

Epidemiologische und ökonomische Aspekte von Substanzmittelgebrauch

Jürgen Rehm^{1, 2, 3}, Ulrich Frick¹

Zusammenfassung

Suchtmittelgebrauch ist mit gravierenden Krankheitsfolgen und hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden. Zu beachten ist, dass Kosten auch außerhalb des Gesundheitswesens anfallen, beispielsweise im Polizeiwesen und Justizbereich oder im Sozialwesen. Jeweils circa 4% der gesamten weltweiten Krankheitsbelastung sind durch Tabak und Alkohol bedingt. Durch illegale Drogen wird annähernd ein weiteres Prozent verursacht. Die Folgen von Suchtmittelgebrauch fallen dabei nur zu einem relativ geringen Ausmaß bei Personen an, die im Sinne psychiatrischer Diagnostik als abhängig zu bezeichnen sind. Daher müssen Interventionen zur Reduktion von Konsum-induzierten Folgen weit über rein therapeutische Maßnahmen hinausgehen. Bei legalen Drogen hat sich beispielsweise eine hohe Besteuerung in vielen Regionen der Welt als kosteneffektivste Maßnahme zur Reduktion von substanzbedingten Folgen herausgestellt.

1. Risiken von Sucht versus Risiken von Substanzmittelgebrauch

Der Gebrauch von sogenannten „Suchtmitteln“ (hier synonym mit Substanzmittelgebrauch verwendet) bezeichnet ein kulturell geprägtes Verhalten, das vor allem wegen seiner gesundheitlichen Konsequenzen in den Fokus von Epidemiologen und Ökonomen, aber auch von Politikern gelangt ist. So starben im Jahre 2000 allein geschätzte 7 Millionen Menschen an den Folgen von Alkohol-, Tabak- und illegalem Drogenkonsum (Ezzati et al., 2002; WHO, 2002; siehe auch unten), wobei die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak weitaus bedeutsamer waren als die illegalen Drogen.

¹ Institut für Suchtforschung, Zürich, Schweiz
² Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada
³ Public Health Sciences, University of Toronto, Kanada

Danksagung:
 Die WHO Genf, das schweizerische Bundesamt für Gesundheit (Vertrag # 00.001588), der Schweizerische Nationalfonds, das Institut für Suchtforschung in Zürich, die Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme in Lausanne, und das Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, Kanada haben die vorliegende Studie finanziell und/oder technisch unterstützt. Vielen Dank!

Über Mortalitätsfolgen hinausgreifend verursachen Suchtmittel auch eine hohe Krankheitsbelastung, wie sie z.B. definiert wird als verlorene Lebensjahre durch frühzeitigen Tod oder durch Behinderung (siehe unten). Entstehen diese Folgen von Suchtmittelkonsum nur bei süchtigen, d.h. abhängigen oder Missbrauch betreibenden Personen (definiert etwa nach ICD 10 oder DSM IV)? Ganz sicher nicht! Dazu einige Beispiele (siehe auch Rehm, 2003a): Alkohol bedingte Verkehrs- oder sonstige Unfälle, die fast die Hälfte aller Alkohol bedingten Todesursachen ausmachen (Rehm et al., 2003a, im Druck), betreffen in den meisten Gesellschaften mehrheitlich Personen, die zwar situativ zu viel getrunken haben, aber insgesamt nicht als abhängig zu bezeichnen sind. Ein anderes Beispiel: auch schon bei durchschnittlich einem Glas Wein pro Tag erhöht Alkoholkonsum messbar das Krebsrisiko (Rehm et al., 2003b). Von Sucht kann bei solchen Trinkmengen sicherlich keine Rede sein. Ebenso können beim Rauchen somatische Schäden auch ohne Sucht entstehen. Und durch Cannabiskonsum beding-

te Verkehrsunfälle werden je nach Gesellschaft zumeist von Nichtabhängigen, aber akut bekifften Fahrern verursacht.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung von Personen mit und ohne psychiatrische Diagnosen in der Bundesrepublik Deutschland. Zur Unterscheidung der Konsumgruppen wird hier der Begriff des „risikanten Konsums“ verwendet, mit dem ein regelmäßiger oder gelegentlicher, aber hoher Konsum von Substanzmitteln bezeichnet wird. Regelmäßig hoher Konsum ist mit vielen chronischen Krankheiten verbunden (Rehm & Room, im Druck), situativ hoher Konsum (Rehm et al., 1996) und die daraus ggf. folgende Berausung eher mit akuten Folgen (z.B. Alkohol- oder Cannabiskonsum steigern so das Risiko für Verkehrsunfälle). Für alle Substanzen bildet der Konsum durch Personen, die die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose erfüllen, nur einen Bruchteil des Gesamtkonsums. Wir werden uns daher in der vorliegenden Arbeit auf den gesamten Bereich der von Substanzmitteln bedingten Folgen beziehen.

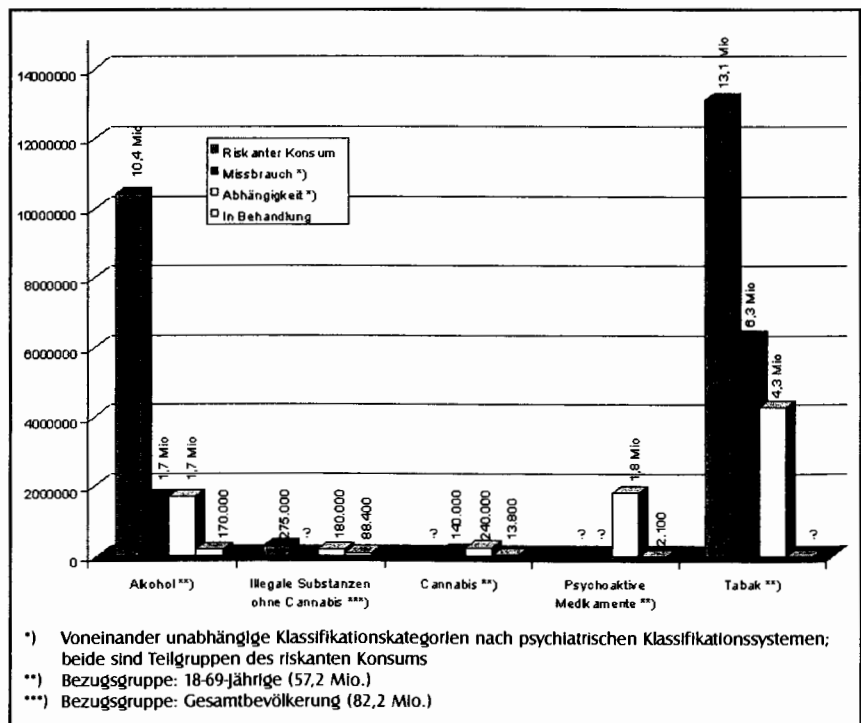


Abb. 1: Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und Zahl der jährlichen Behandlungsfälle in Deutschland 2000-2001 (nach Bühringer et al., 2002; s. http://www.ift.de/IFT_deut/Daten/praevalenz.htm)

2. Substanzmittel und Krankheitsbelastung

Krankheitsbelastung wird seit einigen Jahren von der Weltgesundheitsorganisation WHO und zunehmend auch von vielen anderen Forschern in „disability adjusted life years“ (DALYs; Murray & Lopez, 1996) gemessen. DALYs als Globalindex für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung (Murray et al., 2000) fassen zwei Komponenten von gesundheitlicher Belastung zusammen:

- zum einen die verlorenen Lebensjahre infolge eines im Vergleich zur statistischen Lebenserwartung in Japan (als das Land mit der derzeit längsten Lebenserwartung!) verfrühten Todes, und
- zum anderen die durch Funktionseinschränkungen („disability“) „verlorenen“, d.h. gewichtet verrechneten Lebensjahre (Murray & Lopez, 1996) nach dem jeweiligen Krankheitseintritt.

Für in Krankheit verbrachte Lebensjahre wird dabei angenommen, dass jede Krankheit spezielle Behinderungsfolgen hat, die mit Hilfe von sogenannten Behinderungsgewichten („disability weights“) über alle Diagnosen und Störungen hinweg vergleichend quantifiziert und dann mit der jeweiligen durchschnittlichen Krankheitsdauer verrechnet werden können. Leichte gesundheitlich bedingte Unpässlichkeiten wie z.B. eine Heiserkeit haben in der Berechnungsmethode der WHO sehr kleine Behinderungsgewichte nahe dem Wert Null. Schwerwiegende Krankheiten führen zu höheren Behinderungsgewichten, die sich dann je nach Schweregrad bis hin zu Werten nahe Eins steigern können. Das Gewicht von Eins entspricht einem vorzeitigen Versterben und bildet die obere Grenze für die Gewichtung dieser verlorenen Jahre.

In fast allen öffentlichen Gesundheitswesen in den etablierten Marktwirtschaften zielt man implizit oder explizit vornehmlich auf die Steigerung der krankheitsfreien Lebensjahre (Committee of Inquiry, 1988). Mit der Einführung von DALYs als Morbiditätsmaß der Bevölkerung kann diese Zielsetzung annähernd beibehalten werden, kommt aber infolge der neuen Gewichtung möglicherweise zu ande-

Tab. 1: Krankheitsbelastung als Folge von Substanzgebrauch im Jahre 2000 nach ökonomischer Entwicklung und Geschlecht

	Entwicklungsländer mit hoher Mortalität			Entwicklungsländer mit niedriger Mortalität (Schwellenländer)			Industrienationen (sehr geringe Mortalität)			Weltweit		
	(AFR-D, AFR-E, AMR-D, EMR-D, SEAR-D)			(AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B)			(AMR-A, EUR-A, EUR-B, EUR-C, WPR-A)					
	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide
Gesamt DALYs (000)	420711	412052	832763	223181	185316	408497	117670	96543	214213	761562	693911	1455373
Anteil verursacht durch												
Rauchen und oraler Tabakkonsum	3.4%	0.6%	2.0%	6.2%	1.3%	4.0%	17.1%	6.2%	12.2%	6.3%	1.6%	4.1%
Alkohol	2.6%	0.5%	1.6%	9.8%	2.0%	6.2%	14.0%	3.3%	9.2%	6.5%	1.3%	4.0%
Illegale Drogen	0.8%	0.2%	0.5%	1.2%	0.3%	0.8%	2.3%	1.2%	1.8%	1.1%	0.4%	0.8%

Tabelle 1 (fortgeführt)

Die folgende regionale Gruppierung wurde von der Weltgesundheitsorganisation auf der Basis von Säuglings-, Kinder-, und Erwachsenenmortalität vorgenommen

Afrika D	Algerien, Angola, Äquatorialguinea, Benin, Burkina Faso, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau Kamerun, Kap Verde, Komoren, Liberia, Madagaskar, Mali, Mauretanien, Mauritius, Niger, Nigeria, Sao Tome und Principe, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Togo, Tschad
Afrika E	Äthiopien, Botswana, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, Eritrea, Kenia, Kongo, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Ruanda, Sambia, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Tansania, Uganda, Zentralafrikanische Republik
Amerika A	Kanada, Kuba, Vereinigte Staaten von Amerika
Amerika B	Antigua und Barbuda, Argentinien, Bahamas, Barbados, Belize, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, El Salvador, Grenada, Guyana, Honduras, Jamaika, Kolumbien, Mexiko, Panama, Paraguay, St. Kitts and Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Suriname, Trinidad und Tobago, Uruguay, Venezuela
Amerika D	Bolivien, Ecuador, Guatemala, Haiti, Nicaragua, Peru
Östlicher Mittelmeerbereich B	Bahrain, Iran (Islamische Republik), Jordanien, Katar, Kuwait, Libanon, Libyen, Saudi Arabien, Syrien, Tunesien, Vereinigte Arabische Emirate, Zypern
Östlicher Mittelmeerbereich D	Afghanistan, Ägypten, Dschibuti, Irak, Jemen, Marokko, Pakistan, Somalia, Sudan
Europa A	Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tschechische Republik
Europa B	Albanien, Armenien, Aserbajdschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Jugoslawien, Kirgisistan, Mazedonien, Polen, Rumänien, Slowakei, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Usbekistan
Europa C	Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Moldawien (Moldau), Russische Föderation, Ukraine, Ungarn, Weissrussland
Südost-Asien B	Indonesien, Sri Lanka, Thailand
Südost-Asien D	Bangladesch, Bhutan, Indien, Korea (Demokratische Volksrepublik), Malediven, Myanmar, Nepal
Westpazifik A	Australien, Brunei, Japan, Neuseeland, Singapur
Westpazifik B	China, Cookinseln, Fidji, Kambodscha, Kiribati, Korea (Republik), Laos (Demokratische Volksrepublik), Malaysia, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Nauru, Niue, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Salomonen, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

A steht für sehr niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, B für niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, C für niedrige Kinder- und hohe Erwachsenensterblichkeit, D für hohe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit und E für sehr hohe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit (WHO, 2000)

ren Entscheidungen. DALYs als Morbiditätsmaß eignen sich auch vortrefflich, um den Einfluss von Alkohol, Tabak und illegale Drogen auf Gesundheit bzw. Krankheit gerade im Vergleich zu den „klassischen“, somatischen Risikofaktoren zu quantifizieren.

Die verschiedenen, von den epidemiologischen Risikofaktoren Alkohol, Tabak, und illegale Drogen (hier operationalisiert als injizierte Drogen: Amphetamine, Heroin und andere Opioide, Kokain) hervorgerufenen Krankheitsbelastungen sind in Tabelle 1 angetragen.

Alkohol und Tabak verursachen vergleichbare Morbiditätslasten in der Bevölkerung, jeweils ca. 4% der Gesamtbelastung (gemessen in DALYs). Beide Substanzen verursachen in etwa fünf Mal so viel Krankheitsbelastung wie illegale Drogen (Tabelle 1). Man beachte aber, dass die Morbiditätslast sich deutlich unterscheidet von den Verhältnissen, die im Gefolge des Substanzkonsums bei der Mortalität auftreten, also bei der Anzahl an Substanz bedingten Todesfällen. Tabak verursacht weltweit weit mehr Sterblichkeit als Alkohol und illegale Drogen zusammen (Tabelle 2)!

	Entwicklungsländer mit hoher Mortalität			Entwicklungsländer mit niedriger Mortalität (Schwellenländer)			Industrienationen (sehr geringe Mortalität)			Weltweit		
	(AFR-D, AFR-E, AMR-D, EMR-D, SEAR-D)			(AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B)			(AMR-A, EUR-A, EUR-B, EUR-C, WPR-A)					
	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide	Männer	Frauen	Beide
Gesamt (000)	13758	12654	26412	8584	7373	15957	6890	6601	13491	29232	26629	55861
Anteil verursacht durch												
Rauchen und oraler Tabakkonsum	7.5%	1.5%	4.6%	12.2%	2.9%	7.9%	26.3%	9.3%	18.0%	13.3%	3.8%	8.8%
Alkohol	2.6%	0.6%	1.6%	8.5%	1.6%	5.3%	8.0%	-0.3%	3.9%	5.6%	0.6%	3.2%
Illegale Drogen	0.5%	0.1%	0.3%	0.6%	0.1%	0.4%	0.6%	0.3%	0.5%	0.6%	0.2%	0.4%

Tab. 2. Mortalität als Folge von Substanzgebrauch im Jahre 2000 nach ökonomischer Entwicklung und Geschlecht (eigene Berechnungen nach WHO 2002)

Die Ursache der Unterschiede zwischen beiden Indikatoren ist leicht erklärbar: Tabak steigert das Auftreten von Krankheiten nach einer langen Latenzzeit besonders im hohen Alter. Tabakfolgekrankheiten verlaufen dann oft tödlich. Dagegen steigert Alkoholkonsum das Auftreten von Krankheiten und von Unfällen im weitaus jüngeren Lebensalter, wobei die Alkoholfolgekrankheiten zunächst oft nicht tödlich, sondern chronisch behindernd verlaufen. Insgesamt wird aber das Sterberisiko populationsbezogen vom Alkohol weitaus weniger gesteigert als von Tabak. In Zahlen ausgedrückt: 70% der von Tabak verursachten Sterblichkeit betrifft Personen, die über 60 Jahre alt sind, aber nur 33% der alkoholbedingten Todesfälle fallen in diese Alterskategorie, und gar nur 0% der drogenbedingten Todesfälle.

Es hat sich in der industriellen Entwicklung immer wieder bewährt, dass mit fortschreitender ökonomischer Entwicklung auch die durch psychotrope Substanzen verursachte Krankheitsbelastung relativ zu allen Belastungen zunimmt. Einzige Ausnahme von dieser Erfahrungsregel sind die alkoholbedingten Sterbefälle und die aus Alkoholkonsum resultierende Krankheitsbelastung, welche in den jüngsten Untersuchungen in der Region der so genannten Schwellenländer proportional höher ausfallen als in den Industrienationen (siehe Tabellen 1 und 2).

Welches sind nun genau die Krankheiten, die durch Suchtmittelgebrauch (mit)bedingt werden? Tabelle 3 gibt eine Übersicht.

Es existieren große Unterschiede zwischen den Regionen, was die Rolle der verschiedenen Substanzen und ihren Beitrag zur Krankheitslast insgesamt angeht. Tabak hat im wesentlichen zwei große Krankheitsfolgen, Lungenkrebs/Bronchitis sowie kardiovaskuläre Krankheiten. Insgesamt verursacht Tabak derzeit weltweit mehr als die Hälfte der Krankheitsbelastung durch Lungenkrebs, mit sehr hoher Verursachungsrate insbesondere bei Männern. Alkohol ist dagegen an einer Vielzahl von chronischen Krankheiten, Unfällen und Verletzungen maßgeblich beteiligt. Insgesamt sind 40% der alkoholbedingten Krankheitsbelastung unfallbedingt (Rehm et al., 2003a, b, im Druck). Untersucht man aber die Krankheiten und Unfallkategorien im einzelnen, so ist jeweils nur ein relativ geringer Anteil vom Alkohol bedingt. Selbst bei Leberzirrhose liegt der alkoholbedingte Anteil bei weniger als einem Drittel weltweit (siehe Tabelle 3). Eine Ausnahme von dieser „Alkohol ist ein Faktor unter vielen“ – Regel bilden natürlich die Krankheitsbilder „Alkoholabhängigkeit“ sowie „Alkoholmissbrauch“,

	Entwicklungsländer mit hoher Mortalität		Entwicklungsländer mit niedriger Mortalität (Schwellenländer)		Industrienationen (sehr geringe Mortalität)		Weltweit		
	(AFR-O, AFR-E, AMR-O, EMR-O, SEAR-D)		(AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B)		(AMR-A, EUR-A, EUR-B, EUR-C, WPR-A)				
	Männer	Frauen	Männer	Females	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Beide
Rauchen und Kautabak									
Mund- und Rachenkrebs	29%	35%	0%	0%	0%	0%	15%	20%	16%
Lungenkrebs	75%	25%	57%	20%	90%	69%	76%	42%	66%
Andere Krebsarten	5%	0%	12%	1%	19%	2%	13%	1%	7%
Chronische Bronchitis (COPD)	58%	19%	35%	14%	79%	57%	49%	24%	38%
Kardiovaskuläre Krankheiten	14%	2%	12%	2%	32%	10%	19%	4%	12%
Alkohol									
Mund- und Rachenkrebs	11%	4%	28%	10%	41%	28%	22%	9%	19%
Speiseröhrenkrebs	17%	6%	42%	16%	46%	36%	37%	15%	29%
Leberkrebs	23%	10%	32%	21%	36%	28%	30%	13%	25%
Andere Krebsarten	2%	1%	5%	2%	11%	8%	6%	3%	4%
Unipolare Depression	2%	0%	3%	0%	7%	2%	3%	1%	2%
Epilepsie	14%	7%	27%	13%	45%	36%	23%	12%	18%
Alkoholabhängigkeit / -missbrauch	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Koronare Herzkrankheiten	7%	0%	5%	0%	2%	-3%	4%	-1%	2%
Haemorrhagischer Schlaganfall	7%	2%	21%	2%	26%	0%	18%	1%	10%
Ischaemischer Schlaganfall	1%	0%	3%	0%	5%	-16%	3%	-6%	-1%
Leberzirrhose	19%	7%	45%	13%	63%	49%	39%	18%	32%
Verkehrsunfälle	19%	5%	25%	8%	45%	18%	25%	8%	20%
Unfälle durch Ertrinken	8%	4%	10%	6%	43%	25%	12%	6%	10%
Stürze	5%	1%	8%	3%	21%	8%	9%	3%	7%
Vergiftungen	7%	3%	11%	7%	43%	26%	23%	9%	18%
Andere unabsichtliche Unfälle	10%	4%	15%	6%	32%	16%	15%	5%	11%
Selbst verursachte Verletzungen / Suizid	8%	2%	10%	5%	27%	12%	15%	5%	11%
Totschlag	18%	12%	28%	16%	41%	32%	26%	16%	24%
Andere vorsätzliche Verletzungen	7%	3%	20%	11%	32%	19%	13%	7%	12%
Illegale Drogen									
HIV/AIDS	0%	0%	28%	9%	43%	68%	4%	1%	2%
Drogenabhängigkeit / -missbrauch	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Unabsichtliche Unfälle	1%	0%	1%	1%	2%	6%	1%	1%	1%
Selbst verursachte Verletzungen / Suizid	10%	2%	1%	0%	5%	9%	5%	2%	4%

Tab. 3: Anteil an ausgewählten substanzbedingten Krankheiten für das Jahr 2000 (% DALYs pro Krankheitskategorie nach WHO 2002)

die trivialerweise schon per Definition vollständig durch Alkohol bedingt sind. Analoges gilt natürlich auch hinsichtlich der Verursachung von Drogenabhängigkeit bzw. -missbrauch durch illegale Drogen. Als Folgekrankheit im Bereich illegaler Drogen sind HIV Infektionen zu erwähnen. Auch hier wandelt sich aber die relative Bedeutung je nach Weltregion: In den ärmsten Ländern sind weniger als 0.5% der HIV Infektionen durch Drogenabhängigkeit bedingt (also auf dem Wege des Spritzentausches). Sexuelle Übertragung ist hier der zentrale Infektionsweg. Dagegen verursachen in etablierten Industrienationen riskante Applikationsformen von intravenös applizierten illegalen Drogen ungefähr die Hälfte der hier registrierten HIV Infektionen.

3. Ökonomische Aspekte

Hinsichtlich ökonomischer Aspekte gibt es drei wichtige Studientypen (siehe auch Rehm, 1999):

- Studien zu sozialen Kosten
- Kosten-Nutzen Studien
- Studien zur vergleichenden Kosteneffektivität verschiedener Interventionen

Studien zu sozialen Kosten quantifizieren die enormen Kosten, die für moderne Marktwirtschaften durch Suchtmittelkonsum entstehen. Für Deutschland wurde

beispielsweise berechnet, dass Alkohol 1995 knapp 40 Milliarden DM an sozialen Kosten verursachte. Abbildung 2 gibt einen Überblick.

Soziale Kosten des Opiatkonsums in Deutschland wurden 1992 mit knapp 14 Milliarden DM geschätzt. Dabei machen die Behandlungskosten mit über 600 Millionen nur den kleinsten Teil dieser Kosten aus (Tabelle 4). Die sozialen Kosten von Tabak liegen, berücksichtigt man die Erfahrungen aus strikt vergleichbaren Studien, noch höher als die von Alkohol (Single et al., 1998).

Solche Zahlen sind beeindruckend, liefern aber für sich betrachtet noch keine Handlungsanweisungen zur Reduktion der Suchtmittel bedingten Belastung. Therapie ist eine Möglichkeit zur Reduktion Suchtmittel bedingter Kosten. In vielen Analysen haben suchtherapeutische Maßnahmen einen Nutzen erzielt, der die Kosten z.T. weit überstieg. Dies gilt sogar für langfristige Substitutionsmaßnahmen wie Heroinverschreibung, die durch z.T. täglich mehrfach notwendige Betreuung sehr aufwändig sind (Frei et al., 2000).

Aus verschiedenen Gründen greifen jedoch reine Kosten-Nutzen-Überlegungen zur Suchttherapie für eine Evaluation der ökonomischen Implikationen des Substanzkonsums insgesamt zu kurz. Ein

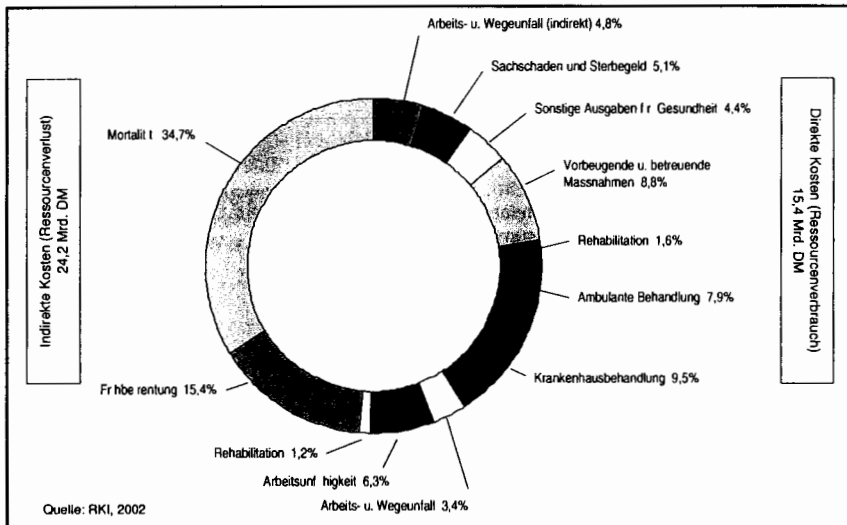


Abb. 2: Kosten Alkohol bedingter Krankheiten in Deutschland 1995

wichtiger Grund hierfür ist die Tatsache, dass Sucht und süchtiges Verhalten nur für einen bestimmten Teil von Suchtmittel bedingten Kosten verantwortlich sind (siehe oben). Aber selbst wenn dies nicht der Fall wäre, könnte es ja andere Methoden, z.B. Prävention geben, die ggf. noch ein besseres Verhältnis von Kosten und Nutzen haben (Bruun et al., 1975; Babor et al., 2003). Selbstverständlich muss dies im Einzelnen jeweils untersucht werden: Prävention ist genauso wenig wie Therapie per se wirksam und kosteneffektiv und sollte daher mit den gleichen Prinzipien der „evidence based medicine“ untersucht werden. Und in der Tat hat sich herausgestellt, dass viele Maßnahmen zur Suchtprävention kaum Effekte haben, ganz zu schweigen von Kosteneffektivität (Rehm, 2003b). Zu diesen folgenlosen Aktionen mit hohem Publikumswert gehören beispielsweise die meisten Massenmedien- und Schulkampagnen (Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003).

Dennoch haben vergleichende Untersuchungen der WHO herausgefunden, dass für legale Drogen, d.h. Alkohol und Tabak, Steuererhöhungen als Präventionsmethode äußerst kosteneffektiv sind (Chisholm et al., eingereicht; Shibuseta et al., 2003). Mit anderen Worten: wenn Suchtmittelkonsum von einer Public Health Perspektive aus betrachtet wird,

kann durch Steuererhöhungen in den meisten Teilen der Welt mit weniger Aufwand ein ungleich höherer Nutzen erzielt werden als durch Therapie. Dies gilt selbst im Vergleich mit kostengünstigen Therapiearten wie sog. Kurztherapien im Alkoholbereich, die hohen Nutzen bei relativ geringen Kosten erbringen (Babor et al., 2003). Und selbstverständlich sind in den entsprechenden Berechnungen auch mögliche Steigerungen von Schwarzmarktaktivitäten als Folge von Steuererhöhungen schon mit einberechnet worden.

4. Weiter gehende Überlegungen

Der Konsum von Substanzmitteln verursacht enorme Krankheitsbelastungen und Kosten weltweit, aber besonders in etablierten Marktwirtschaften wie Deutschland. Es gibt aber kosteneffektive Möglichkeiten, diese Belastungen zu reduzieren (siehe als Überblick Babor et al., 2003). Diese Möglichkeiten (wie insbesondere Steuererhöhungen) sind aber häufig politisch nicht durchsetzbar und so dominieren Interventionen wie Schul- oder Massenmedienkampagnen, die niemandem weh tun, aber auch selten nachweisbare Erfolge bei der Reduktion von Substanzmittel bedingten Schä-

	Soziale Kosten in DM (1992)	% Anteil
Kriminalität	6.334.8	46.1%
Produktivitätsverluste	6.741.1	49.0%
Behandlungskosten	602.4	4.4%
Andere	70.2	0.05%
Gesamt	13.748.5	100.0%

Tab. 4: Soziale Kosten von Opiatkonsum in Deutschland 1992 (Hartwig & Pies, 1995)

den gezeigt haben. Wenn wir die Schäden durch Alkohol, Tabak und illegale Drogen in Deutschland aber wirklich reduzieren wollen, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die empirisch belegbare Erfolge zeigen. Moderne Therapien sind, schon aus ethischen Gründen, ein Teil dieser Maßnahmen, weil sie Personen helfen, die bereits abhängig sind. Sie müssen aber mit knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssektor zunehmend durch Maßnahmen ergänzt werden, die entsprechende Probleme (und damit Kosten) erst gar nicht entstehen lassen.

Literatur:

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity – A Consumer's Guide to Public Policy. Oxford, etc.: Oxford University Press.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M. et al. (1975). Alcohol Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Bühringer, G., Kraus, L., & Augustin, R. (2002). Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und Zahl der jährlichen Behandlungsfälle in Deutschland. Von: http://www.ift.de/IFT_deut/Daten/praevalenz.htm (zuletzt abgerufen 22.01.04).

Chisholm D., Rehm J., van Ommeren M., Monteiro, M. on behalf of WHO-Choice (eingereicht). Reducing the global burden of heavy alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. Addiction.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., et al. (1994). Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Horn, S. & Murray, C.J.L. and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet, 360: 1347-1360.

Frel, A., Greiner, R., Mehnert, A. & Dinkel, R. (2000). Socioeconomic evaluation of the trials for the medical prescription of opiates, final report. In: Gutzwiller F. & Steffen T. (Hrsg.), Cost Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Basel: Karger Verlag.

Hartwig, K. & Pies, I. (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Tübingen: J.C.B. Mohr.

Mathers, C.D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue M., Tomijima, N., Bernard, C., Lopez, A.D. & Murray, C.J.L. (2002). Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results. Geneva: World Health Organization (also available under www.who.int).

Murray, C.J.L. & Lopez, A. (1996). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Murray, C.J.L., Salomon, J.A. & Mathers, C. (2000). A critical examination of summary

Fachbeiträge

measures of population health. Bulletin of the World Health Organization, 78 (8): 981-994.

Committee of Inquiry (1988). Public Health in England. The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Cmnd 289. London: HMSO.

Rehm, J. (1999). Ökonomische Aspekte von Substanzmißbrauch. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen (pp. 118-127). Stuttgart: G. Thieme Verlag.

Rehm, J. (2003a). Suchtmittel und Public Health. Suchttherapie, 4: 72-75.

Rehm, J. (2003b). Ist Suchtprävention generell wirtschaftlich? Suchttherapie, 4: 8-11.

Rehm, J., Ashley, M.J., Room, R., Single, E., Bondy, S., Ferrence, R. & Giesbrecht, N. (1996). On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. Addiction, 91: 1615-1621.

Rehm, J. & Room, R. (im Druck). The global burden of disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drugs. In Stockwell, T., et al. (eds.), Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. Chichester: Wiley.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C.T., Frick, U. & Jernigan, D. (im Druck). Alcohol. In: Ezziati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A. & Murray, C.J.L. (Hrsg.), Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease due to Selected Major Risk Factors. Geneva: WHO.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C.T. (2003b). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - An overview. Addiction, 98: 1209-1228.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C.T. & Jernigan, D. (2003a). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. European Addiction Research, 9: 157-164.

RKI (Robert Koch Institut) (2002). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Hrsg: Robert Koch-Institut, Berlin; Druck: Mercedes-Druck, Berlin.

Shibuya, K., Ciecierski, C., Guindon, E., Bettcher, D.W., Evans, D.B. & Murray, C.J.L. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidenced based global public health treaty. BMJ, 327: 154-157.

Single, E., Robson, L., Xie, X. & Rehm, J. (1998). The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. Addiction, 93: 991-1006.

WHO (World Health Organisation) (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organisation) (2002). World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Rehm
Institut für Suchtforschung
Konradstrasse 32,
CH - 8031 Zürich
jtrehm@isf.unizh.ch
Tel.: ++41 1 448 11 60,
Fax: ++41 1 448 11 71

Literaturhinweise . . .

Rahn, E.: Baswissen: Umgang mit Borderline-Patienten, Baswissen 3, Bonn 2003, ISBN 3-88414-361-1, 19,90 Euro

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt in der Beziehungsgestaltung hohe Anforderungen an therapeutisch Tätige. Das vorliegende Buch wendet sich vor allem an jene, die sich bislang noch nicht umfassend mit der Borderline-Störung beschäftigt haben und die sich einen übersichtlichen Einblick in das Thema verschaffen wollen, um im Alltag dem Umgang mit Borderline-Betroffenen gewachsen zu sein. Es gibt einen Überblick über Grundlagen und Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung, typische Verhaltensmuster bei Borderline, Entwicklung einer helfenden Haltung, helfende Strategien, Umgang mit Partnern und der Familie der Betroffenen, Behandlungs- und Betreuungssettings sowie praktische Fragen im Umgang mit Borderline-Verhalten.

Mühlum, A., Gödecker-Geenen: Soziale Arbeit in der Rehabilitation, München 2003, ISBN 3-497-01674-8, 14,90 Euro

Das Buch führt in den Arbeitsbereich Soziale Arbeit in der Rehabilitation ein. Deren Aufgabe besteht darin, das Bewältigungsverhalten der Beteiligten zu stützen, Ressourcen zu mobilisieren, Eigenkräfte zu aktivieren, Solidarität zu organisieren und die Teilhabe an der sozialen Integration zu fördern. Die Autoren definieren zentrale Begriffe, stellen Formen

der Rehabilitation, ausgewählte Konzepte und Qualitätsstandards übersichtlich dar und diskutieren politische, ethische sowie rechtliche Aspekte. Darüber hinaus wird auf Strategien und Handlungskompetenzen, geschichtliche Aspekte sowie Perspektiven für die soziale Arbeit in der Rehabilitation eingegangen.

Wilson, J.: Kindorientierte Therapie – Ein systemisch-kooperativer Ansatz, Heidelberg 2003, ISBN 3-89670-417-6, 24,95 Euro

Der Autor zeigt, welche Bedeutung eine therapeutische Haltung des Respekts, der Offenheit, Aufrichtigkeit, Neugier und Selbstgelassenheit in der Arbeit mit Kindern und ihren Familien zukommt. Anhand einer Vielzahl beeindruckender Beispiele wird sein systemisch orientiertes Arbeiten sowie die eingesetzten Techniken wie spielerisches Gedanken lesen, Arbeit mit Miniskulpturen, Einsatz therapeutischer Rituale und die Verwendung von Briefen verdeutlicht. Das Buch wendet sich an alle Praktiker, die in unterschiedlichen Settings mit Kindern und ihren Familien zu tun haben und ihr Repertoire an Möglichkeiten erweitern möchten.

Linares, J., Campo, C.: Familientherapie bei Depressionen, Heidelberger 2003, ISBN 3-89670-295-5, 29,90 Euro

Die Autoren setzen bei der Behandlung von Depressionen und Dysthymie in der Familie der Patienten an. Sie folgen der

Überzeugung, dass Beziehungsstörungen am besten auf der Ebene der Beziehungen in dem System begegnet wird, in dem sie auftreten. Es wird verdeutlicht, dass schwere Depressionen in der Regel einschneidende Lebensereignisse und sehr subtile Formen von Verlust und Missbrauch zugrunde liegen. Dysthymische Personen verwickeln sich dagegen eher in „Beziehungsspiele“ bei denen ein Machtkampf um die Bildung von Koalitionen die Hauptrolle spielt. Anhand einer Vielzahl von Fallbeispielen wird die familientherapeutische Behandlung von Depressionen dargestellt.

Rinckens, S.: „Eine Ausrede findet sich immer“ – Die subjektive Rückfallbegründung alkoholabhängiger Patienten, Bonn 2003, ISBN 3-88414-353-0, 29,90 Euro

Der Autor hat alkoholabhängige Patienten in Interviews zu ihrem Verständnis ihres Rückfalls befragt. Er hat ferner soziodemografische Daten zur Lebenssituation und zum Krankheitsverlauf erhoben sowie psychologische Testuntersuchungen zum Rückfallverständnis und zum eigenen Inkongruenzerleben durchgeführt. Er bildet fünf Untergruppen, die sich in der Art und Ausprägung der Rückfallgefährdung unterscheiden und zieht daraus Rückschlüsse für unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen. Er plädiert dafür, dass sich Therapeuten auf den jeweiligen Verständnisrahmen der Patienten einlassen.