bedarfs hin und scheinen neue Allokationsentwürfe zu erfordern. Den Einrichtungsträgern und regional Verantwortlichen der Suchthilfe können nach Auswertung weiterer Daten umfassende Bedarfsabschätzungen und verschiedene alternative Allokationsmodelle basierend auf der Perspektive von KlientInnen/PatientInnen bereitgestellt werden.

Schlagwörter: Bedarf; Inanspruchnahme; Substanzstörungen; Versorgung; Zuordnungsmodelle

Abstract

Principles and research strategies of regional need and allocation research: The ASAT-F1 project

Background and Aims: Increasing rates of substance use and substance use disorders especially in adolescents and young adults, changing patterns of use and associated problems and the introduction of new therapies and programs of care (prevention, early intervention, therapy, rehabilitation) require new need and allocation models especially because of restricted financial and care resources. These models should provide a rational basis for the improvement of allocation processes as well as setting priorities in the provision and restructuring of community and patient-oriented interventions. In the present paper, we will present a project of the ASAT research network program which aims at a multi-staged, integrated epidemiology-based need and program evaluation in an area to determine institutional and therapeutical allocation processes.

Methods: Based on a prospective epidemiological design, (1) prevalence and incidence, risk factors and course of substance use, abuse and dependence are investigated in a representative sample of the community-based EDSP study. Additionally, help-seeking behaviors, met and unmet need are assessed. (2) The investigation is supplemented by a survey of all substance use services in the area. (3) Course of substance use and service provision of substance use services in the area will be analyzed and reviewed to identify natural allocation processes and to determine the outcome. (4) With the knowledge of deficits and unmet need, improved allocation guidelines for specific groups of clients and patients will be developed. The results will be transferred into the regional health care system.

Results and discussion: First results show that the identification of new risk groups with the help of course typologies is possible. The patterns of help-seeking point to a high rate of unmet need, especially with regard to the targeted early intervention, and a need of alternative allocation models. After the assessment and the overall data analyses, need evaluations and several alternative allocation models based on the clients'/patients' perspective will be provided.

Keywords: Epidemiology; health services; help-seeking; need; substance use disorders

* siehe folgende Seite

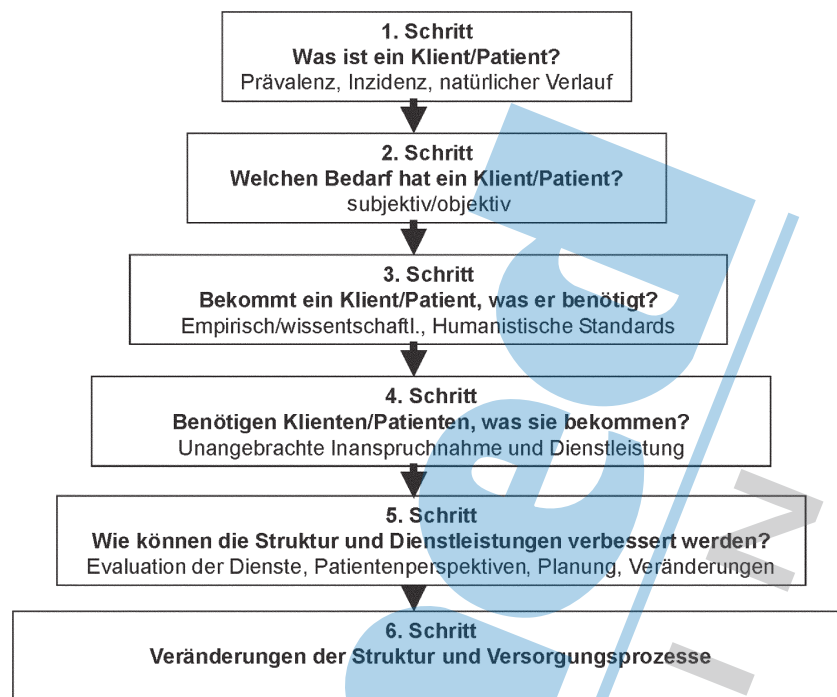


Abb. 1: Sechs Schritte einer umfassenden Bedarfsbewertung

1 Einleitung

1.1 Grundlagen der Bedarfs- und Allokationsforschung

Bedarfs- und Allokationsforschung bezieht sich allgemein auf die Untersuchung individueller Bedürfnisse von Patienten oder Gruppen von Patienten unter Einbeziehung normativer und empirisch basierter Experteneinschätzungen zur Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ressourcen des Versorgungssystems. Ergebnisse aus *Bedarfsstudien* dienen insbesondere der Planung der Versorgungsstruktur und -prozesse mit dem Ziel einer rational begründeten Deckung des sowohl subjektiven als auch objektiven Bedarfs. Durch *Allokationsforschung* wird eine ergebnis- und qualitätsorientierte optimierte Zuordnung (Allokation) von Versorgungsprozessen und -ressourcen angestrebt. Sie beinhaltet unter anderem eine optimale individuelle Zuordnung von spezifischen Interventionsformen, -modalitäten und -strukturen zu einer KlientInnen/PatientInnen-Problematik ("individuelle Ebene"), die Zuordnung von KlientInnen/PatientInnen zu standardisierten Interventionsangeboten und -strukturen ("Einrich-

tungsebene") sowie die Zuordnung von KlientInnen/PatientInnen zu regionalen professionellen und nichtprofessionellen Hilfsangeboten (*community level*) (vgl. Küfner 2000). Darüber hinaus wird in der Allokationsforschung auf die optimale Zuordnung von Ressourcen innerhalb der verschiedenen Versorgungseinheiten geachtet. Voraussetzungen hierfür auf der datenbezogenen Ebene sind a) eine möglichst umfassende Beurteilung der Probleme von PatientInnen, wie auch ihrer individuellen Stärken oder Ressourcen, b) eine Beurteilung der Verfügbarkeit und Qualität des prinzipiell existierenden Versorgungssystems (z.B. Therapeuten-, Interventions- und Einrichtungsmerkmale) sowie c) ein Abgleich dieser Datenquellen. Das optimale Ziel eines gelungenen Allokationsprozesses wird bestimmt durch die verbesserte Situation der Klienten/Patienten (z.B. Remission der Symptomatik, Verbesserung der Lebensqualität) im Rahmen einer indikativen Zuordnung (individuellen Zuordnung zu Interventionen) mit möglichst geringen Kosten und hoher Effektivität beziehungsweise maximalen Kosten-Effektivität/Kosten-Nutzen-Relationen.

Wittchen (1988) hat hierfür ein patientenorientiertes Bedarfs- und Allokationsmodell entwickelt, das insbesondere bei Fragestellungen regionaler Versorgungssysteme zu psychischen und substanzbezogenen Störungen als heuristisch hilfreicher Orientierungsrahmen gelten kann (Abb. 1).

Es beinhaltet einen stufenweisen Beurteilungsprozess mit spezifischen Voraussetzungen:

1. Zuerst wird von einer korrekten Falldefinition des Klienten/Patientenstatus ausgegangen. Hierzu sind fundierte wissenschaftliche und klinische Kenntnisse über die Störung notwendig, um über Abschätzungen von Prävalenz und Inzidenz und die Bestimmung des natürlichen Ver-

* Der Bericht wurde im Rahmen des Projektes "Epidemiologisch basierte Bedarfs- und Bedürfnisanalysen als Grundlage für die Planung und Priorisierung von institutionellen und therapeutischen Zuordnungsstrategien bei Substanzstörungen" erstellt. Das Projekt ist Teil des ASAT-Verbundes (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity, www.asat-verbund.de). In fünf Einzelprojekten werden patienten- und störungsbezogene Zuordnungsmodelle für therapeutische Interventionen bei substanzbezogenen Störungen zur Verbesserung des individuellen Behandlungserfolgs untersucht. Ansprechpartner sind die Koordinationsstelle des Verbundes am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (E-Mail: asatkoordination@mpipsykl.mpg.de; www.asat-verbund.de) sowie die auf der Website des Forschungsverbundes genannten Projektleiter. Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms "Forschungsverbünde für Suchtforschung" vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (BMBF, Fördernummer 01 EB 0140 – 0142).

- laufs der Störung das Ausmaß des Problems in der Allgemeinbevölkerung mittels epidemiologischer Studien in einer Region bestimmen zu können.
2. Der zweite Schritt erfordert subjektive (was wünscht sich der Patient?) und objektive (was hält der Experte für erforderlich?) Abschätzungen der Bedürfnisse der Patienten/Klienten in der Region und die Erfassung des "Outcomes" ("Schicksals") hinsichtlich eines günstigen oder ungünstigen Verlaufs.
 3. Bei Kenntnis des realen und verfügbaren Versorgungssystems und der Versorgungsangebote und -prozesse (z.B. spezifische Interventionsmaßnahmen) kann dann unter Hinzuziehung empirisch wissenschaftlicher und humanitärer Standards das Ausmaß des ungedeckten Bedarfs (der nicht den Bedürfnissen oder/und objektiven Standards entspricht) und gedeckten Bedarfs (entsprechend den Bedürfnissen der Patienten und objektiven Standards) festgestellt werden.
 4. Um bei ungedecktem Bedarf oder einer Fehl- und Mangelversorgung geeignete Maßnahmen zu entwickeln, sind nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Forschung mit Hilfe von Expertenabschätzungen Entscheidungen darüber zu treffen, ob bestimmte zwingend notwendige Angebote gänzlich fehlen (und ggf. zu etablieren sind) oder ob die vorhandenen Ressourcen nicht oder nur mangelhaft genutzt werden. Dies kann beispielsweise an ungeeigneten, in der Region bestehenden, impliziten oder expliziten Allokationsprozessen liegen.
 5. Schließlich sollte vor Umsetzung verbesserter Allokationsmodelle durch eine Gesamtevaluation des regionalen Systems und der Klienten-/Patientenbedürfnisse geprüft werden, ob derartige Maßnahmen für alle Beteiligten akzeptabel und realistisch umsetzbar sind.

1.2 Problemausmaß des Konsums psychotroper Substanzen

Möglichst kontinuierliche Bedarfs- und Allokationsforschung ist besonders im Bereich der Suchtforschung eine vor-

dringliche Aufgabe, da zum einen in den letzten zehn Jahren eine Vielzahl neuer Interventionsformen und -strategien verfügbar wurde, die in die Versorgungslandschaft integriert werden sollten, und zum anderen sich die Struktur der Suchtproblematik (Altersgruppen, Substanzen, Einnahmeverhalten) auf Gemeinde- und Gesellschaftsebene oft schnell ändert. Hinzu tritt die spezielle Problematik, dass der Ausbau des Suchthilfesystems unter dem Druck der Verhältnisse in den letzten 20 Jahren häufig relativ unkoordiniert erfolgte, so dass oft unklar blieb, ob die historisch gewachsenen Strukturen, Prozesse und Ziele der Versorgung noch der aktuellen Problemlage Suchtkranker sowie den aktuell prioritären Versorgungs- und Behandlungszielen entsprechen.

So wurde zum Beispiel in verschiedenen epidemiologischen Studien in den letzten Jahren überzeugend nachgewiesen, dass insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht nur der Konsum legaler und illegaler Substanzen erheblich gestiegen ist (Kraus et al. 1998, Kraus und Augustin 2001) sondern auch die Häufigkeit problematischen, schädlichen und abhängigen Gebrauchs (siehe auch Lieb et al. 2000a, Perkonig et al. 1997, 2004, Wittchen et al. 1998). Mittels regelmäßig durchgeführter Repräsentativerhebungen in Deutschland und der regionalen Längsschnittstudie *Early Developmental Stages of Psychopathology* (EDSP, Lieb et al. 2000b, Wittchen et al. 1998) konnte unter anderem nachgewiesen werden, dass nunmehr weit mehr als ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen regelmäßig raucht oder Alkohol konsumiert und ebenfalls weit mehr als ein Drittel zumindest schon einmal illegale Substanzen konsumiert hat. In **Tabelle 1** wird deutlich, dass diese Raten insbesondere bei männlichen jungen Erwachsenen vier Jahre nach der Basiserhebung der EDSP schon teilweise über 50% lagen und auch bei Frauen stark angestiegen sind.

Zugleich haben sich auch Konsummuster und -gewohnheiten in einigen Bereichen verschoben. Dabei sind insbesondere folgende Trends in den letzten Jahren zu beobachten, die

Tabelle 1: EDSP-Studie: Konsum-Prävalenz bei 14- bis 24-Jährigen und kumulative Lebenszeitinzidenz 4 Jahre später (aus Wittchen et al. 2001)

Substanz*	Prävalenz (Lebenszeit) Basisuntersuchung (N = 3021)		Kum. Lebenszeitinzidenz Follow-up (N = 2548)	
	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %
Regelmäßiger Nikotinkonsum	36,5	35,2	41,1	45,4
Regelmäßiger Alkoholkonsum	54,5	32,8	76,1	55,7
Cannabis	38,2	27,9	53,7	38,4
Stimulant/Ecstasy	5,9	4,0	10,4	7,5
Halluzinogene	4,2	2,2	7,5	4,5
Kokain	5,0	3,1	9,8	6,0
Opiate	3,1	3,6	4,8	6,3
Sedativa	1,5	1,7	2,6	2,8
Inhalantien	1,7	0,8	1,6	0,8
PCB	0,2	0,1	0,3	0,2
Andere	1,0	0,7	1,6	1,5

* Mit Ausnahme von Alkohol wird der mindestens einmalige Gebrauch der jeweiligen Substanz gezählt.

erhebliche Auswirkungen auf Prioritäten in der Versorgungsplanung haben sollten:

1. "Immer früher – immer öfter!": Bei jüngeren Geburtskohorten steigen die Lebenszeitprävalenzraten insbesondere des Gebrauchs illegaler Substanzen stark an und sowohl Missbrauchs- als auch Abhängigkeitsmerkmale tauchen schon ab dem Alter von 12 oder 13 Jahren auf (Kraus et al. 1998, Perkonig et al. 1997, Wittchen et al. 1998).
2. Eine stark ansteigende Inzidenz des Gebrauchs bestimmter illegaler Substanzen, insbesondere von Ecstasy, sind in den alten und auf niedrigerem Niveau in den neuen Bundesländern zu verzeichnen (Kraus und Augustin 2001).
3. Substanzkonsum ist in der Mehrzahl kein kurzzeitiges Sozialisationsphänomen der normalen Entwicklung, wie früher gedacht. Obwohl reines Probiervverhalten und spontaner Ausstieg aus dem regelmäßigen Konsums bei illegalen Drogen kein seltenes Phänomen ist, bleibt beispielsweise bei nahezu der Hälfte aller Konsumenten von Cannabis der Gebrauch über zumindest einen mehrjährigen Zeitraum hinweg stabil (Perkonig et al. 1999), und ist als problematisch zu bewerten.
4. Wenn auch das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung von Cannabis niedrig ist, ist aufgrund des hohen Anteils regelmäßiger Konsumenten davon auszugehen, dass Cannabisabhängigkeit aktuell die Abhängigkeitsstörung Nr. 1 unter den illegalen Drogen ist. Dies bestätigen auch die Daten der EBDD Statistik (2003), die zeigen, dass in mehreren EU-Ländern Cannabinoide bei den inzidenten Behandlungsfällen die höchsten Raten bei den illegalen Substanzen haben.
5. Vor allem in späteren Stadien einer Abhängigkeitsentwicklung kommt es bei über 25% aller Cannabis-Konsumenten zu einem Mehrfachgebrauch (Sydow et al. 2001).
6. Höhere Inzidenzraten und hohe Stabilitätsraten bei Personen, die die diagnostischen Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllen, sind auch bei illegalen, synthetischen Substanzen zu verzeichnen. Damit verbunden sind insbesondere bei synthetischen Substanzen gesundheitliche Folgen und assoziierte Verhaltensauffälligkeiten, die auf ein neues spezifisches Problemfeld hindeuten, für das bisher kaum Interventionsverfahren entwickelt und überprüft worden sind (Lieb et al. 2002, Niekerk et al. 2003, Sydow et al. 2002a).
7. Selbst bei regelmäßigen Konsumenten sind die professionellen Inanspruchnahmeraten im Suchthilfesystem mit Ausnahme der Schwerstgestörten sehr gering (vgl. Perkonig et al. 2004, auf S. 22 im vorliegenden Heft). Insbesondere in frühen Konsum- oder Störungsstadien wird – wenn überhaupt – professionelle Hilfe in anderen Versorgungssektoren (z.B. bei Psychotherapeuten) gesucht.
8. Neue Regelungen hinsichtlich der breiteren Verfügbarkeit von Substitutionsmitteln (Methadon, Levo-Methadon, Buprenorphin) für Opiatabhängige haben zu neuen Herausforderungen hinsichtlich einer adäquaten Versorgung im Sinne eines gedeckten Bedarfs geführt. Erst seit kurzem ist dabei erkennbar geworden, dass Zielsetzungen im Rahmen der Therapie auch den vermehrten Einsatz sozialer und psychotherapeutisch/psychiatrischer Interventionen erfordern.

Diese Beispiele zeigen enorm vielschichtige Änderungen und Trends, die das professionelle Versorgungssystem und seine Träger vor neue Herausforderungen stellen und zugleich die Notwendigkeit einer rationalen Allokationsforschung unterstreichen.

2 Zielsetzungen

Diese Ausgangslage war unter anderem dafür ausschlaggebend, dass im Rahmen des Suchtforschungsverbundes Bayern-Sachsen (ASAT, Bühringer et al. 2002) das Projekt "Epidemiologisch basierte Bedarfs- und Bedürfnisanalysen als Grundlage für die Planung und Priorisierung von institutionellen Zuordnungsstrategien bei Substanzstörungen" initiiert wurde. In dem Projekt werden folgende Ziele verfolgt:

1. die Bestimmung und Evaluation des gedeckten und ungedeckten Bedarfs an Interventionen bei Störungen durch psychotrope Substanzen in der Allgemeinbevölkerung mithilfe eines innovativen Erfassungsmodells,
2. die Erfassung natürlicher Allokationsprozesse des Suchthilfesystems in der entsprechenden Region und Evaluation dieser Dienste und
3. die Verbesserung der Zuordnungsmodelle auf der Grundlage von iterativen und schrittweise individuellen Bedarfs- und Bedürfnisprofilen in unterschiedlichen Risikogruppen im Zusammenhang mit einem Transfer in das Versorgungssystem. Fragestellungen und Methodik des Projektes werden im Folgenden genauer dargestellt.

3 Design und Methoden

Das Projekt ist in drei sich zum Teil überlappende Phasen gegliedert.

In *Phase I* werden Fragestellungen zu Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren sowie Verlauf und Folgen des Konsums psychotroper Substanzen in der Region München untersucht. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Beschreibung und Analyse der Inanspruchnahme professioneller Hilfe in der Region und damit verbundener prototypischer Verläufe sowie auf der Identifikation bestimmter Verlaufs- und "Outcome"-Typologien, die als Zielgruppen für Interventionen identifiziert werden können.

Phase II beinhaltet einerseits eine Beschreibung des regionalen Suchthilfesystems, der Versorgungsprozesse und Interventionstypen sowie der Merkmale der Personen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Dabei sollen auch regionale Bedürfnisse in dem System, Herausforderungen und Barrieren für adäquate Allokationsprozesse aus Sicht der einzelnen Dienste des Suchthilfesystems erfasst und beschrieben werden. Andererseits werden in der zweiten Phase durch Befragungen der Substanzkonsumenten deren Kenntnisse der Gefahren des Gebrauchs und der damit verbundenen Konsequenzen, deren Kenntnisse des regionalen Suchthilfesystems und deren Motivation, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie ihre Erfahrungen mit dem regionalen Suchthilfesystem untersucht. Einen Schwerpunkt bildet dabei auch die Frage nach den subjektiven Bedürfnissen und ihrer Deckung.

In der *Phase III* werden zunächst Zusammenhänge zwischen Verlaufstypen, dem Bedarf an professioneller Hilfe und der tatsächlich in Anspruch genommenen Hilfe untersucht. Die Ergebnisse sollen im Hinblick auf Versorgungs- und Allokationsprozesse des regionalen Suchthilfesystems analysiert werden, indem sie mit den Daten der Erhebung bei den regionalen Diensten kombiniert werden. Im Vordergrund stehen dabei insbesondere Fragen zu Strukturdefiziten und Systembarrieren bei der Zuordnung von Zielgruppen zu bestimmten Interventionen und Möglichkeiten zur Verbesserung und Implementierung neuer Dienste oder Interventionen. Die Ergebnisse sollen zu interinstitutionellen Übereinkünften und gegebenenfalls entsprechenden Veränderungen des Systems führen.

Die Forschungsstrategie des Projektes orientiert sich also eng an dem von Wittchen (1988) vorgeschlagenen Konzept zur Bedarfs- und Allokationsforschung. In diesem Konzept dient Phase I der Problemformulierung, das heißt der Abschätzung von Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren sowie der Identifikation der Verlaufs- "Outcome"-Typologien und der Beschreibung des natürlichen Verlaufs. Dazu werden, aufbauend auf zwei bereits bestehenden Datensätzen (EDSP, Wittchen et al. 1998; LADA, Küfner et al. 1999), weitere Analysen durchgeführt. Die EDSP-Studie ist eine epidemiologische, prospektive Längsschnittstudie mit bislang drei Untersuchungswellen an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von ursprünglich N = 3021 14- bis 24-Jährigen in der Region München Stadt/Land. Die Basisuntersuchung fand 1995 (T0) statt. Bei der ersten Follow-up-Untersuchung (T1) 1996/97 wurde nur die jüngere Alterskohorte untersucht (ursprünglich 14- bis 17-Jährige). Bei der zweiten Follow-up-Untersuchung (T2) 1998/99 wurden alle Probanden der Basisuntersuchung miteinbezogen (Wittchen et al. 1998, Lieb et al.

2000b). Diese Bevölkerungsstichprobe wurde ergänzt durch eine IFT-Risikokohorte (N = 1147), die über Einrichtungen des Suchthilfesystems rekrutiert wurde (LADA, Küfner et al. 1999). In **Abb. 2** sind einige Angaben zum Substanzkonsum der Stichproben in Phase I dargestellt.

Phase II umfasst die evaluativen Schritte der Bedarfserhebung; die Bestimmung des gedeckten und ungedeckten Bedarfs und die Bewertung adäquater Allokationsprozesse bei allen Substanzkonsumenten der EDSP-Stichprobe und der IFT-Risikokohorte (vgl. **Abb. 3**). Dazu werden bei der gegenwärtig laufenden Follow-up-Erhebung alle Probanden zum Verlauf des Substanzkonsums und der Störungen durch psychotrope Substanzen befragt und verschiedenen multidimensionalen "Outcome"-Gruppen zugeordnet. Es werden Inanspruchnahmestrukturen und -ergebnisse sowie subjektive Bedürfnisse und Einstellungen erhoben und hinsichtlich ihrer Adäquatheit durch Expertenratings beurteilt. Hinzu kommen in dieser Phase der Aufbau einer Datenbank mit allen Suchthilfediensten in der Region und eine Vollerhebung verschiedener Merkmale bei diesen Diensten. Die Angaben dienen der Vorbereitung von Fallvignetten, die insbesondere den gedeckten und ungedeckten Bedarf der Versorgung bestimmter Zielgruppen abbilden sollen.

In Phase III werden die Ergebnisse kombinierter Analysen der Verlaufs- und "Outcome"-Typologien und der erfassten Merkmale des regionalen Suchthilfesystems zusammen mit den Einrichtungen diskutiert und als Vorschläge für Systemveränderungen im Rahmen eines Konsensdokuments aufbereitet. Dieses wird den regional Verantwortlichen vorgelegt. **Abbildung 3** zeigt einen Überblick über die Phasen II und III.

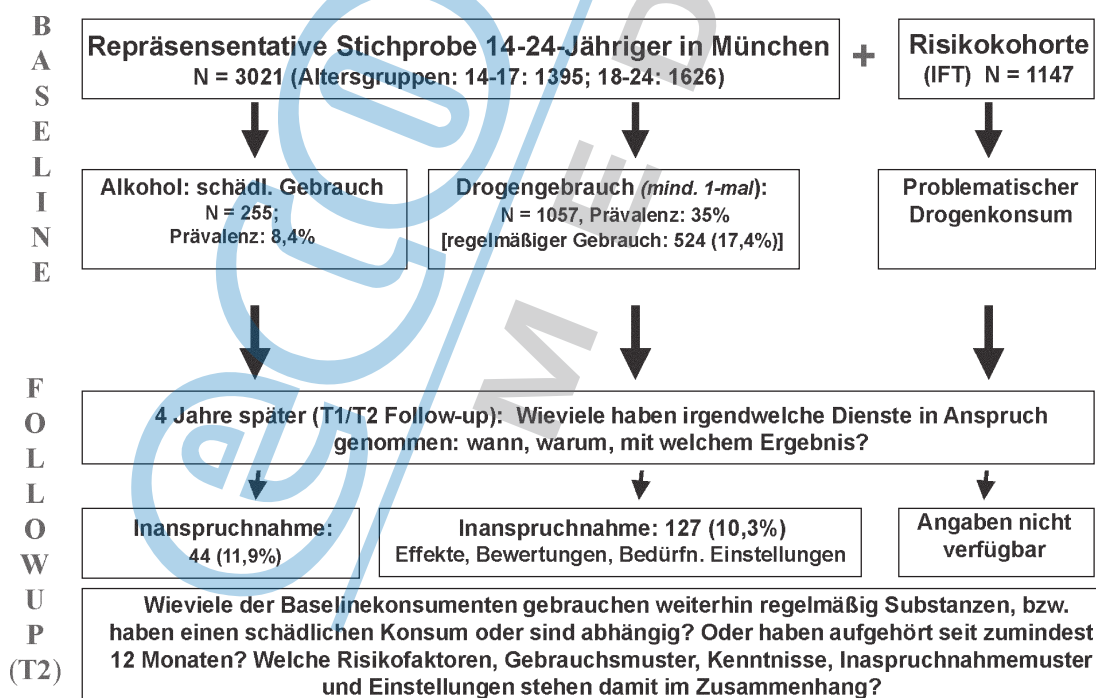


Abb. 2: Phase I – ASAT-F1-Projekt (vorliegende Daten: Basis- und 4-Jahres-Follow-up-Untersuchung T1/T2; aus Wittchen et al. 2001)

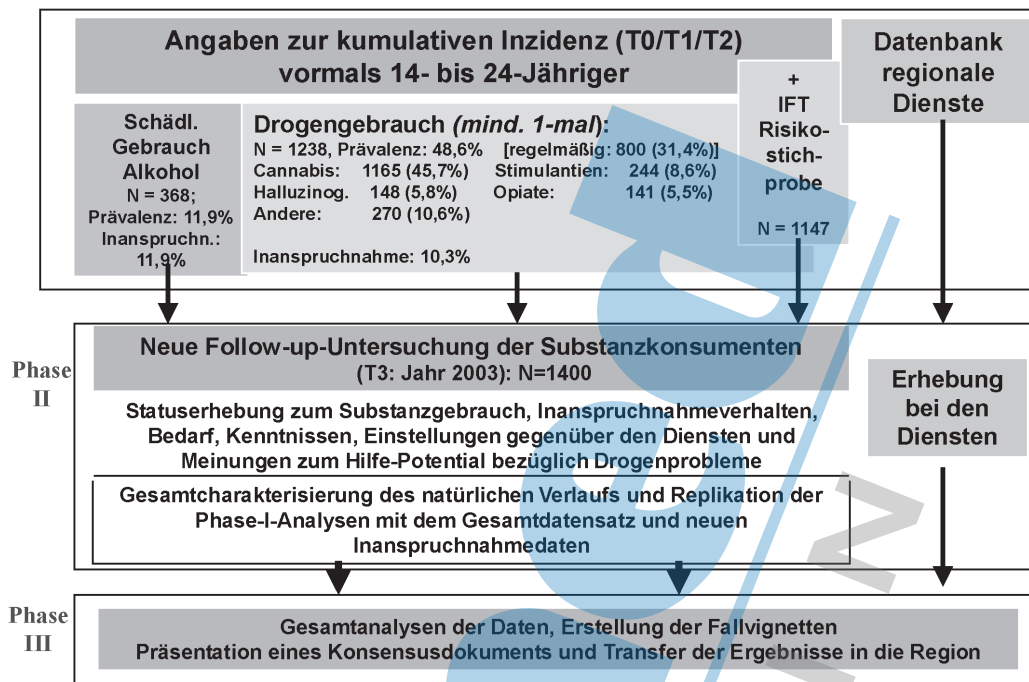


Abb. 3: Phase II – und III ASAT-F1-Projekt (aus Wittchen et al. 2001)

3.1 Instrumente

Der Konsum illegaler Substanzen wird zusammen mit anderen Untersuchungsvariablen bei allen Probanden mit einer computerisierten Version des Münchner Composite International Diagnostic Interviews erhoben (M-CIDI, Wittchen und Pfister 1997). Das M-CIDI ermöglicht die standardisierte Erfassung von Symptomen, Syndromen, Diagnosen und Verlaufsmerkmalen ausgewählter psychischer Störungen einschließlich Störungen durch Substanzgebrauch nach ICD-10- (WHO 1992) und DSM-IV-Kriterien (APA 1994). Zu T1, T2 und der derzeit laufenden T3-Erhebung wurden die Intervallversionen eingesetzt, die den Zeitraum zwischen der vorhergehenden und der aktuellen Untersuchung erfassen. Zusätzlich beinhaltet das M-CIDI ein Listenheft mit Fragebögen zur Erfassung ausgewählter psychologischer Konstrukte. Einen Überblick über diese Konstrukte findet sich ebenfalls bei Lieb et al. (2000b). Das M-CIDI ist hinsichtlich Validität und Reliabilität geprüft (Lachner et al. 1998, Reed et al. 1998).

Bezüglich des *Konsums illegaler Substanzen* werden im M-CIDI nach einführenden Screeningfragen Häufigkeit und Menge von acht Substanzarten (Cannabinoide, Stimulantien, Opioide, Kokain, Halluzinogene, Sedativa/Anxiolytika/Hypnotika, PCP, Schnüffelstoffe) erfragt und der Zeitpunkt des Konsumbeginns und der letzten Einnahme erhoben. Bei mindestens fünfmaligem Konsum einer Substanz wird für die jeweilige Substanz das Vorliegen der ICD-10- und DSM-IV-Kriterien für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit geprüft. Auch hier werden der Zeitpunkt des ersten und des letzten Auftretens von Symptomen erhoben. Detailliertere Beschreibungen der entsprechenden Sektionen zum Gebrauch illegaler Substanzen finden sich bei Perkonig et al. (1997) und Lachner et al. (1998).

Für die T3-Erhebung wird das M-CIDI ergänzt durch eine Sektion zur *Inanspruchnahme von Diensten der Suchthilfe* (Moll et al. 2002). Hierzu werden zunächst Kenntnisse über die Dienste in der Region und bei Inanspruchnahme die individuellen Bedürfnisse sowie die erhaltene Hilfe erfragt. Danach folgen Fragen zur Häufigkeit spezifischer Beratungs- und Behandlungsformen (z.B. ambulante, stationäre), Beginn und Abschluss der Beratungen/Behandlungen, Vermittlungen, Behandlungsanlass und relevanten Substanzen sowie Gründen für die Beendigung der Beratung/Behandlung. Konsumenten, die bisher keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, werden über ihre Gründe befragt.

Erhebungsinstrument für regionale Dienste

Die Daten der regionalen Dienste wurden mit dem "Interview zur Bedarfsbewertung von Einrichtungen für Störungen durch Gebrauch psychotroper Substanzen" erhoben (Perkonig und Wittchen 2002). Befragt wurden in der Regel die LeiterInnen der Dienste oder andere Verantwortliche mit entsprechenden Kenntnissen. Im Interview werden verschiedene strukturelle Merkmale von Diensten (z.B. Art, Träger, Personal, Zielgruppen, Erreichbarkeit, Dienstzeit und Zusammenarbeit mit anderen Diensten) und strukturbezogene Merkmale der KlientInnen/PatientInnen (aggregierte Anzahlen, Hauptproblemsubstanzen, Mehrfachgebrauch, Kontaktgründe etc.) erfasst. Hinsichtlich prozessualer Merkmale werden die Klienten-/Patientenproblematik im Verlauf und die Art der angebotenen Versorgungsprozesse (WHO-Versorgungsmodalitäten, diagnostische Methoden, spezifische Interventionsformen und -arten etc.) sowie deren tatsächliche Inanspruchnahme erfasst. Ergebnisbezogene Merkmale (Verweildauer, Gründe für Probleme bei der Beratung, Behandlung) und subjektive Bedarfseinschätzungen sowie Bewer-

tungen zukünftiger Herausforderungen an die Dienste sind ebenfalls Bestandteil des Interviews.

4 Ausgewählte vorläufige Ergebnisse

4.1 Wie ist der langfristige Spontanverlauf von Substanzstörungen?

Im Hinblick auf die Projektfragestellungen sind insbesondere die Ergebnisse zu Verläufen und Risikofaktoren relevant (Sydow et al. 2001, 2002a,b). So zeigte sich zum Beispiel, dass bei Personen mit anhaltendem Cannabiskonsum, -missbrauch und -abhängigkeit der Verlauf insgesamt zwar variabel ist, jedoch zwei bemerkenswerte neue Erkenntnisse gewonnen wurden:

1. regelmäßiger Cannabiskonsum ist bei nahezu 50% der Konsumenten ein stabiles und über viele Jahre andauerndes Problem. Spontane vollständige Ausstiege aus dem Drogenkonsum sind, abhängig vom Ausmaß des Konsums, eher in der Minderheit. Über 10% der Fälle von Cannabisabhängigkeit betreffen auch Personen ohne Beigebrauch.
2. Mehrfachgebrauch ist insbesondere bei regelmäßigen Konsumenten häufig. Er erhöht die Wahrscheinlichkeit problematischer Konsequenzen (z.B. Abhängigkeits- bzw. Missbrauchsdiagnose).
3. Hinsichtlich anderer Substanzen haben sich ebenfalls relevante Ergebnisse ergeben:
4. Die früher eindeutige Dominanz der männlichen Konsumenten (mit der Ausnahme von Opiatkonsumentinnen) hat sich bei fast allen Substanzen verringert; bei Nikotin ist nahezu eine Gleichverteilung, bei Alkohol und Cannabis eine deutliche Annäherung der Raten von Frauen und Männern zu konstatieren. Bemerkenswert sind bei dieser Entwicklung die Hinweise, dass bei Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit als bei Männern Abhängigkeitssyndrome auftreten.
5. Obwohl bei synthetischen Drogen vergleichbare Verlaufsmuster festzustellen sind, treten Remissionen bei Störungen oder eine Beendigung des Konsums bei diesen Substanzen häufiger auf.
6. Neben dem Einfluss von "Peer"-Gruppen und der Verfügbarkeit illegaler Substanzen sowie Einstellungen über den Gebrauch haben sich insbesondere familiäre Faktoren (familiäre Verhältnisse, Störungen der Eltern) als signifikante Vulnerabilitäts-, beziehungsweise Risikofaktoren erwiesen.
7. Bei nahezu allen problematischen Entwicklungen hinsichtlich Konsummustern spielen bei Stadienwechseln, etwa von regelmäßigem Konsum zu Abhängigkeit, vorangehende primäre psychische Störungen (insbesondere Angststörungen, somatoforme Störungen) wie auch in der Genese sekundäre psychische Störungen (Depression) eine Rolle. Dabei ist offensichtlich im Unterschied zur klassischen Suchtliteratur, die vor allem Assoziationen mit externalen Störungen wie Dissozialität und antisozialer Persönlichkeitsstörung beschreibt, der Rolle der internalen Störungen (Angststörungen, Depression) bei bestimmten Substanzarten eine größere Bedeutung zu-

zuweisen (Niekerk et al. 2003, Zimmermann et al. 2003). Die Interaktion zwischen Verlaufstypen des Substanzkonsums und internalen psychischen Störungen kann möglicherweise massive Implikationen für die Versorgungsplanung haben.

4.2 Hilfesuchverhalten und das regionale Versorgungssystem

Erste Ergebnisse im Rahmen der regional bezogenen Evaluation des Inanspruchnahmeverhaltens von Konsumenten (Perkonig et al. 2004) zeigen, dass nur weniger als 20% aller Konsumenten jemals Suchthilfeeinrichtungen kontaktiert haben. Selbst bei regelmäßigem und problematischem Gebrauch liegt die Kontaktrate mit Suchthilfeeinrichtungen nur wenig höher (33%). Dabei fällt auf, dass Hilfe suchende Konsumenten sich primär an den allgemeinmedizinischen oder psychologisch/psychotherapeutischen Sektor wenden. Inwieweit dies durch die oben erwähnte Komorbidität mit psychischen Störungen oder andere Präferenzen determiniert ist, wird zu prüfen sein. Dieser Befund stellt allerdings auch die derzeitige Häufigkeit und Bedeutung präventiver Angebote oder Frühinterventionen im Rahmen des Suchthilfesystems in Frage.

In Übereinstimmung damit deuten verschiedene Parameter, die im Rahmen einer Evaluation von nahezu allen Einrichtungen des regionalen Suchthilfesystems erhoben wurden, an, dass hier ein eindeutiger Schwerpunkt auf Angeboten für schwer und schwersterkrankte Suchtkranke liegt, während der Anteil der in Frühstadien Hilfe Suchenden sehr klein ist.

5 Diskussion und Ausblick

Mit diesem Beitrag wurde ein Überblick zu unserem komplexen epidemiologischen Allokationsansatz gegeben und zugleich der Versuch unternommen, an den bislang vorliegenden vorläufigen Auswertungsschritten für die Versorgungsregion München Stadt/Land mögliche Implikationen zu verdeutlichen. Innerhalb eines innovativen und umfassenden konzeptuellen Rahmens der Bedarfs- und Allokations-evaluation in einer Region werden durch das Projekt – ohne fehlerhafte Selektionseffekte, wie sie im Rahmen von klinischen Stichproben oder Inanspruchnahmestichproben auftreten können – a) Bedarfsabschätzungen und Daten zu Allokationsprozessen im regionalen Bereich bereitgestellt, b) verschiedene alternative Allokationsmodelle basierend auf der Perspektive von Klienten/Patienten entwickelt und c) ein praxisbezogener Transfer wissenschaftlicher Ergebnisse zu Einrichtungsträgern und regional Verantwortlichen der Suchthilfe ermöglicht.

Es erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass diese ersten vorläufigen Befunde keinesfalls bereits im Sinne einer defizitären Versorgung oder gar als Nachweis aktuell fehlgeleiteter Allokationsstrategien interpretiert werden dürfen. Inwieweit die berichteten Ergebnisse als bedeutsame Marker für Bedarfslücken oder Fehlallokationen anzusehen sind, kann erst nach Abschluss der entscheidenden Folgeschritte entschieden werden. Diese bestehen auf der patienten-, beziehungsweise konsumentenbezogenen Ebene zum Beispiel in

der Berücksichtigung der individuellen oder prototypischen Verlaufs- und "Outcomedaten" sowie auf der institutionellen Ebene in der expertengestützten Bewertung von Versorgungsprioritäten und -ressourcen. Nach Vorliegen dieses Analyseschrittes können neue Indikations- und Allokationsprozesse entwickelt und möglicherweise neu priorisiert werden (Wittchen und Perkonigg 2004).

6 Literatur

- APA, American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. American Psychiatric Association, Washington DC
- Bühringer G, Kröger C, Kufner H, Lieb R, Schütz C, Soyka M, Wittchen HU (2002): Suchtforschungsverbund ASAT: Entwicklung von Zuordnungsmodellen für Interventionen bei Substanzstörungen. *Sucht* 48, 200-208
- EBDD, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2003): Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen, Jahresbericht 2003. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg
- Kraus L, Bauernfeind R, Bühringer G (1998): Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 107. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Kraus L, Augustin R (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 (Sonderheft 1)
- Kufner H (2000): Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse. Fachverband Sucht e.V., Hrsg.: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Neuland, Geesthacht
- Kufner H, Duwe A, Schumann J, Bühringer G (2000): Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit. *Sucht* 46, 32-53
- Lachner G, Wittchen HU, Perkonigg A, Holly A, Schuster P, Wunderlich U, et al. (1998): Structur, content and reliability of the Munich Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. *Eur Addict Res* 4, 28-41
- Lieb R, Schuster P, Pfister H, Fuetsch M, Höfler M, Isensee B, et al. (2000a): Epidemiologie des Konsums, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufstudie EDSP. *Sucht* 46, 18-31
- Lieb R, Isensee B, Sydow von K, Wittchen HU (2000b): The Early Developmental Stages of Psychopathology study (EDSP): A methodological update. *Eur Addict Res* 6, 170-182
- Lieb R, Schütz CG, Pfister H, Sydow von K, Wittchen HU (2002): Mental disorders in ecstasy users: a prospective longitudinal investigation. *Drug Alcohol Depend* 68, 195-207
- Moll S, Perkonigg A, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU (2003): M-CIDI Zusatzmodul zur Inanspruchnahme von Diensten des Suchthilfesystems. Max-Planck-Institut für Psychiatrie. ASAT, Eigen- druck, München
- Niekerk C van, Höfler M, Pfister H, Schütz C, Wittchen HU (2003): Dissozialität bei Ecstasykonsumenten. *Sucht* 49, 280-291
- Perkonigg A, Beloch E, Garczynski E, Nelson CB, Pfister H, Wittchen HU (1997): Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Z Kl Psych Psychoth* 26, 247-257
- Perkonigg A, Lieb R, Wittchen HU (1998): Substance use, abuse and dependence in Germany: A review of selected epidemiological data. *Eur Addict Res* 4, 8-17
- Perkonigg A, Lieb R, Höfler M, Schuster P, Sonntag H, Wittchen HU (1999): Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression, and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 94, 1663-1678
- Perkonigg A, Wittchen HU (2002): Interview zur Bedarfsevaluation von Einrichtungen für Störungen durch Gebrauch psychotroper Substanzen. Max-Planck-Institut für Psychiatrie. ASAT, Eigen- druck, München
- Perkonigg A, Pfister H, Lieb R, Bühringer G, Wittchen HU (2004): Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungskapazität in einer Region. *Suchtmed* 6(1), 22-31
- Reed V, Gander F, Pfister H, Steiger A, Sonntag H, Trenkwalder C, et al. (1998): To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *Int J Method Psych* 7, 142-155
- Sydow K von, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Sonntag H, Wittchen HU (2001): The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 64, 347-361
- Sydow K von, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen HU (2002a): Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug Alcohol Depend* 66, 147-159
- Sydow K von, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen HU (2002b): What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 68, 49-64
- Welsch K, Sonntag D (2003): Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht* 49 (Sonderheft 1), 7-41
- Wittchen HU (1988): Follow-up investigations as a basis for need evaluation-an empirical approach to patient-oriented psychiatric need evaluation. In: Zweifel P, Hrsg.: Neue Ansätze der Bedarfs- forschung und neue Formen der Angebotsplanung im Gesundheits- wesen. Bleicher-Verlag, Gerlingen, S. 115-177
- Wittchen HU, Pfister H, Hrsg. (1997): DIA-X Interviews: Manual für Screeningverfahren und Interview: PC-Programm zur Durch- führung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Swets, Zeitlinger, Frankfurt
- Wittchen HU, Höfler M, Perkonigg A, Sonntag H, Lieb R (1998): Wie stabil sind Drogenkonsum und das Auftreten klinisch-diag- nostisch relevanter Missbrauchs- und Abhängigkeitsstadien bei Jugendlichen? Eine epidemiologische Studie am Beispiel von Can- nabis. *Kindh Entwickl* 7, 188-198
- Wittchen HU, Perkonigg A, Lachner G, Nelson CB (1998): Early Developmental Stages of Psychopathology study (EDSP): Objectives and design. *Eur Addict Res* 4, 18-27
- Wittchen HU, Lieb R, Bühringer G (2001): Community based epi- demiological data as a rationale basis for designing and prioritising allocation and intervention strategies in substance use disorders. Pojektantrag an das BMBF. Technische Universität, Dresden
- Wittchen HU, Perkonigg A (2004): Vom individuellen Patienten- schicksal zur Priorisierung von Indikations- und Allokations- entwürfen. Poster präsentiert auf dem Statuskolloquium des BMBF- Suchtforschungsverbundes ASAT (Bayern-Sachsen). 19.02.2004
- WHO, World Health Organization (1992): Tenth revision of the in- ternational classification of diseases. Chapter V (F): Mental and behavioural disorders. World Health Organization, Genf
- Zimmermann P, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R (2003): Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A four-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 33(7), 1211-1222