

TEIL B: AUSGEWÄHLTE THEMEN

1 Öffentliche Ausgaben

1.1 Einleitung

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Untersuchungen, die sich systematisch mit gesundheitsökonomischen Aspekten von Suchterkrankungen beschäftigt haben. In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit von Prieto (2007) werden basierend auf der Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus zwei bedeutenden Literaturübersichten neueren Datums auch auf europäischer Ebene erhebliche Lücken in der gesundheitsökonomischen Forschung von Suchttherapien identifiziert.

Dies ist angesichts der Menge der insgesamt zum Thema Sucht erscheinenden Publikationen und der Höhe der in diesem Bereich aufgewendeten Mittel (nicht nur durch die öffentliche Hand) erstaunlich. Darüber hinaus befasst sich die Mehrheit der zu diesem Thema vorliegenden Studien überwiegend mit den Kosten (volkswirtschaftlich, Versorgung, sozial) von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Studien, die sich mit gesundheitsökonomischen Aspekten des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von illegalen Substanzen befasst haben, sind nur vereinzelt zu finden. Auch die im Rahmen des Förderschwerpunktes Sucht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierten Forschungsverbände, in deren Rahmen - wenn auch in sehr umschriebenen Maße - gesundheitsökonomische Forschungsarbeiten finanziert werden, befassen sich fast ausschließlich mit den Kosten alkoholinduzierter Störungen.

Die überwiegende Mehrheit der überhaupt zur Verfügung stehenden Arbeiten zu diesem Themenkomplex beschränkt sich auf die Sekundäranalyse bereits vorhandener Daten. Ein grundlegendes Problem aller systematischen Analysen zur Schätzung von Kosten im deutschen Gesundheitswesen stellt dabei die stark fragmentierte Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik dar. Die für Sekundäranalysen verfügbaren Daten sind auf eine Vielzahl von Institutionen und Datenhaltern verteilt und unterliegen zum Teil erheblichen datenschutzrechtlichen Auflagen.

Diese Fragmentierung ist darüber hinaus mit erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der verfügbaren Informationen und daraus resultierenden Problemen bei der Interpretation der Ergebnisse verbunden. Eine weitere Einschränkung bei der Betrachtung von Sekundärdaten, die z.B. von Organen der Gesundheitsberichterstattung (Statistische Landes- und Bundesämter) veröffentlicht werden, stellt darüber hinaus die Tatsache dar, dass in diesen Darstellungen in der Regel nicht zwischen legalen und illegalen Substanzen unterschieden wird, sondern Gesamtschätzungen für alle psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19, ICD10) angegeben werden. Darüber hinaus beruhen diese globalen Angaben in der Regel auf hoch aggregierten Informationen aus verschiedenen Datenquellen und sind daher mit erheblichen Limitationen hinsichtlich ihrer Interpretierbarkeit verbunden (Salize et al. 2006). Aufgrund des

weitgehenden Mangels alternativer Daten stellen diese Sekundärdaten jedoch häufig die einzigen überhaupt verfügbaren Informationen dar und werden weiter unten dargestellt.

Eine fallbezogene Zusammenführung von Informationen bzw. Daten aus verschiedenen Quellen ist - wenn überhaupt - nach gegenwärtigem Stand nur im Rahmen umschriebener Forschungsprojekte möglich. Dies löst das Problem der fehlenden Vergleichbarkeit und der nicht existierenden Konventionen, welche Daten aus welchen Quellen überhaupt bei Kostenschätzungen Berücksichtigung finden müssen, aber nicht. In einem kürzlich erschienenen Beitrag kommt Uhl (2006) zu dem Schluss, dass es sich bei Resultaten zu Berechnungen der Kosten des Substanzmissbrauchs in der Tradition des „Krankheitskostenansatzes“ um „*logisch inkonsistente und sachlich nicht rechtfertigbare Scheinquantifizierungen handelt*“. Auch Uhl weist auf die international höchst heterogene Verwendung von Begriffen, Definitionen und Methoden hin, die die Vergleichbarkeit der vorgelegten Ergebnisse erheblich einschränkt¹.

Selbst bei der in diesem ausgewählten Kapitel vorgesehenen ausschließlichen Betrachtung „direkter Kosten“, die die über die bereits skizzierte Problematik hinausgehenden spezifischen Probleme z.B. intangibler und indirekter Kosten (z.B. Fehlen einer gemeinsamen Skala zur Messung eines möglichen entgangenen nicht-monetären Nutzens) vermeidet, stellt sich unter anderem das Problem, dass man grundsätzlich die relevanten Probleme (Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Substanzen) nicht unmittelbar betrachtet, sondern die Höhe der Ausgaben, die z.B. zur Prävention und zur Reduktion der Auswirkungen des Problems aufgewendet werden (Uhl 2004). Es stellt sich die Frage, ob es trotz wiederholter Bemühungen zur Standardisierung von Begrifflichkeiten und Erhebungsverfahren (z.B. Single et al. 1996, 2001) gelingen wird, ausschließlich auf Ergebnissen von Kostenschätzungen basierende relevante und sinnvolle Grundlagen für die Entwicklung von Handlungsstrategien zu entwickeln (Uhl 2003).

Finanzierung und Aufgabenverteilung im föderalen System

Hintergrund der Finanzierung sind die föderale Struktur Deutschlands (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) und das Prinzip der Subsidiarität, was zu einem komplexen Gefüge von Verantwortlichkeiten bei Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern in Bezug auf die Finanzierung und Durchführung von Aufgaben geführt hat. Angaben zu den finanziellen Mitteln, die die Länder und Kommunen für Drogen- oder Suchtprobleme aufbringen, werden wegen eingeschränkter Vergleichbarkeit derzeit nicht bundesweit erhoben und zusammengefasst. Die nachfolgend dargestellten Mittel können deshalb in keinem Falle auch nur annähernd vollständig über die eingesetzten Gesamtmittel im Umgang mit der Drogenproblematik Auskunft geben.

¹ Anhand des Problems „Kriminalität durch Substanzmissbrauch“, das insbesondere bei Kostenschätzungen aufgrund des Missbrauchs und der Abhängigkeit von illegalen Substanzen eine Rolle spielt, weist Uhl (2006) darauf hin, dass es darüber hinaus höchst problematisch ist, Daten aus verschiedenen Betrachtungsperspektiven miteinander zu einer aggregierten Größe zu vermischen: So stellen die in diesem Zusammenhang häufig ins Feld geführten Kosten (z.B. aufgrund eines Diebstahls) zwar für den einzelnen Betroffenen einen Verlust dar, der sich jedoch durch den entsprechenden Gewinn durch die Beute auf Seiten des Verursachers auf übergeordneter Betrachtungsebene (Gesellschaft) im Prinzip ausgleicht.

Abbildung 1 illustriert (wenn auch vereinfacht) die Komplexität der deutschen Finanzierungssituation. Insbesondere das System der Suchthilfe ist in verschiedene Aufgabenbereiche und Akteure ausdifferenziert. Zahlreiche Aufgabenbereiche sind dabei in unterschiedlichem Maße zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt.

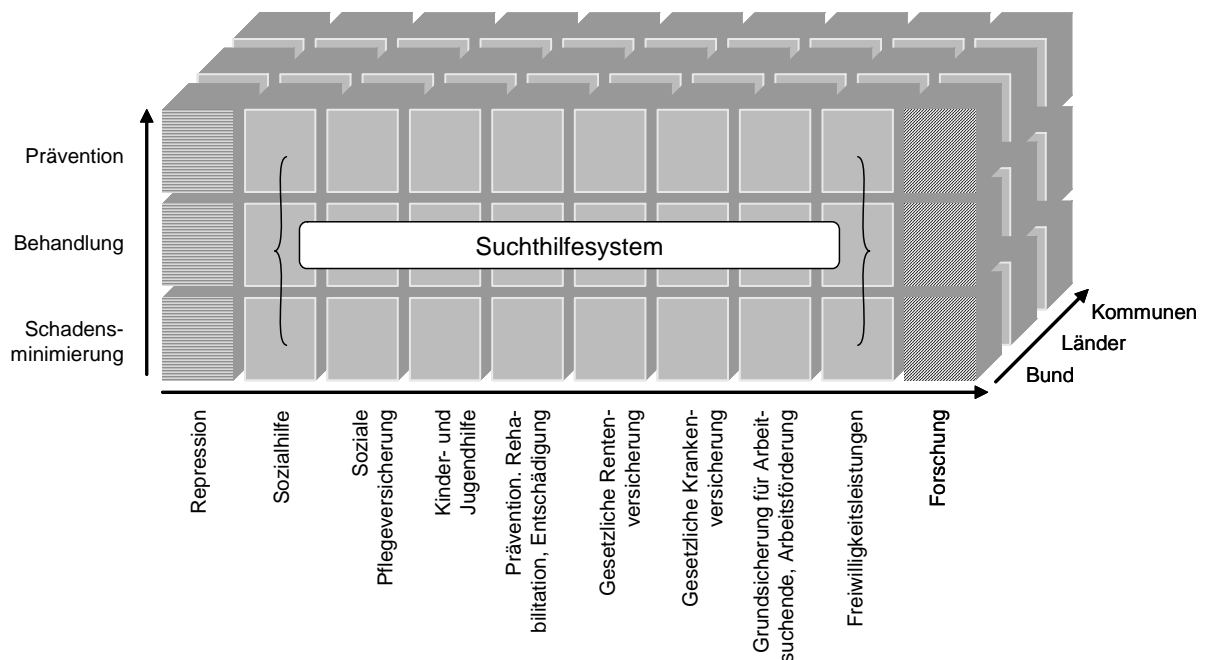


Abbildung 1. Matrix zur Identifikation relevanter Kostenbereiche

Die Verantwortung für Fragen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt in der Verantwortung der 16 einzelnen Bundesländer (oder sogar auf kommunaler Ebene). Das heißt, dass Informationen jeweils von mindestens 16 beteiligten Bundesländern einzeln zur Verfügung gestellt und gegebenenfalls um weitergehende Daten ergänzt werden müssen. Aufgrund der im Versorgungssystem meist keine Rolle spielenden Differenzierung zwischen einzelnen Substanzen, finden sich entsprechende Detailinformation in den Haushalten der Bundesländer in der Regel nicht.

Auch im Bereich der Repression ist z.B. bezogen auf die Arbeit der Polizei eine exakte Berechnung des Anteils der drogenbezogenen Aktivitäten im Verhältnis zu sonstigen Aufgaben auf operativer Ebene praktisch nicht möglich. So dürfte es im Einzelfall praktisch unmöglich sein, eine valide Schätzung für den Zeitaufwand einzelner Polizeibeamter, die nicht im Rahmen spezialisierter Referate tätig sind, für die Verbrechensbekämpfung im Umfeld illegaler Drogen abzugeben.

Tabelle 1 vermittelt einen Eindruck von den unterschiedlichen Finanzierungswegen der Sucht- und Drogenhilfe sowie Prävention und Repression in Deutschland.

Tabelle 1. Finanzierung der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland durch die öffentliche Hand (Beispiele)

Säule	Akteur				
	Bund	Länder	Kommunen	Rentenversicherung	Krankenversicherung
Prävention	BZgA BMG BMFSFJ BMELV	Sozialministerien (Beauftragte für Suchtprophylaxe) Innenministerien (Polizei) Kultusministerien (Suchtpräventionslehrer; -unterricht)		Leistungen zur Teilhabe (§ 31 SGB VI)	Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V)
Beratung, Behandlung, Nachsorge	Modellprojekte	Sozialministerien (begl. Substitution)	Amb. Suchtberatung Betreutes Wohnen Eingliederungshilfe Gefährdetenhilfe Sozialpsychiatrische Dienste Medizinische Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation Nachsorgepauschalen	Niedergelassene Ärzte Krankenhäuser Psychiatrie Medizinische Rehabilitation
Schadens- minimierung, Überlebenshilfe			Heroinambulanzen Drogenkonsumräume Kontaktläden Notfallwohnen		Ärztliche Versorgung
Repression	AA BMAS BMF BMI BMJ	Justizministerien Innenministerien Finanzministerien			
Forschung	BMBF BMG			Modellprojekte	Modellprojekte
Internationaler Austausch	AA BMG DB BMI				
Sonstiges	DB	Landessuchtbeauftragte			

AA: Auswärtiges Amt; BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung; BMELV: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; BMF: Bundesministerium für Finanzen; BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; BMG: Bundesministerium für Gesundheit; BMI: Bundesministerium des Innern; BMJ: Bundesministerium der Justiz; BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; DB: Drogenbeauftragte der Bundesregierung; SGB: Sozialgesetzbuch.

Es wird deutlich, dass allein die Identifikation der aufgewendeten Kosten (noch vor der Berechnung spezifischer Anteile für legale oder illegale Substanzen) mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Einige dieser Bereiche überlappen sich (d.h. die Betroffenen erhalten parallele Leistungen, die von unterschiedlichen Akteuren finanziert werden), andere schließen sich aus. Besonders schwierig ist vermutlich auch die Identifikation suchtspezifischer Kosten in den Querschnittsbereichen Polizei und Justiz.

Auch wenn diese Überlegungen bereits den hier nicht primär gegenständlichen Bereich der „nicht gekennzeichneten“ direkten Kosten berühren, sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass vermutlich insbesondere dieser Kostentyp der „nicht gekennzeichneten“ direkten Kosten einen erheblichen Teil einer umfassenden Gesamtkostenschätzung ausmachen würde. Es stellt sich daher die Frage nach der Aussagekraft der Zusammenstellung ausschließlich „gekennzeichneter“ direkter Kosten.

1.2 Angaben zu gekennzeichneten Kosten

1.2.1 Bundeshaushalt

Nachfolgend wird lediglich das Budget aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit differenzierter dargestellt, das sich vor allem mit der nationalen Außenvertretung und der Rahmengesetzgebung beschäftigt. Aufgrund der ausdifferenzierten Aufgabenbereiche können auch in den Budgets zahlreicher anderer Bundesministerien Ausgaben vermutet werden, die auch im Zusammenhang mit der Suchtproblematik stehen. Dazu gehören z.B. das Auswärtige Amt (z.B. Aktivitäten in Erzeugerländern), das Bundesministerium des Innern (z.B. Bundeskriminalamt), das Bundesministerium für Finanzen (z.B. Zollwesen), das Bundesministerium der Justiz (z.B. Bundesgerichte), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (z.B. Finanzierung der Suchtforschungsverbände) sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (z.B. Präventionsprogramme). Ein zusammenfassender Überblick existiert gegenwärtig nicht.

Laut Bundeshaushalt lagen die Aufwendungen des Bundesministeriums für Gesundheit für „Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ im Jahr 2006 bei 14,2 Mio. € (2005: 14,1 Mio. €). Bei der Verteilung der Mittel standen für Aufklärungsmaßnahmen 6,7 Mio. € (2005: 6,7 Mio. €), für Zuschüsse an zentrale Einrichtungen 1,0 Mio. € (2005: 1,0 Mio. €) und für die Förderung des nationalen Informationsknotens 662 Tsd. € (2005: 662 Tsd. €) zur Verfügung. Modellmaßnahmen wurden mit 4,5 Mio. € (2005: 4,5 Mio. €) und Forschungs- und Entwicklungsausgaben wie bereits im Vorjahr mit 1,0 Mio. € gefördert. Hinzu kommen die Ausgaben für die Fachreferate des Bundesministeriums für Gesundheit und die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Die Gesamtkosten dieser Einrichtungen unter Berücksichtigung sämtlicher Personal- und Sachmittel sind im Haushalt aber nicht gesondert ausgewiesen.

1.2.2 Gesetzliche Rentenversicherung

Die ambulante und stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ werden durch Leistungen der Rentenversicherung finanziert. Im Jahre 2005 sind die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2005) für Rehabilitation und sonstige Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (insgesamt) mit 494,0 Mio. € weiterhin (um etwa 6%) gesunken und erneut unter den Vorjahreswerten geblieben (2004: 524,6 Mio. €, 2003: 527,0 Mio. €). Es zeigen sich rückläufige bis stabile Budgets für stationäre Leistungen (2005: 390,6 Mio. €, 2004: 409,6 Mio. €, 2003: 415,2 Mio. €), Übergangsgeld (2005: 62,7 Mio. €, 2004: 77,1 Mio. €, 2003: 78,8 Mio. €) und sonstige Leistungen (2005: 10,6 Mio. €, 2004: 11,0 Mio. €, 2003: 10,8 Mio. €). Die Finanzierung ambulanter Leistungen hat sich im Gegensatz dazu um rund 12% weiter erhöht (2005: 30,0 Mio. € 2004: 26,9 Mio. €, 2003: 22,2 Mio. €).

Der Anteil von Drogen- und Medikamentenabhängigen an der Gesamtheit der Patienten, die wegen Suchtproblemen (d.h. v.a. im Zusammenhang mit Alkohol) insgesamt in Rehabilitations-Maßnahmen waren, betrug 2005 28,2% (2004: 26,6%). Schätzt man aus diesem Anteil das Budget für diese Personengruppe, so ergibt sich ein im Vergleich zum Vorjahr identischer Betrag von etwa 139,4 Mio. € (2004: 139,5 Mio. €).

Neben diesen Leistungen, die personenbezogen für die Behandlung von Suchtkranken zur Verfügung gestellt werden, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr auch die regionale Suchtselbsthilfe direkt mit 826 Tsd. € gefördert. Daneben erhielten die Mitgliedsorganisationen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Zuwendungen in Höhe von 1,4 Mio. €, die für die fachliche und organisatorische Unterstützung von Nachsorge und Selbsthilfe eingesetzt wurden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007).

1.2.3 Deutsche Suchthilfestatistik

Angaben aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erlauben einen Überblick über die Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Auch wenn nur weniger als die Hälfte (46,2%) der an der DSHS beteiligten Einrichtungen Angaben zu ihrem individuellen Budget geliefert hat, ergeben sich Hinweise auf die Finanzierungsstrukturen, die einen Überblick über die Art und Zusammensetzung der zur Verfügung stehenden Mittel erlauben. Die Arbeit der ambulanten Suchtberatungsstellen wird nach wie vor weitgehend (zu fast drei Vierteln) durch Kommunen und Bundesländer finanziert. Im Vergleich zum Vorjahr gab es praktisch keine Veränderungen. Das Budget setzte sich 2006 wie folgt zusammen: Kommunen 52,8% (2005: 54,2%), Landesmittel 21,1% (2005: 21,6%), Bundesmittel 0,2% (2005: 0,1%; nur Modellprogramme), Rentenversicherungsträger 7,1% (2005: 7,2%), Krankenkassen 1,1% (2005: 1,2%), Kostenbeiträge der Klienten 1,1% (2005: 1,2%), Arbeitsverwaltung 0,9% (2005: 0,7%), Eigenmittel der Verbände 5,9% (2005: 8,0%) und diverse sonstige Mittel 9,7% (2005: 8,4%) (Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a).

1.2.4 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankheitskosten 2004

Vom Statistischen Bundesamt wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2006 ein auf den Daten von 2004 beruhender umfangreicher Bericht zu den Ausgaben und Krankheitskosten in Deutschland vorgelegt². Die Gesundheitsausgabenrechnung liefert dabei differenzierte Daten zu den Trägern der Ausgaben sowie zur Verwendung der Mittel nach Leistungen und Leistung erbringenden Einrichtungen. Grundlage der Krankheitsdefinition in diesem Zusammenhang ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD 10). Eine Differenzierung der Berechnungen ist anhand der Hauptgruppen der ICD 10 und ausgewählter anderer Variablen wie z.B. Alter und Geschlecht möglich, so dass Angaben für den Gesamtbereich (F10-F19) der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gemacht werden können. Eine weitere Differenzierung nach einzelnen Substanzen ist aber nicht möglich.

Die in diesem Zusammenhang kalkulierten direkten Kosten für Krankheiten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Alle nicht-medizinischen Kosten (z.B. private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen) werden in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt.

Für die Berechnung der Krankheitskosten wird auf eine ganze Reihe von Datenquellen zurückgegriffen, die Angaben zahlreicher Krankenkassen, der Deutsche Rentenversicherung, einiger Forschungsgruppen und -Einrichtungen, kassenärztlicher Vereinigungen und medizinischer Dienste, des Robert-Koch-Instituts und weiterer Teilstatistiken des statistischen Bundesamtes berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit der Systematik der Berechnung ist zu berücksichtigen, dass es sich um einen Top-Down-Ansatz und damit um ein sekundärstatistisches Rechenwerk handelt (siehe 1.1 zu den mit dieser Vorgehensweise verbundenen Problemen). Erschwerend kommt bei dieser Analyse hinzu, dass eine saubere Differenzierung zwischen den durch einzelne Krankheiten verursachten Kosten nur bei einer eindeutigen und vollständigen Diagnosencodierung in den verfügbaren Datenquellen möglich ist. Unterschiedliche Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten, gesetzliche Vorgaben und Versorgungszusammenhänge führen allerdings dazu, dass Diagnosedichte und -qualität der verfügbaren Datenquellen gewissen Streuungen unterliegen.

Unter Rückgriff auf eine Schätzung von Uhl (2004) kann man jedoch davon ausgehen, dass nur etwa 10% der kalkulierten Kosten auf illegale Drogen zurückzuführen sind. Die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Statistischen Bundesamt errechneten Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope

² Alle Daten sind online unter www.gbe-bund.de verfügbar und stehen für Auswertungen zur Verfügung.

Substanzen (F10-F19) in Millionen Euro für Deutschland im Jahr 2004 nach Alter, Geschlecht und Einrichtungstyp sind Tabelle 2 und Tabelle 3 zu entnehmen.

Demnach werden über 70% der monetären Ressourcen aufgrund von Suchterkrankungen von Männern verbraucht, dieses Muster zieht sich konstant durch alle Altersgruppen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ergeben sich durchschnittliche Krankheitskosten pro Einwohner und Jahr in Höhe von 30 € (Männer: 50 €, Frauen: 20 €) für psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Tabelle 2. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Alter und Geschlecht (Mio. €)

Altersgruppe in Jahren	Männlich	Weiblich	Gesamt
<15	4	3	7
15<30	257	93	350
30<45	641	219	860
45<65	757	305	1.062
65<85	225	142	367
>=85	6	14	20
Gesamt	1.890	776	2.666

Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de.

Tabelle 3. Krankheitskosten in Deutschland (2004) für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) nach Einrichtungstyp und Geschlecht (Mio. €)

Einrichtungstyp	Männlich	Weiblich	Gesamt
Gesundheitsschutz	6	4	10
Ambulante Einrichtungen	183	106	289
Arztpraxen	81	57	138
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	12	6	18
Apotheken	57	28	85
Gesundheitshandwerk/-Einzelhandel	13	5	18
Ambulante Pflege	18	9	27
Sonstige ambulante Einrichtungen	2	1	3
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	1.443	561	2.004
Krankenhäuser	688	301	989
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	505	135	640
Stationäre/teilstationäre Pflege	250	125	375
Rettungsdienste	51	26	77
Verwaltung	172	62	234
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	34	18	52
Ausland	1	1	2
Einrichtungen insgesamt	1.890	778	2.668

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

Rund 75% der errechneten Kosten gehen in dieser Berechnung allein auf stationäre und teilstationäre Behandlungseinrichtungen zurück. Die Schwierigkeiten, verlässliche Angaben

zu den Kosten insbesondere der ambulanten Versorgung im Suchtbereich zu machen, spiegeln sich auch in diesen Daten des Statistischen Bundesamtes wider.

Offensichtlich werden bei diesen Angaben die Kosten für die ambulante Versorgung in erheblichem Maße unterschätzt. Zur Illustration soll folgende grobe Hochrechnung dienen: Basierend auf den Angaben von 54% der Einrichtungen, die sich an der deutschen Suchthilfestatistik beteiligen, haben Sonntag et al. (2006) das durchschnittliche Jahresbudget pro ambulanter Einrichtung im Jahr 2005 mit ca. 283.000 € angegeben. Extrapoliert man diese Angaben unter Vernachlässigung möglicher Verzerrungen (z.B. durch Überrepräsentanz größerer oder kleinerer Einrichtungen in der Statistik) auf die geschätzte Anzahl von N=934 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Simon 2005) in Deutschland, ergäbe sich für diesen Bereich ein Gesamtbudget von ca. 264 Mio. € (2004: 258 Mio. €, Sonntag et al. 2005). Selbst wenn man bei dieser Kalkulation berücksichtigt, dass dabei in erheblichem Maße Kosten Dritter Eingang in die Kalkulation finden, die bei den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes nicht berücksichtigt werden, zeigt sich doch ein erheblicher quantitativer Unterschied im Vergleich zu den vom Statistischen Bundesamt angegebenen Kosten in Höhe von nur 3 Mio. € für alle „sonstigen ambulanten Einrichtungen“ insgesamt. Laut Auskunft des Statistischen Bundesamtes werden in dieser Kategorie sämtliche ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die nicht einer der sonstigen aufgeführten ambulanten Kategorien zuzuordnen sind, zusammengerechnet. Da der hierbei verwendete Schlüssel aus der Gesamtberechnung der Gesundheitskosten für die Bundesrepublik Deutschland stammt und es sich für die meisten anderen (somatischen) Versorgungsbereiche um eine „Restkategorie“ handelt, ist davon auszugehen, dass das im Suchtbereich hoch spezialisierte und ausdifferenzierte ambulante Versorgungssystem hier in erheblichem Maße unterrepräsentiert ist. Eine endgültige Klärung dieser Frage ist jedoch aufgrund der vorliegenden Daten nicht unmittelbar möglich.

1.2.5 Angaben aus den Bundesländern

Eine vollständige oder auch nur annähernd repräsentative Übersicht zu den Landesmitteln, die für den Drogen- und Suchtbereich eingesetzt wurden, liegt bislang nicht vor und ist aus den oben genannten Gründen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Aus einzelnen Ländern liegen jedoch Informationen zu den Budgets der Suchthilfe vor (Haushalte der Länder). Projektbezogen finanzieren die Länder neben zum Teil auch spezifische Segmente der Suchthilfe wie z.B. die bereits im letzten REITOX-Bericht erwähnten Beauftragten für Suchtprophylaxe sowie kommunale Suchtbeauftragte in Baden-Württemberg oder die Fachkräfte für Suchtprävention in anderen Ländern.

Das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen hat 2005 15,8 Mio. € zur Bekämpfung der Suchtgefahren (ausgewiesene Mittel) aufgewendet. Die Gesamtsumme des unter dem gleichen Haushaltstitel ausgewiesenen Budgets ging 2006 (12,1 Mio. €) und 2007 (11,4 Mio. €) zurück. Allerdings sind die Budgets nicht unmittelbar vergleichbar, da ab dem 01.01.2007 die bisherige Form der Landesförderung durch eine fachbezogene pauschalierte und kommunalisierte Förderung ersetzt wurde. Damit werden die Mittel den Kreisen und kreisfreien Städten als fachbezogene Pauschale zum eigenverantwortlichen Mitteleinsatz zur

Verfügung gestellt (und werden auf Landesebene anders verrechnet). Im Landeshaushalt 2007 sind 0,72 Mio. € für Prävention vorgesehen (2006: 2,42 Mio. €), 76,0 Tsd. € für Untersuchungs- und Modellvorhaben (2006: 372,5 Tsd. €) und 0,62 Mio. € zur Bekämpfung der Glücksspielsucht (2006: 0,62 Mio. €) (Finanzministerium NRW 2007).

Das Land Mecklenburg-Vorpommern beziffert die für 2007 geplanten Ausgaben der öffentlichen Hand für den Suchtbereich entsprechend der für diesen Bereich im Landeshaushalt vorgesehenen Titel (direkte Kosten) mit insgesamt 1.977.300 €. Den größten Anteil nehmen dabei die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen mit 1.637.800 € ein (82,8%). Die Präventionsfachstelle (227.500 €, 11,5%), die Landesstelle für Suchtfragen (60.000 €, 3,0%) sowie Landesmittel für Suchtforschung in Höhe von 52.000 € (2,6%) vervollständigen das Budget (Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern im Auftrag des Sozialministeriums, persönliche Mitteilung).

Die Landesmittel für Zuwendungen im Bereich der Drogenhilfe im Bundesland Berlin betragen im Jahr 2006 ca. 7.900.000 €. Davon standen Mittel für Prävention in Höhe von knapp 1.000.000 € zur Verfügung.

In allen diesen Aufstellungen wird nicht zwischen legalen und illegalen Drogen differenziert. Darüber hinaus sind sämtliche Kosten der Strafverfolgung (Polizei, Gefängnisse, Gerichte) in diesen Budgets nicht berücksichtigt. Die Anteile zur Finanzierung der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Forschungsbudgets oder von Landeseinrichtungen wie Präventionsfachkräften oder Landesstellen für Suchtfragen unterscheiden sich darüber hinaus zum Teil erheblich zwischen den Bundesländern.

Dies soll am unmittelbaren Vergleich zwischen den Bundesländern Berlin und Mecklenburg-Vorpommern illustriert werden: Berlin hat mit 3,4 Mio. Einwohnern zwar nur etwa doppelt so viele Einwohner wie Mecklenburg-Vorpommern, das Budget für die Drogenhilfe des Landes Berlin ist aber etwa vier Mal so hoch wie der o.g. Vergleichswert für Mecklenburg-Vorpommern. Anforderungen, die an einzelne Länder hinsichtlich der notwendigen und zur Verfügung gestellten Mittel für die Suchthilfe gestellt werden, sind daher nicht proportional zur Einwohnerzahl zu sehen. Theoretisch wäre es möglich, die in den Bundesländern bereit gestellten Budgets über genaue Analysen der Länderhaushalte in Erfahrung zu bringen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass aufgrund des differenzierten Systems der Suchtkrankenhilfe eine erschöpfende Erfassung aller Budgetanteile in unterschiedlichen Ministerien der einzelnen Länder einen erheblichen Aufwand bedeuten würde. Hinzu kommt, dass eine Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen aufgrund der in praktisch keinem Fall vorhandenen Differenzierung zwischen diesen Bereichen nur unter Zuhilfenahme verschiedener noch zu entwickelnden Schätzverfahren sinnvoll erscheint.

Bis 2001 wurden im Rahmen der Länderkurzberichte noch Informationen zu den Landesmitteln für die Suchthilfe abgefragt. Der letzte verfügbare Gesamtwert wurde 2001 mit 136,0 Mio. € angegeben (Simon 2005), wobei auch hier nicht zwischen legalen und illegalen Substanzen differenziert wurde.

1.3 Angaben zu nicht-gekennzeichneten Kosten - COFOG

Die EBDD hat zur ersten Einschätzung der Kosten, die durch die öffentliche Hand in relevanten Sektoren aufgewendet werden, eine Klassifikation analog der von der UN definierten COFOG-Kriterien (Classification of the Functions of Government) vorgeschlagen (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4&Lg=1>). Entsprechend der Regulation der Europäischen Kommission Nr. 113/2002 vom 23.01.2002 sind die EU-Staaten im Rahmen des European Systems of National and Regional Accounts (ESA95) verpflichtet, innerhalb von 12 Monaten nach Ende des jeweiligen Berichtsjahres Angaben zu den Kosten in den 10 Hauptkategorien der COFOG zu liefern. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die entsprechenden gesamtstaatlichen Kosten von 2000 bis 2006, die vom Statistischen Bundesamt errechnet werden. Die Angaben beinhalten die Gesamtkosten, die sich aus den Einzelbeiträgen des Bundes, der Länder, von Gebietskörperschaften, Gemeinden und den Sozialversicherungen zusammensetzen.

Tabelle 4. Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen in Mrd. € (2001-2006)

COFOG Kategorie	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1 Allgemeine öffentliche Verwaltung	131,29	132,92	135,56	133,89	137,15	140,11
2 Verteidigung.	25,03	25,46	25,18	24,69	24,70	24,74
3 Öffentliche Ordnung und Sicherheit	35,15	36,07	36,12	36,37	36,19	36,30
4 Wirtschaftliche Angelegenheiten	88,66	85,20	83,77	80,03	77,80	75,22
5 Umweltschutz	12,34	11,36	11,16	11,01	11,17	11,55
6 Wohnungswesen und kommunale Gemeinschaftsdienste	21,89	22,99	23,56	23,31	22,47	21,42
7 Gesundheitswesen	132,79	136,75	139,85	135,38	139,40	143,21
8 Freizeitgestaltung, Sport, Kultur und Religion	14,87	14,67	14,44	14,30	14,40	14,41
9 Bildungswesen	89,09	92,36	93,33	93,35	92,99	93,63
10 Soziale Sicherung	453,95	473,06	485,24	487,27	492,21	492,95
Insgesamt	1.005,06	1.030,84	1.048,21	1.039,60	1.048,48	1.053,54

Um sich in einem ersten Schritt den drogenbezogenen Ausgaben zu nähern, sind insbesondere die Kategorien 3 (Öffentliche Ordnung und Sicherheit) sowie 7 (Gesundheitswesen) von Interesse. Die o.g. 10 Hauptkategorien (COFOG 1-Steller) werden in der Logik der Klassifikation noch weiter ausdifferenziert, um z.B. innerhalb der Gesamtausgaben für Öffentliche Ordnung und Sicherheit die Kosten für Polizei (3.1), Gerichtsbarkeit (3.3) oder Gefängnisse (3.4) unterscheiden zu können (COFOG 2-Steller). In ähnlicher Weise lassen sich die Gesamtangaben für die Kategorie 7 (Gesundheitswesen) im Rahmen der COFOG-Klassifikation z.B. für Medizinprodukte etc. (7.1), ambulante Versorgung (7.2), Krankenhäuser (7.3) und öffentliche Gesundheitsdienste (7.4) unterscheiden.

Die bisherige europäische Vereinbarung ESA95 verlangt von den Mitgliedsstaaten nur eine Berichterstattung auf Ebene der COFOG 1-Steller, entsprechend liegen Angaben für die COFOG 2-Steller für Deutschland bislang nicht vor. Eine Rückfrage beim Statistischen Bundesamt hat ergeben, dass gegenwärtig im Rahmen eines Pilotprojektes untersucht wird,

ob entsprechende Angaben auch für die Bundesrepublik valide zu errechnen (und in der Folge zu berichten) sind. Die Ergebnisse dieser ersten Modellrechnungen sind noch nicht verfügbar.

Weitere Angaben zu nicht-gekennzeichneten Kosten liegen derzeit für den Drogenbereich nicht vor.

1.4 Nationale Studien, Methoden und Ergebnisse

Für den Bereich der gesundheitsökonomischen Forschung alkoholbezogener Störungen liegen für Deutschland bereits einige Studien vor, die zum Teil sehr differenziert versucht haben, die entstehenden Kosten zu schätzen. Dabei wurden auch bereits konkrete Vorschläge unterbreitet und Erfahrungen gesammelt, wie mit bestimmten Problemen bei der Datenerhebung, -zusammenführung und -interpretation umzugehen ist. Im Gegensatz dazu gibt es bislang keine umfassende Studie, die versucht hat, entsprechende Kosten für den Bereich illegaler Drogen in Deutschland zu ermitteln oder die für Alkohol entwickelten Methodiken auf diesen Sektor zu übertragen. Dennoch existieren einige Studien, die mit der Untersuchung bestimmter ökonomischer Aspekte des Drogenkonsums wertvolle Beiträge zur Ausgestaltung einer zukünftigen Analyse der Kosten beitragen können.

1.4.1 Systematische Literatursuche

In diesem Zusammenhang wurde eine systematische Literatursuche in der deutschsprachigen Datenbank PSYNDEXplus® mit den acht verschiedenen Stichwortkombinationen „Drogen“+„Ausgaben“, „Drogen“+„Kosten“, „Sucht“+„Ausgaben“, „Sucht“+„Kosten“, sowie „drug“+ „expenditures“, „drug“+„costs“, „addiction“+„expenditures“ und „addiction“+„costs“, die jeweils um das Schlagwort „Germany“ ergänzt wurden, durchgeführt. Von insgesamt 166 Treffern blieben nach Ausschluss von thematisch unpassenden Arbeiten, Studien, die in anderen Ländern durchgeführt wurden, sich ausschließlich mit Alkohol befasst haben oder Übersichtsarbeiten ohne empirische Daten waren, noch 61 Studien, die sich mit illegalen Drogen und einer Kostenanalyse befasst haben. Nach Sichtung der abstracts und Abzug der Mehrfachnennungen blieben acht Studien übrig (vgl. Abschnitt 1.6 im Anschluss an dieses Kapitel), deren Berechnungen bestimmter ökonomischer Aspekte des Drogenkonsums möglicherweise Beiträge zur Ausgestaltung zukünftiger komplexerer Kostenmodelle leisten können. Darüber hinaus existieren zahlreiche Projektergebnisse lokaler oder regionaler Untersuchungen, die häufig nicht in einschlägigen Zeitschriften publiziert und daher auf diesem Weg nicht identifiziert werden können.

1.4.2 Spezialstudien im Rahmen des Modellprojektes zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige

Die gesundheitsökonomische Begleitforschung im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojektes zur Heroinvergabe hat sich den Kosten und Effekten der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur Methadonbehandlung gewidmet (v. d. Schulenburg & Claes 2006b). Diese Analyse erstreckte sich auf die ersten zwölf Studienmonate. Die

gesundheitsökonomische Evaluation (in die die Daten von 1.015 Studienteilnehmern eingegangen sind) kommt dabei zu dem Schluss, dass beide Studienbehandlungen aus Sicht der Kostenträger als auch aus gesellschaftlicher Perspektive kosteneffektiv sind.

Eine reine Betrachtung der Behandlungskosten ergab durchschnittliche jährliche Kosten der Studienbehandlung von 18.060 €³ je Studienteilnehmer in der heroingestützten Behandlung und 6.147 € je Studienteilnehmer in der Methadonbehandlung. Bei dieser Kalkulation wurden sowohl die Heroin- bzw. Methadonbehandlung als auch die psychosoziale Betreuung (mit jährlichen Kosten von 1.928 € je Studienteilnehmer) berücksichtigt.

Die Beurteilung der Kosten für beide Behandlungsansätze kommt nur dann zu einer Kosten sparenden Wirkung, wenn in die Berechnungen alle Kosten und Nutzen mit einbezogen werden, d.h. auch eine Bewertung aus gesellschaftlicher Sicht stattfindet. Dabei zeigte sich für die Heroingruppe ein insbesondere in Zusammenhang mit der rückläufigen Delinquenz stehender größerer Nutzen (gemessen in Geldeinheiten). Werden Krankheitskosten, Kosten bezüglich Delinquenz, Inhaftierung und Gerichtskosten zusammengenommen, wurden durch die Studienteilnehmer der Heroingruppe Ersparnisse in Höhe von ca. 6.000 € pro Jahr generiert, während die Methadongruppe *zusätzliche* Kosten in Höhe von rund 2.100 € pro Jahr verursachte.

Die zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse kommt zu dem Schluss, dass in der heroingestützten Behandlung weniger Aufwendungen notwendig sind, um eine Steigerung um ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY: Quality-Adjusted Life Year) zu erreichen als in der Methadonsubstitution. Allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse hier erheblich zwischen denjenigen Studienteilnehmern, die die jeweilige Behandlung vollständig beenden (Überlegenheit der Methadonbehandlung) und vorzeitigen Abbrechern (Überlegenheit der Heroingabe).

Die gesundheitsökonomische Evaluation des Modellprojekts zur kontrollierten Heroingabe weist allerdings einige Limitationen auf, da eine Reihe von Größen nur als Schätzungen in die Kostenberechnungen eingegangen sind oder nicht berücksichtigt werden konnten. Unter Berücksichtigung von Ergebnissen vergleichbarer Studien (Niederlande, Schweiz) und einiger Korrekturfaktoren verschieben sich die Kosten-Nutzwert-Verhältnisse hin zu einer Kostenersparnis beider Therapien aus gesellschaftlicher Perspektive.

Bei dieser Studie handelt es sich um keine reine Untersuchung der Ausgaben für eine bestimmte Behandlungsart. Auch in diesem Fall wurden komplexe Kosten-Nutzwert-Analysen vorgenommen, die verschiedene Parameter wie unmittelbare Kosten in Beziehung zu gesellschaftlichem Nutzen bzw. Gewinn an Lebensqualität der Klienten gesetzt haben (v. d. Schulenburg & Claes 2006b). Ergänzende quantitative und qualitative kriminologische Studien konnten einen deutlichen Rückgang der Delinquenz der Studienteilnehmer (vor allem in der heroingestützten Behandlung) belegen und haben z.B. den Behandlungsbedarf in Relation zur Prävalenz des Heroinkonsums oder die von den Konsumenten begangenen

³ Eine Modellrechnung kommt zu dem Schluss, dass die Heroingabe in der Regelversorgung gegenüber der Studienbehandlung rund 2.000 € je Patient und Jahr unterhalb der für die Studie errechneten Kosten liegt.

und angezeigten (bzw. juristisch verfolgten) Delikte differenziert betrachtet. Auch aus diesen Erfahrungen lassen sich möglicherweise Hinweise auf eine zukünftige Gesamtkostenrechnung ableiten.

1.4.3 Alkoholismusstudie des Robert Koch-Instituts (RKI)

In der im Jahr 2000 vom Robert-Koch-Institut (RKI) vorgelegten Alkoholismusstudie (Bergmann & Horch 2000, Bühringer et al. 2000) wurden beispielsweise Verfahren zur Anwendung gebracht, um das Problem der psychischen bzw. somatischen Komorbidität, die Einbeziehung von Kosten der Prävention, Forschung und Ausbildung und von Sachschäden und Arbeitsunfällen, die mit der betrachteten Substanz in Zusammenhang stehen, zu schätzen. Diese in Zusammenhang mit der Untersuchung alkoholbezogener Störungen bereits bewährten Vorgehensweisen ließen sich möglicherweise auch in zukünftigen Untersuchungen zur Gesundheitsökonomie illegaler Substanzen zur Anwendung bringen. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass grobe Schätzungen, die auf den wenigen vorliegenden internationalen Studien beruhen, mehr als 50% der kalkulierten Gesamtkosten des Substanzmissbrauchs allein dem Nikotinkonsum zuschreiben und weniger als 10% dem Konsum illegaler Drogen (Uhl 2004).

1.4.4 Kosten-Nutzen-Analyse zu Einspareffekte in Gefängnissen

Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg der Liga der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2004) hat eine Kosten-Nutzenanalyse zu Einspareffekten in Justizvollzugsanstalten durch Vermittlung von inhaftierten Drogenabhängigen in medizinische Rehabilitation vorgelegt. Im Rahmen dieser Studie kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass durch die Vermittlung von drogenabhängigen Inhaftierten in medizinische Rehabilitation allein im Bundesland Baden-Württemberg jährlich rund 120.000 Hafttage vermieden werden konnten, die umgerechnet etwa 330 Haftplätzen entsprechen. Daraus wurde geschlussfolgert, dass auf diesem Weg der Neubau einer weiteren Haftanstalt vermieden werden konnte. Dieses Beispiel zeigt sehr deutlich den häufig sehr umschriebenen Fokus der verfügbaren Arbeiten auf diesem Gebiet. Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass einzelne Untersuchungen wie diese wertvolle Hinweise auf Kalkulationsgrundlagen (in diesem Fall z.B. konkrete Kosten für Hafttage) liefern können, die in spätere komplexe Modelle eingebunden werden können.

1.4.5 Übersichtsarbeit zu Ausgaben für illegale Suchtmittel

In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit geben Erbas und Kollegen (2004) Schätzwerte der jährlichen Ausgaben für Suchtmittel in Euro an, die auf den von den Konsumenten jährlich aufzubringenden monetären Werten für den Erwerb bzw. Konsum dieser Substanzen beruhen. Einschränkend weisen die Autoren bereits darauf hin, dass bezüglich der illegalen Drogen natürlich davon auszugehen ist, dass es sich bei den Zahlen um besonders grobe Schätzungen handelt, die die Ergebnisse unterschiedlicher epidemiologischer Studien als Grundlage der Kalkulation der tatsächlichen Konsumentenpopulationen verwenden und diese Angaben um zahlreiche weitere Annahmen erweitern. Für illegale Drogen werden in diesem Beitrag folgende Kosten genannt:

- etwa 4,2 Milliarden € für Heroin
- etwa 1,5 Milliarden € für Cannabis
- etwa 0,6 Milliarden € für Ecstasy
- Zusammen: Etwa 6,3 Milliarden €

Selbstverständlich sind auch diese Ausgaben nicht als direkte gekennzeichnete Kosten im Sinne öffentlicher Ausgaben für illegale Drogen zu sehen. Bezogen auf die Therapie von Opiatabhängigen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass basierend auf vorliegenden Schätzwerten (die zum Teil aus sehr alten Quellen stammen), die durch Entwöhnungsbehandlungen zu erreichenden Einsparungen in Höhe von geschätzten etwa 240 Mio. € sich in etwa mit den Ausgaben für diese Therapien die Waage halten (ca. 250 Mio. €).

1.4.6 Kosten des Umgangs mit harten Drogen, Schätzung von 1995

Grundlage für zahlreiche Kostenschätzungen im Bereich illegaler Drogen in Deutschland stellt nach wie vor eine vor mehr als zehn Jahren von Hartwig & Pies (1995) veröffentlichte Studie dar, die aus einem Gutachten hervorging, das im Auftrag des Justizministeriums des Landes Hessen erstellt worden war. Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine sehr detaillierte Abschätzung der Kosten vorgenommen, die im Zusammenhang mit harten Drogen in Deutschland anfallen. Die Autoren haben bei ihrer Analyse Daten des Statistischen Bundesamtes, des Bundeskriminalamtes und weiterer Quellen, wie z.B. der Behandlungsdokumentation berücksichtigt. Diese Daten wurden in einem komplexen Verfahren und unter Einbeziehung zahlreicher ergänzender Annahmen miteinander in Beziehung gesetzt, um Kostenschätzungen für Drogenkriminalität, Morbidität und Mortalität, Drogenhilfe sowie Prävention und Forschung vornehmen zu können. Aufgrund der detaillierten Darstellung der zugrunde liegenden Kalkulationsmethode und der Berücksichtigung von Informationen aus verschiedenen Bereichen (Strafverfolgung, Behandlung, Inhaftierung) wird diese Studie bis heute in Ermangelung ähnlich umfangreicher Alternativen als Grundlage für die Beantwortung von Fragen zu Kostenschätzungen zitiert, obwohl die Datengrundlagen z.T. über 15 Jahre alt sind (z.B. die Angaben zu den Kosten der Krankenhausbehandlungen, die aus dem Jahr 1991 stammen).

Basierend auf den damals verfügbaren Informationen haben Hartwig & Pies die Kosten für die durch Heroin verursachte Drogenkriminalität im engeren Sinne auf etwa 620 Mio. € (davon: Polizei: 246 Mio. €, Justiz: 75 Mio. €, Inhaftierungskosten: 300 Mio. €), für die Beschaffungskriminalität auf etwa 970 Mio. € geschätzt (davon: Polizei: 659 Mio. €, Justiz: 189 Mio. €, Inhaftierungskosten: 122 Mio. €, rechtswidrig erlangte Geldwerte: 1.648 Mio. €). Unter Einbeziehung der damals verfügbaren Informationen zu Kosten aus dem Bereich der ambulanten Beratung und Therapie, der stationären Therapie, der Krankenhausbehandlung, der Prävention und Forschung sowie der aufgewandten Mittel zur Anbausubstitution errechnete sich damals eine Gesamtsumme von geschätzten rund 7,0 Milliarden €⁴.

⁴ Die Kosten für Morbidität und Mortalität (i.S. volkswirtschaftlicher Wertschöpfungsverluste) wurden damals mit 3.447 Mio. € berechnet. Die Gesamtkosten der Drogenhilfe haben Hartwig & Pies mit insgesamt 308 Mio. € berechnet (davon: 282 Mio. €

Um Hinweise auf den Anteil der heroinbezogenen Kosten für Polizei und Justiz zu erhalten, haben die Autoren damals auf die Anteile der aufgeklärten Rauschgiftdelikte an der aufgeklärten und registrierten Gesamtkriminalität zurückgegriffen. In ähnlicher Art und Weise wurden die Kosten für die Justiz basierend auf den Anteilen der einschlägigen Straftaten (BtmG-Delikte) berechnet.

Bereits zum Zeitpunkt der Veröffentlichung haben die Autoren ihre Angaben mit zahlreichen Einschränkungen versehen und auf die erheblichen Probleme bei der Berechnung einzelner Positionen hingewiesen. Dies äußerte sich zum Teil in mangelnder Verfügbarkeit relevanter Kalkulationsschlüssel oder aktueller Daten (so wurden bereits damals veraltete Krankenhausdaten verwendet oder Angaben z.B. einzelner Bundesländer geschätzt). Darüber hinaus wurden direkte, indirekte, gekennzeichnete und nicht-gekennzeichnete Kosten aus unterschiedlichen Quellen miteinander kombiniert und in Beziehung gesetzt. Als grundsätzlich problematisch erweist sich zusammenfassend, dass

- a) sich das Behandlungssystem in Deutschland seit Mitte der neunziger Jahre erheblich verändert hat, z.B. durch die Ausweitung der Substitutionsbehandlung) und
- b) die Untersuchung von Hartwig & Pies vor allem darauf abzielte, eine Kostenschätzung basierend auf dem Konsum harter Drogen (vor allem Heroin-/ Opiatkonsumenten) vorzunehmen, die im Vergleich zur Gesamtpopulation der Konsumenten illegaler Drogen sicherlich eine erheblich umschriebener Gruppe darstellen. So sind auch zahlreiche Annahmen, die im Text in Zusammenhang mit Heroinkonsumenten getroffen werden, nicht ohne weiteres auf Drogenkonsumenten im Allgemeinen übertragbar.

1.5 Expertenkontakte

Dr. Eckardt Bergmann

(Alkohol)

Robert-Koch-Institut

General-Pape-Str. 62-66

D-12101 Berlin

Tel.: +49 / (0)30 / 45 47 33 43

Fax: +49 / (0)30 / 45 47 31 09

E-mail: bergmann@rki.de

Prof. Dr. Gerhard Bühringer

(Alkohol, Illegale Drogen)

TU Dresden/ IFT München

Chemnitzer Straße 46

D-01187 Dresden

Tel.: +49 / (0)351 / 46 33 98 28

Fax: +49 / (0)351 / 46 33 98 30

E-mail: buehringer@psychologie.tu-dresden.de; buehringer@ift.de

Prof. Dr. Uwe John

(Alkohol)

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Walter-Rathenau-Str. 48

D-17487 Greifswald

Tel.: +49 / (0)3834 / 8677-00/03

Fax: +49 / (0)3834 / 86 66 84

E-mail: ujohn@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Hans Joachim Salize

(Alkohol, psych. Störungen)

ZI für seelische Gesundheit

AG Versorgungsforschung J5

D-68159 Mannheim

Tel.: +49 / (0)621 / 1703-6401

Fax: +49 / (0)621 / 1703-6405

E-mail: salize@zi-mannheim.de

Prof. Dr. Johann-Matthias

Graf von der Schulenburg

(Heroinstudie)

Leibniz-Universität Hannover

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

Institut für Versicherungsbetriebslehre

Königsworther Platz 1

D-30167 Hannover

Tel.: +49 / (0)511 / 762 50 83

E-mail: ybl@ivbl.uni-hannover.de

Prof. Dr. Jürgen Wasem

(Methoden, Grundlagen)

Universität Duisburg / Essen

Universitätsstraße 2

D-45141 Essen

Tel.: +49 / (0)201 / 183 42 83

Fax: +49 / (0)201 / 183 40 73

E-mail: juergen.wasem@uni-essen.de

Prof. Dr. Manfred Zielke

(Versorgungssystem)

Wissenschaftsrat der Allg. Hospitalges.

Lange Koppel 10

D-24248 Mönkeberg

Tel.: +49 / (0)431 / 239 99 90

Fax: +49 / (0)431 / 239 99 91

E-mail: mzielke@ahg.de

1.6 Ergebnis der Literaturrecherche

Ates, T., Langer, B., Erbas, B., Tretter, F. & Wehner, B. (2005). Evaluierung von Arbeitsprojekten bei Drogenabhängigen im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse. *Das Gesundheitswesen*, 67 (2), 159-162.

Buschmann-Steinhage, R. (1991). Zur Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmassnahmen für Abhängigkeitskranke. *Deutsche Rentenversicherung*, 69-179

Gallander, S. & Neumeyer, J. (2001). Zu volkswirtschaftlichen Kosten der Drogenprohibition. In: A. Schmieder & A. Legnaro (Ed.): *Deregulierung der Sucht*. Münster:..Series: Jahrbuch Suchtforschung, Band 2

Glaeske, G. (1992). Auf Heller und Pfennig - Kosten und Nutzen der Suchtkrankenversorgung. Aus der Sicht einer Krankenkasse. In: G. Wienberg: *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 69-80.

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann,, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreiss, R. Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. & Zemlin, U. (1998). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 11, 55-67.

Salize, H.J., Stamm, K., Merkel, S, & Mann, K. (2006). Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland - Gibt es Leben in der Wüste? *Sucht*, 52(2), 105-111.

Schnabel,, P., Ernst, L. & Hillenkamp, R. (2000). Sozialökonomie als Bewertungs- und Planungsgrundlage betrieblicher Suchtprävention. *Sucht*, 46(6), 439-451.

Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52(2), 121-132.