

TEIL IV SCHÜSSELTHEMEN

1 Ausgaben zur Reduzierung der Nachfrage im Jahr 1999

1.1 Konzepte und Definitionen

In diesem Kapitel werden gemäß den Vorgaben der EBDD die nationalen Kosten für Deutschland zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen zusammengestellt. Die Komplexität des Themas würde ein eigenes Projekt erfordern, wie es etwa in Frankreich durchgeführt wurde (Kopp 2001). Für Deutschland ist dies zur Zeit nicht möglich. Es kann deshalb lediglich eine Abschätzung zumindest eines Teilbereichs der Kosten erfolgen. Dabei werden ausschließlich direkte Kosten für die Öffentlichkeit berücksichtigt, die sich im Umgang mit den Konsumenten ergeben. Kosten für die Drogenkonsumenten (z.B. für den Kauf von Drogen), Dritte (z.B. durch Diebstähle in Folge von Beschaffungskriminalität) sowie für bestimmte Sekundärfolgen (z.B. für die Behandlung von Folgeerkrankungen außerhalb der Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen) werden nicht berücksichtigt.

Diese Abschätzung basiert auf zwei Ansätzen:

- Soweit drogenspezifische Budgets der öffentlichen Hand bekannt sind, werden diese verwendet.
- In einigen Bereichen liegen aufgrund der großen Zahl finanzierender Stellen (Kommunen, Länder) und der häufig nicht ausreichend differenzierten Haushaltspläne keine spezifizierten Angaben vor. In diesen Fällen wurde stattdessen versucht, die Kosten abzuschätzen.

1.2 Finanzierungsmechanismen

Eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen in Deutschland die **Krankenversicherungen und Rentenversicherungen**. Sie sind im Rahmen entsprechender Gesetze (insbesondere Sozialgesetzbuch) eigenständige Organisationen der Selbstverwaltung, die ihren Versicherten gegenüber eine direkte Verantwortung tragen. Es bestehen in beiden Bereichen mehrere Organisationen, die privatwirtschaftlich, gemeinnützig oder öffentlich organisiert sind.

Für die Akutbehandlung sind die Krankenversicherungen zuständig, für Maßnahmen der Rehabilitation (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) die Rentenversicherungsträger. Es gibt Rentenversicherungsträger auf der Ebene von Ländern und Regionen sowie für bestimmte Berufsgruppen. Gesamtstatistiken liegen für die Träger vor, die der „gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)“ zuzurechnen sind. Es handelt sich dabei immer um beitragsfinanzierte Mittel der Versicherten.

Für Patienten, bei denen kein Versicherungsschutz durch Kranken- oder Rentenversicherung gegeben ist, übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Kosten für Behandlung der Drogenabhängigkeit - das sind die **Kommunen** oder regionalen Organisationen. Diese tragen auch einen großen Teil der nicht-medizinischen und sozialen Angebote für diese

Patienten. Es handelt sich hierbei immer um steuerfinanzierte Mittel der Sozialhilfe oder um öffentliche Zuschüsse.

Alternativ bzw. ergänzend zu den öffentlichen Trägern beteiligen sich an der Versorgung auch kirchliche und nichtkonfessionelle Wohlfahrtsverbände (vor allem Beratungsangebote, soziale Maßnahmen). Für die Durchführung ihrer Aktivitäten werden zwar öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt, die Einrichtungen bringen aber einen Eigenbeitrag - etwa aus der Kirchensteuer - auf.

Für die medizinischen Leistungen und zunehmend auch für Beratungsangebote können die Kosten jeweils dem einzelnen Klienten zugeordnet werden. Ein großer Teil der Sozialarbeit und der niedrighschwelligigen Angebote wird nach wie vor über öffentliche Haushalte und die Haushalte der Leistungserbringer finanziert.

1.3 Nationale und regionale Budgets

Die rechtliche und finanzielle Verantwortung für einen großen Teil der Aktivitäten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen liegen in Deutschland nicht bei der Bundesregierung. Nach der Verfassung der Bundesrepublik sind für die Gesundheitsversorgung die Länder und die Kommunen verantwortlich.

Die **Bundesebene** trägt die Verantwortung für den gemeinsamen Rahmen, etwa in Form der nationalen Betäubungsmittelgesetzgebung. Bundesmittel stehen zur Verfügung, um Modellprojekte zu entwickeln, Forschung zu fördern und nationale Verpflichtungen zu erfüllen.

Die **Länder** sind für die Bereiche Sicherheit (Strafverfolgung, Polizeiarbeit, Strafvollzug), das öffentliche Gesundheitswesen, das Schulwesen und die Jugendarbeit verantwortlich. Ausgaben für den Bereich der Nachfragereduzierung finden sich deshalb in den Budgets aller 16 Bundesländer.

Die **Kommunen** müssen die Bürger unterstützen, die durch eigenes Einkommen oder Sozialversicherungen nicht ein bestimmtes Existenzminimum erreichen. Die Leistungen der Sozialhilfe und Jugendhilfe können dabei auch für Aktivitäten im Rahmen von Suchtarbeit eingesetzt werden.

Das Zusammenspiel der verschiedenen Organisationen ist dynamisch. Verantwortlichkeiten und damit auch Ausgaben für bestimmte Tätigkeitsfelder im Zusammenhang mit der Reduzierung der Nachfrage nach Drogen können sich deshalb durchaus verändern. So haben Rentenversicherungen in den letzten Jahren Schritt für Schritt einen steigenden Anteil ambulanter Behandlung (Rehabilitation) finanziert, die vorher ausschließlich über direkte öffentliche Zuschüsse (an Drogenberatungsstellen) bezahlt wurden. Bestimmte Leistungen können von verschiedenen Trägern bezahlt werden, es gibt jedoch klare Vorrangregeln. So übernimmt die kommunal finanzierte Sozialhilfe erst dann Behandlungskosten, wenn keine Sozialversicherung besteht.

1.4 Ausgaben in verschiedenen Bereichen

1.4.1 Prävention

Prävention wird von unterschiedlichen Trägern durchgeführt (vgl. 9) und aus zahlreichen Haushalten finanziert. Häufig kann kein spezifischer Betrag für drogenbezogene Aktivitäten ausgewiesen werden. Weil in der Primärprävention heute der Umgang mit illegalen und legalen Substanzen in der Regel gemeinsam angesprochen wird ist schon aus fachlichen Gründen eine Trennung meist nicht möglich.

Prävention im Rahmen der Schulerziehung ist Teil der Länderhaushalte für Kultur und Erziehung. Zusätzliche Angebote ambulanter Einrichtungen werden in der Regel durch globale, kommunale und Landeszuschüsse abgedeckt. Eine Abschätzung der spezifischen Kosten für präventive Maßnahmen liegt selten vor. Anders ist es bei Maßnahmen, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, im Verantwortungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung) auf nationaler Ebene durchgeführt werden. Hier finden sich Bundesbudgets, die den verschiedenen Tätigkeitsfeldern - etwa einzelnen Kampagnen - direkt zugeordnet werden können.

Auch die Polizei ist präventiv tätig. Dölling (1996) gibt eine Übersicht über die verschiedenen Arbeitsfelder, eine Projektsammlung des Bundeskriminalamtes (2000) für das Jahr 1999 liegt ebenfalls vor. Während fachliche, rechtliche und organisatorische Aspekte dabei ausführlich diskutiert werden, liegen keine Angaben über Kosten vor. Häufig werden einzelne Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen (oft zeitbefristet) für diese speziellen Aufgaben zur Verfügung gestellt.

1.4.2 Schadensminimierung

Der größte Teil der Angebote (vgl. 10) wird aus kommunalen und Landesmitteln finanziert. Eine nationale Kostenübersicht liegt nicht vor. Soziale Folgeschäden des Drogenkonsums - der Verlust von Arbeit oder Defizite in der schulischen und beruflichen Ausbildung etc. - werden auch durch Maßnahmen der Arbeitsverwaltung und aus dem Sozialbereich bekämpft. Ein differenzierter Nachweis darüber, welche Mittel tatsächlich der hier angesprochenen Personengruppe zugute kommt, liegt für Deutschland jedoch nicht vor.

1.4.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung

Drogenkonsumenten werden nicht nur in spezialisierten Einrichtungen betreut, sondern auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. In Deutschland wurde eine erhöhte Prävalenz von Alkoholabhängigen unter den Patienten von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten festgestellt. Behandlungsgrund ist dabei häufig nicht die Suchtproblematik, sondern deren direkte oder indirekte Folgen, z. B. Unfallverletzungen während einer Intoxikation. Ähnliches dürfte auch für Drogenkonsumenten gelten (vgl. Rehm et al. 2001). Eine Abschätzung der dabei entstehenden Kosten ist derzeit nicht möglich.

1.4.4 Spezialisierte Behandlung

Organisation

Spezialisierte Behandlung mit dem Ziel der Drogenfreiheit wird konzeptionell in vier Phasen unterteilt, für die unterschiedliche Träger und damit auch unterschiedliche Finanzierungssysteme zuständig sind (weitere Angaben vgl. 11): (1) Kontakt- und Motivationsphase, (2) Entzugsphase, (3) Entwöhnungsphase und (4) Integrations- und Nachsorgephase.

Zuordnung der Ausgaben

Maßnahmen der Kontakt- und Motivationsphase werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Etwa ein Drittel der Kosten in den ambulanten Einrichtungen wird von den Trägern selbst aufgebracht. Ambulante Suchthilfe wird mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung (ambulante Rehabilitation) zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger Leistungen der Länder und Kommunen finanziert. Ein rechtlicher Anspruch auf diese Unterstützung besteht nicht.

Für die Entzugsbehandlung liegt die Federführung in Händen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Entwöhnungsbehandlung ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, die diese Behandlung als medizinische Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen ihrer Leistungen finanziert. Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf einige Ausnahmen (z.B. Empfehlungsvereinbarung) keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier auf individuelle Finanzierungsmodelle angewiesen.

Für die Berechnungen, die sich nach Vorgabe der EBDD auf das Jahr 1999 beziehen, sind folgende Eckdaten zu berücksichtigen, die dem Länderkurzbericht 1999 (Bundesministerium für Gesundheit 2000) sowie dem Bericht der Gesetzlichen Rentenversicherungsträger 1999 (VDR 2001) entnommen wurden:

- Es gibt 295 spezialisierte Drogenberatungsstellen und weitere 656 Suchtberatungsstellen mit Landesförderung, die auch Drogenkonsumenten betreuen. 1644 Plätze stehen für Drogenabhängige für den Entzug und 4.894 Plätze für die Entwöhnung zur Verfügung (Bundesministerium für Gesundheit 2000).
- Im Jahr 1999 wurden von den Rentenversicherungsträgern insgesamt 7.164 stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige, weitere 2.332 Behandlungen wurden für Mehrfachabhängige bewilligt (VDR 2001).

Aktuellere Daten und mehr Details finden sich zu den genannten Themen in Kapitel 11.

1.4.5 Strafverfolgung

Die Verantwortung für die Strafverfolgung liegt in erster Linie bei den Bundesländern. Dem - entsprechend sind die Budgets der Länder zu berücksichtigen. Nationale Organisationen wie das Bundeskriminalamt nehmen Servicefunktionen für die Ländereinrichtungen wahr und dienen der Koordination und Kommunikation. Während detaillierte Statistiken über Straftaten

und Straftäter vorliegen, stehen keine detaillierten Informationen über Kosten der Strafverfolgung für bestimmte Arbeitsbereiche zur Verfügung.

1.5 Schlussfolgerungen

Bei der Berechnung des Kostenaufwandes wurden folgende Richtgrößen verwendet, die aus diversen Quellen stammen, aber dort nicht immer im einzelnen belegt wurden:

- Kosten der Strafhaft: 180 € pro Tag, 65.700 € pro Jahr, (Hartwig & Pies 1995)
- Kosten pro ambulanter Beratungsstelle: 253.000 € (494,795 DM; Türk & Welsch 2000a)
- Einrichtungskosten pro Vollzeitstelle: 48.900 € pro Jahr (EBIS 1999 zeigt folgende Mittelwerte: 5,17 Mitarbeiter, Budget 494,795 DM; Türk & Welsch 2000b)
- Tagessatz stationäre Suchtbehandlung: 90 € (Welsch 2001b)
- Tagessatz für Krankenhaus mit psychiatrischen Betten: 202,19 € (Statistisches Bundesamt 2002a)
- Im niedrigschwelligen Bereich wurde für die Berechnung der Kosten von einem Personalschlüssel von 1 Mitarbeiter pro 12 Betreuungsplätzen ausgegangen. Diese Zahl wird für vergleichbare Einrichtungen in einem Bundesland angesetzt.

Der Kostenaufwand wurde auf der Grundlage von Tagessätzen oder anhand der Zahl von (Vollzeit-)Mitarbeitern errechnet. Dabei wird angenommen, dass in allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe der Personalkostenanteil ähnlich hoch ist - in ambulanten Beratungsstellen liegt er bei etwa 80% (Welsch 2001a). Die Bezahlung der Mitarbeiter ist bundesweit ähnlich, da sie durch ein weitgehend einheitliches System (BAT bzw. AVR) geregelt wird. Mit den genannten Berechnungsgrößen kann eine adäquate Abschätzung des (unbekannten) tatsächlichen Aufwandes erfolgen, soweit keine spezialisierten Kostenangaben (Budgets) vorliegen.

Für 1999 liegen einige Statistiken nur für die Gesamtheit aller Suchterkrankungen vor. Eine grobe Abschätzung der spezifischen Kosten, die sich davon auf Drogenabhängigkeit beziehen, basiert auf Daten der Rentenversicherung über die Verteilung von Entwöhnungsmaßnahmen. Von 37.200 abgeschlossenen stationären Behandlungen wurden 9.496 wegen Drogenabhängigkeit oder Mehrfachabhängigkeit durchgeführt. Dies entspricht 25,5%. Dieser Anteil wird im Folgenden zur Abschätzung der anteiligen Kosten der Behandlung von Drogenabhängigkeit im stationären Bereich verwendet.

In ambulanten Einrichtungen wird von einem Anteil der Klienten mit Problemen vorrangig im Bereich illegale Drogen in Höhe von 23,9% ausgegangen (EBIS 2000). Im Bereich Primärprävention und Forschung wurden die Gesamtmittel eingesetzt.

Tabelle 44 gibt eine Übersicht, welche Kosten berücksichtigt wurden und welche der Datenquellen - Budgets oder Aufwandschätzung - dabei eingesetzt wurde. In einigen Bereichen konnte aus keinem der beiden Ansätze eine Kostenschätzung vorgenommen werden. Die Kosten ambulanter Rehabilitation, die von der Rentenversicherung getragen

werden, sind bereits in den Kosten der spezialisierten ambulanten Behandlungseinrichtungen enthalten und wurden deshalb nicht extra berücksichtigt.

Tabelle 1: Arbeitsfelder, Budgets und Kostenaufwand

Prävention		Budgets	Schätzung des Aufwands	Hinweis
	Information	x		
	Massenmediale Aktivitäten	x		
	Polizeiliche Präventionsarbeit			k.A.
Schadens- minimierung				
	Notfallhilfe			k.A.
	Notschlafstellen		x	
Spezialisierte Behandlung				
	Substitution			
	Psychosoziale Begleitung bei Substitution		x	
	„Graue Substitution“		x	
	Ambulante Beratung		x	
	Entzug		x	
	Stationäre Rehabilitation	x		
	Eingliederung in Arbeit		x	
	Betreutes Wohnen		x	
Allgemeine Gesundheits- versorgung				
	Ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten			k.A.
	Krankenhausbehandlung		x	
Strafverfolgung				
	Polizeiarbeit			k.A.
	Rechtsprechung			k.A.
	Kosten des Strafvollzugs		x	
	Kosten des Maßregelvollzug		x	
Sonstiges				
	Landesmittel	x		

Tabelle 45 enthält die Angaben, die zu Ausgaben in verschiedenen Arbeitsfeldern eruiert werden konnten. Manche Mittel sind dabei speziellen Institutionen zuzuordnen, in anderen Fällen liegt eine Mischfinanzierung vor.

Die Auswertung der Länderkurzberichte (Bundesministerium für Gesundheit 2000) geht von 951 ambulanten Beratungsstellen für Suchtkranke aus. In dieser Zahl sind alle Stellen berücksichtigt, die Landesmittel erhalten. Andere Quellen (DHS 2000) kommen mit breiteren Einschlusskriterien auf 1390 Stellen. Da nur zur ersten Gruppe Angaben über Ausstattung etc. vorliegen, wurden die Berechnungen auf diese bezogen. Es wurde der Anteil der Kosten für Drogenabhängige auf der Grundlage des Klientenanteils in der ambulanten Klientel geschätzt.

Aufwendungen für die Rehabilitation von Suchtkranken wurden von den gesetzlichen Trägern der Rentenversicherung in Höhe von 434,0 Mio € gemeldet. Legt man wiederum den Anteil von 25,5% zugrunde, der sich auf stationäre Maßnahmen bezieht, so ergibt sich ein Betrag von 110,7 Mio €.

In die Berechnungen einbezogen werden insgesamt 1.880.673 Pflēgetage in Psychiatrischen Krankenhäusern bzw. entsprechenden Fachabteilungen für den Bereich Sucht in 1999 (Statistisches Jahrbuch 2001a). Beim Ansatz des genannten Anteils der illegalen Drogen an den Gesamtsuchterkrankungen für stationäre Behandlung ergeben sich 479.572 Pflēgetage. Wird der durchschnittliche Tagessatz für psychiatrische Einrichtungen in Höhe von 202,19 € (Statistisches Jahrbuch 2002a) verwendet, so errechnen sich Gesamtkosten von 97,0 Mio €.

Vom Gesamtbudget der Bundesländer für „Sucht“ in Höhe von 127,1 Mio € wird ein Anteil von 23,9% berücksichtigt - analog zum Anteil von Klienten mit illegalen Drogen in ambulanten Beratungsstellen. Damit ergibt sich ein Betrag von 30,4 Mio €.

Insgesamt ergibt sich bei diesem Verfahren ein Betrag von 602,5 Millionen €, der in den genannten Arbeitsfeldern ausgegeben wurde. Die Kosten für den Strafvollzug mit 239,1 Millionen € liegen dabei als *Einzelposten* an der Spitze, obwohl durch die Selektion der entsprechenden Paragraphen („Allgemeine Verstöße“) Handelsdelikte nicht berücksichtigt wurden. Für spezialisierte ambulante Beratung und spezialisierte stationäre Rehabilitation werden mit insgesamt rund 168,6 Millionen € weniger Mittel eingesetzt. Einschließlich der Kosten für Schadensminimierung und allgemeine Gesundheitsversorgung werden insgesamt 276,6 Mio € für die Behandlung drogenbezogenen Störungen ausgegeben (Tabelle 45).

Tabelle 2: Kostenschätzung für verschiedene Arbeitsfelder pro Jahr

Arbeitsfeld		Budget		Aufwand		
		Herkunft	Betrag (Mio €)	Berech. - Grundlage	Kosten pro E/MA/T	Betrag (Mio €)
Prävention	Information	BMGS/ BZgA	--			
	Massenmediale Aktivitäten	BMGS	6,6			
	Polizeiliche Prävention					
Schadensminimierung	Notfallhilfe					
	Notschlafstellen			61 MA	48.900 €/MA	3,0
Spezialisierte Einrichtungen	Forschung, Monitoring, Training	BMGS	1,1			
	Substitutionsbehandlung			32.447 PL	?	--
	Psychosoziale Begleitung			272 MA	48.900 €/MA	13,3
	„Graue Substitution“			20.000 PL	?	
	951 ambulante Beratungsstellen 23,9% der Klienten mit Hauptdiagnose illegale Drogen (inkl. ambulanter Behandlung)			228,7 E	253.000€/E	57,9
	Entzug			1644 PL	?	
	Stationäre Rehabilitation 25,5,% der Gesamtaufwendungen von 434 Mio €	VDR	110,7			
	Eingliederung in Arbeit			1049 PL = 87 MA	48.900 €/MA	4,3
Betreutes Wohnen			1961 PL = 163 MA	48.900 €/MA	8,0	
Einrichtungen der Allgemeinen Gesundheitsversorgung	Ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten					
	Krankenhausbehandlung 25,5% von 1.880.673 Pflgetagen (Psychiatrie, Suchtkrankheiten)			479.572 T	202,19 €/T	97,0
Strafverfolgung	Polizeiarbeit					
Rechtsprechung	Rechtsprechung					
	Strafvollzug (Btm §29,1)			3.640 PL	65.700€/ PL	239,1
	Maßregelvollzug			473 PL	65.700€/ PL	31,1
Sonstige	Landes - „Suchtbudget“ 127,1 Mio€,Drogen:23,9%	Länder	30,4			
Gesamt			148,8			453,7
Total			602,5			

MA: Mitarbeiter PL: Betreuungs-/Behandlungsplätze E: Einrichtung T: Pflgetage

1.6 Methodische Hinweise und Diskussion

Bei dieser erstmals durchgeführten Berechnung der direkte Kosten für alle Aktivitäten zur Reduzierung der Nachfrage nach Drogen konnten eine Reihe wichtiger Positionen auf Grund fehlender Daten nicht berücksichtigt werden:

- Polizeiliche Präventionsarbeit
- Notfallhilfe
- Ambulante Behandlung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung
- Polizeiarbeit
- Rechtsprechung.

Nur an wenigen Stellen fand sich tatsächlich eine klare Zuordnung von präventiven Aktivitäten und Budgets zum Thema „Reduzierung der Nachfrage nach Drogen“. Zum einen sind unterschiedliche Aktivitäten so untrennbar verwoben, dass eine Aufgliederung in Teilaktivitäten und -budgets praktisch nicht möglich ist. Auch in den Fällen, in denen Daten vorliegen, ist die Abgrenzung zu unspezifischen Ausgaben nicht immer möglich. Dies zeigt sich etwa am „Suchtetat“ der Stadt Hamburg, der durch administrative Besonderheiten des Stadtstaates auch Mittel der Sozialhilfe enthält. Dadurch ergibt sich im ein Jahresbudget, das etwa 4 Mal so groß ist wie das von Berlin - ohne dass damit eine Aussage über Unterschiede in den spezifischen Angeboten in den beiden Städten möglich sind.

Einige der genannten Werte weisen zudem Überlappungen auf. So wird aus den Landes-suchtbudgets auch ein Teil der Maßnahmen im Bereich Schadensminimierung und spezialisierte Behandlung finanziert, die in Tabelle 45 speziell dargestellt wurden. Dadurch werden die Mittel geringfügig überschätzt.

Andererseits bestehen große Lücken in der Kostenschätzung, die vor allem durch fehlende Angaben für den Bereich Substitutionsbehandlung gegeben sind. Des weiteren sind Aufwendungen in ambulanten Einrichtungen nicht berücksichtigt, die nicht mit Landsmitteln gefördert werden. Die DHS geht von 1390 Einrichtungen im Vergleich zu 951 ambulanten Stellen aus (Bundesministerium für Gesundheit 2000), welche hier angesetzt sind. Insgesamt ist deshalb von einer erheblichen Unterschätzung der Gesamtkosten auszugehen.

Nicht alle beteiligten Institutionen können Zahlen über ihr Budget im Bereich Sucht vorlegen und nur wenige davon können dies speziell für illegale Drogen differenzieren. Der Mangel an zuordenbaren Spezialbudgets wird durch die Tatsache unterstrichen, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen auf Anfrage nicht mitteilen konnten, welcher Anteil ihrer Präventionsmittel für Drogen verwendet wird. Trotz der genannten Schwierigkeiten können jedoch für zahlreiche Bereiche konkrete Zahlen berechnet oder zumindest abgeschätzt werden. Im Laufe der nächsten Zeit soll die Kostenaufstellung mit verschiedenen Fachleuten diskutiert werden, so dass mögliche Fehler und Ungenauigkeiten für den nächsten Jahresbericht durch verbesserte Berechnungen behoben werden können.

1.6.1 Literatur

Siehe Literaturverzeichnis

