

# Sucht in Deutschland

Das Wichtigste in Zahlen



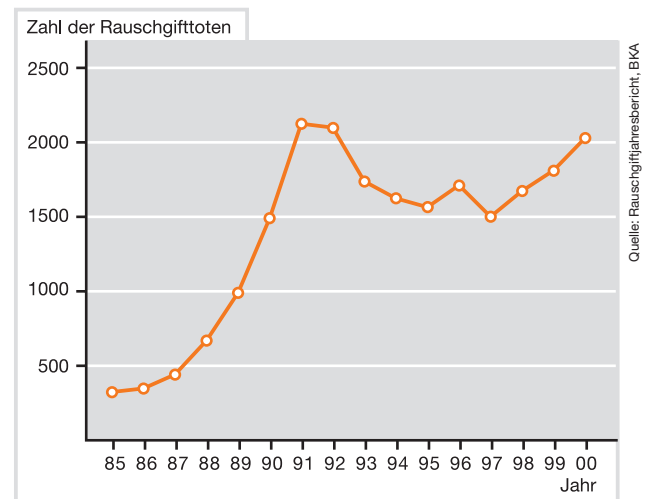
**Mit Hilfe epidemiologischer Daten lässt sich abschätzen, wie groß die durch legale und illegale Drogen verursachten Probleme in der Gesamtbevölkerung oder in einzelnen Bevölkerungsgruppen sind. Zudem machen Zahlen zeitliche Trends sichtbar, liefern Anhaltspunkte dafür, welches Abhängigkeitspotenzial von einer Substanz ausgeht, und sie erhellen die Motive, weshalb Menschen zu Drogen greifen. Umfassende epidemiologische Daten zum Konsum legaler und illegaler Substanzen und damit einhergehende Störungen bilden daher die Basis für einen vorurteilsfreien Blick auf das Thema und helfen, die Prioritäten in Prävention und Behandlung richtig zu setzen.**

**S**tatistisches Zahlenmaterial zu dem Thema Sucht erheben viele Einrichtungen in Deutschland, von den Polizeibehörden über die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bis zu den Suchthilfeeinrichtungen oder den Statistischen Landesämtern und dem Statistischen Bundesamt. So wertvoll solche routinemäßigen Datensammlungen auch sein mögen, sie erlauben nicht immer gesicherte Aussagen darüber, wie häufig Suchterkrankungen

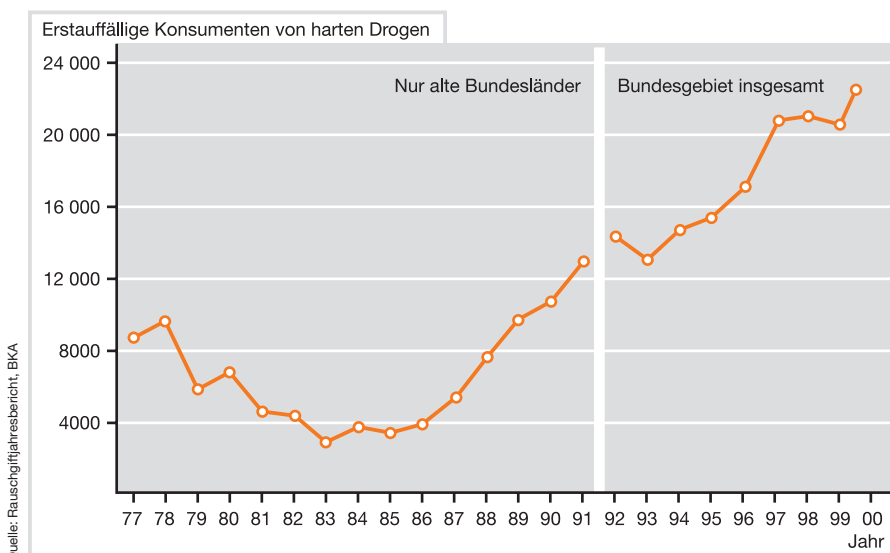
und -probleme in einer Region oder einem Land sind.

Viele Einrichtungen verfügen zudem nur über einen begrenzten Zugang zu relevantem Zahlenmaterial, und sie sind nur an bestimmten Fragestellungen interessiert. In Polizeistatistiken etwa taucht Alkoholmissbrauch nur im Zusammenhang mit Straftaten oder Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss auf. Krankenkassen wiederum können anhand der Versichertendaten ermitteln, wie viele Menschen wegen ihres Alkoholkonsums therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben.

Aus beiden Statistiken geht nicht hervor, wie viele und welche Menschen in Deutschland etwa ein Drogenproblem haben und wie sich deren Zahl entwickelt hat. Diese Fragen erfordern speziell angelegte repräsentative Untersuchungen. Sie basieren zumeist auf Befragungen, die aber durch Labortests und andere Untersuchungen ergänzt werden können. →



*Stagnation auf hohem Niveau oder Beginn eines neuerlichen Anstiegs? Die „Fallstatistik Rauschgift“ des Bundeskriminalamts weist für die letzten drei erfassten Jahre eine Zunahme der Drogentoten aus.*



*Der Konsum „harter“, illegaler Drogen steigt seit Mitte der 1980er-Jahre kontinuierlich an. Die zunächst niedrige Zahl von Konsumenten in Ostdeutschland hat bevölkerungsbezogen inzwischen fast das Niveau der alten Bundesländer erreicht.*

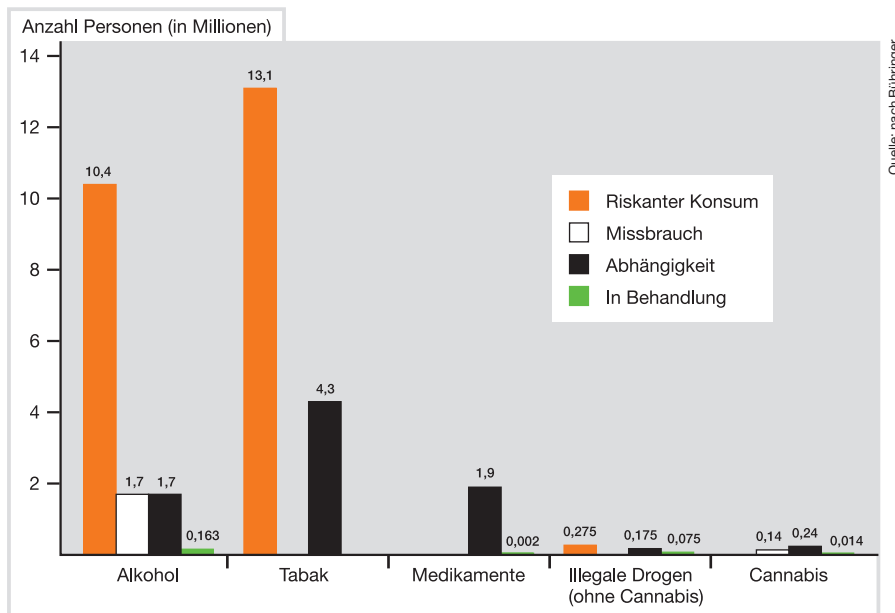
Bei Suchtproblemen ist der Epidemiologe besonders auf die Bereitschaft der Befragten angewiesen, auch über ihr persönliches Konsumverhalten zu sprechen. Doch wie ehrlich sind die Antworten? Unterschätzt nicht mancher die Zahl der Gläser Bier, die er pro Woche konsumiert? Flunkert vielleicht die Kettenraucherin, die nach der Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag gefragt wird? Hierzu hat die Epidemiologie eine Reihe von „Prüftechniken“ entwickelt, um die Angemessenheit der Daten zu beurteilen.

Ein zentrales Maß in der Epidemiologie, mit der sich die Häufigkeit einer Krankheit oder des Drogenkonsums beschreiben lässt, ist die Prävalenz. Sie gibt den Anteil der Personen in der Bevölkerung an, auf den ein bestimmtes Merkmal zutrifft. Wichtig ist, dass die Prävalenz immer für einen bestimmten Zeitraum definiert ist. So ist mit der Lebenszeitprävalenz etwa der Anteil an Personen in der Bevölkerung definiert, der jemals in seinem Leben bis zum Erhebungszeitpunkt ein bestimmtes Merkmal aufgewiesen hat, also zum Beispiel Alkohol konsumiert hat. Die Zwölf-Monats-Prävalenz engt diesen Anteil auf jene Menschen ein, die innerhalb des letzten Jahres vor der Erhebung Alkohol konsumiert haben.

Weiterhin ist es für aussagekräftige Befunde entscheidend, das erhobene Merkmal exakt zu definieren. Dabei gilt: Das Verhalten muss genauestens erfasst werden. Die einfache Frage ‘Haben Sie in den letzten vier Wochen Alkohol getrunken?’ ist zum Beispiel ungeeignet. Viele Personen verneinen sie, weil sie meinen, dass das Glas Sekt bei einem Fest oder der tägliche Schoppen Wein zum Abendessen nicht „gemeint“ ist.

Um Konsummenge und -häufigkeit von Alkohol und anderen Substanzen zuverlässig zu beurteilen, arbeiten die Forscher meist mit Grafik- oder Fotovorlagen, auf denen Art, Menge und Häufigkeit vollständig charakterisiert sind. Nur so lassen sich etwa Unterscheidungen zwischen „schädlichem“ und „unschädlichem“ Konsum oder zwischen „gelegentlichem“ und „regelmäßigem“ Alkoholkonsum zuverlässig vornehmen.

Vertrackt wird es, wenn nicht exakt definierte Begriffe verwendet werden, um ein Merkmal quantitativ zu erfassen. Dieser Fallstrick droht bereits beim Wort „Sucht“, den viele Wissenschaftler als zu



Beim Thema Sucht geraten meist die illegalen Drogen in den Mittelpunkt. Die Statistik spricht eine andere Sprache: Alkohol- und Nikotinabhängigkeit belegen in Deutschland die beiden Spitzenpositionen.

unscharf kritisieren. Sie unterscheiden vielmehr eine Vielzahl so genannter spezifischer Substanzstörungen, wobei Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit nur zwei von vielen möglichen Diagnosen darstellen. Anders als für den stigmatisierenden Begriff „Sucht“ existieren für „riskanten Konsum“, „Missbrauch“ oder „Abhängigkeit“ definierte, international geltende Regeln für die Diagnose.

Dies ist nicht nur wissenschaftlich bedeutsam, sondern auch für das Leben potenziell Betroffener: Bis vor wenigen Jahren wurden etwa Personen, bei denen eine einmalige Alkoholvergiftung zu internistischen Komplikationen führte, als Alkoholiker diagnostiziert – oft mit lebenslang negativen Folgen.

Diese Beispiele lassen erkennen, dass der Vergleich und die Interpretation scheinbar simpler epidemiologischer Studienergebnisse durchaus eine Herausforderung ist. Direkt vergleichbar sind Befunde der Prävalenz eigentlich nur, wenn die identische Definition des untersuchten Merkmals zu Grunde liegt. Ob hingegen das Alkoholproblem in einem Land mit sechs Prozent „Alkoholsüchtigen“ doppelt so groß ist wie in einem Land mit „nur“ drei Prozent, lässt sich ohne genaue Prüfung gar nicht sagen.

Epidemiologen wissen um diese Fallen und verwenden viel Mühe darauf, sich nicht darin zu verfangen. Doch auch der Leser von Statistiken muss sehr genau hinschauen, damit er nicht Gefahr läuft,

Bei rund zehn Prozent der Menschen in Deutschland liegen die aktuellen Trinkmengen im riskanten Bereich oder darüber

Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Im Folgenden behandelt dieser Beitrag vier wichtige Aspekte der Sucht und greift dabei auf die aktuellsten, zurzeit verfügbaren Daten zurück, die von renommierten Einrichtungen erhoben worden sind.

**Ausmaß des Drogenkonsums und zeitliche Trends**

Viele Menschen denken bei Drogen nur an illegale Substanzen wie Heroin oder Ecstasy. In den Sucht-Statistiken beherrschen indes die zwei legalen Drogen das Bild: Nikotin und Alkohol. Nach den Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamts von 1999 rauchen in Deutschland 23,5 Prozent aller Menschen. Diese Untersuchung bezieht alle Altersgruppen mit ein. In Repräsentativbefragungen für die Altersgruppe 18 bis 59 Jahre, die 1995 und 1997 durchgeführt wurden, ergaben sich Raucherquoten (mindestens einmal in den 30 Tagen vor der Befragung geraucht) von etwas mehr als 40 Prozent bei Männern und rund 30 Prozent bei Frauen. 5,8 Millionen Menschen – das entspricht rund einem Drittel aller Raucher – wurden als starke Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) eingestuft. Die so genannte TA-COS-Studie (englisch für „Transition in Alcohol Consumption and Smoking“) ergab für Norddeutschland, dass mindestens neun Prozent der 20 bis 64 Jahre alten Menschen in Deutschland als nikotinabhängig gelten müssen.

In einer Repräsentativerhebung von 1996 gaben 56 Prozent der Bürgerinnen und Bürger an, aktuell regelmäßig Alkohol in geringen Mengen zu trinken. 22 Prozent sagten aus, niemals Alkohol zu sich zu nehmen. Andere Studien legen allerdings nahe, dass die Gruppe der Alkohol-Abstinenzler in Deutschland mit einem Bevölkerungsanteil von fünf bis zehn Prozent erheblich kleiner sein könnte. Bei rund zehn Prozent der Bevölkerung, so ein weiteres Ergebnis der Erhebung von 1996, lagen die aktuellen Trinkmengen im riskanten Konsumbereich oder darüber.

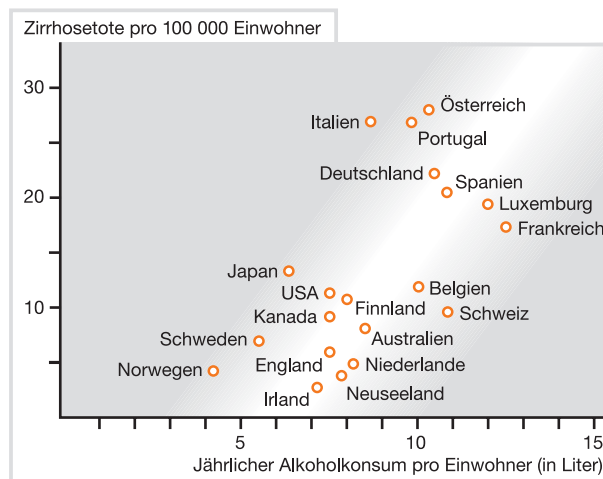
Im Jahr 2000 ermittelte eine Expertengruppe im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aufgrund einer bundesweiten Erhebung von 1998 an mehr als 8000 Erwachsenen gar einen Anteil von knapp zwölf Prozent (7,9 Millionen Menschen), die mindestens schädliche Mengen an Alkohol konsumieren. Diese Grenze überschreiten Männer ab 40 Gramm

reinem Alkohol pro Tag und Frauen ab 20 Gramm pro Tag. 40 Gramm Alkohol ist beispielsweise in knapp 0,9 Litern Pils (Alkoholgehalt 5,6 Prozent), gut 0,4 Litern Weißwein (Alkoholgehalt 11,8 Prozent) oder einem Achtelliter Whisky (Alkoholgehalt 40 Prozent) enthalten.

Den Anteil der Menschen, die Alkohol missbräuchlich konsumieren, bezifferte die Expertengruppe auf vier Prozent (zirka 2,7 Millionen Menschen) und den Anteil der Alkoholabhängigen auf 2,4 Prozent (etwa 1,6 Millionen Menschen). Doch auch diese Zahl könnte eine Unterschätzung sein: Im 1998 von Prof. Hans-Ulrich Wittchen und dem Robert-Koch-Institut durchgeführten Bundesgesundheitsurvey schätzten die Experten die Prävalenz von Alkoholabhängigen auf mehr als vier Prozent, und zwar ohne Berücksichtigung der Personen, deren Abhängigkeitsverhalten sich aktuell gebessert hat.

Riskante Alkoholmengen, so ein übereinstimmendes Ergebnis fast aller Studien, konsumieren Männer doppelt so häufig wie Frauen; Missbrauch und Ab-

**40 Prozent aller Männer und 30 Prozent aller Frauen in Deutschland im Alter zwischen 18 und 59 Jahren konsumieren Tabak**

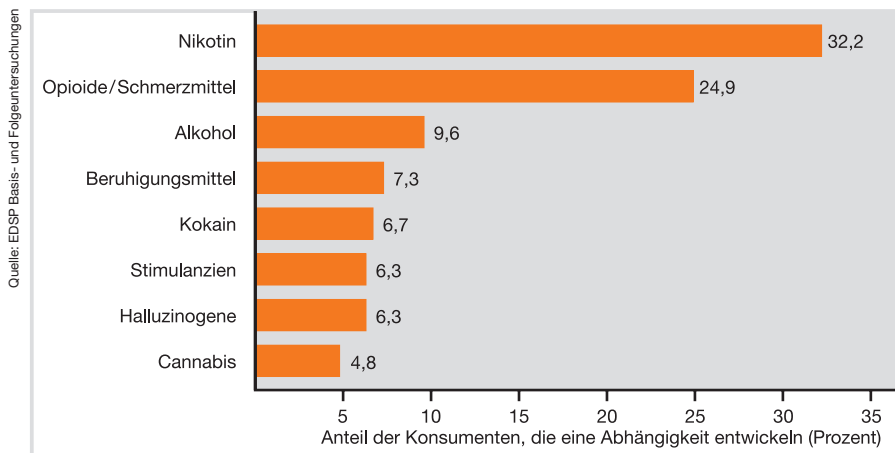


Quelle: Edwards et al. 1994 (nach Mann)

*Deutschland belegt beim Alkoholkonsum eine Spitzenposition. Und noch etwas zeigt der Ländervergleich: Je höher der Konsum, desto häufiger treten Leberschädigungen auf.*

hängigkeit sind bei Männern ebenfalls deutlich häufiger als bei Frauen.

Die Pro-Kopf-Mengen an reinem Alkohol, die in Deutschland konsumiert werden, stiegen von 1950 (3,2 Liter) bis 1991 (12,4 Liter) kontinuierlich an und sanken danach leicht bis zum Jahr 2000 auf 10,5 Liter. Im internationalen Vergleich gilt Deutschland damit als ein Land, dessen Bewohner besonders viel Alkohol konsumieren. Beim Rauchverhalten ergab sich in den letzten Jahren ebenfalls ein leicht fallender Trend, indes ist er in Deutschland geringer ausgeprägt als in anderen Ländern. →



Gemessen am Anteil der Menschen, die nach einem Probierkonsum später in eine Abhängigkeit geraten, weist Nikotin das höchste Suchtpotenzial auf.

Illegale Drogen werden in Deutschland im Vergleich zu Alkohol und Tabak erheblich seltener konsumiert. 1998 gaben von den 18- bis 59-Jährigen in Deutschland 14,8 Prozent (alte Bundesländer) beziehungsweise 4,8 Prozent (neue Bundesländer) an, jemals eine illegale Droge eingenommen zu haben.

Die allermeisten davon griffen zu Cannabis; die Lebenszeitprävalenzen für Amphetamine, Ecstasy, LSD, Heroin, Opioide, Kokain und Crack liegen demgegenüber bei jeweils unter zwei Prozent in den alten Bundesländern, und in den neuen Bundesländern bei maximal 0,7 Prozent. Schätzungen zufolge konsumieren in Deutschland rund zwei Millionen Menschen Cannabis (darunter ungefähr 270 000 Dauerkonsumenten); 250 000 bis 300 000 Menschen greifen regelmäßig zu einer harten, illegalen Droge, etwa die Hälfte davon sehr häufig.

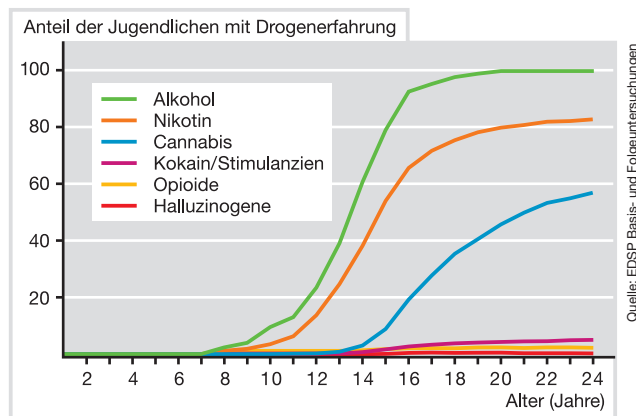
Rund 1,4 Millionen Menschen in Deutschland, so schätzen Experten, sind von Medikamenten abhängig, die meisten davon (1,1 Millionen) von Benzodiazepin-Präparaten, also Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie angst- und spannungslösenden Arzneimitteln. Rund 300 000 Menschen sind abhängig von anderen Medikamenten mit Suchtpotenzial wie Appetitzüglern, Abführ- oder Auf-

putschmitteln. Insgesamt sechs bis acht Prozent aller verordneten Medikamente in Deutschland wirken abhängigkeitsfördernd, rund ein Drittel der verordneten Mengen, so die Schätzungen weiter, dienen der Suchterhaltung beziehungsweise dem Vermeiden von Entzugserscheinungen. Vor allem bei älteren Menschen erhöht sich das Risiko für eine Medikamentenabhängigkeit. So werden zwei Drittel aller Psychopharmaka an Personen über 60 Jahren verschrieben. Bei 70 bis 80 Prozent dieser Mittel handelt es sich um Benzodiazepin-Präparate. Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen ergaben, dass dort 20 bis 25 Prozent der Bewohner über lange Zeit hinweg mit Beruhigungsmitteln behandelt werden.

### Drogenerfahrung bei Jugendlichen

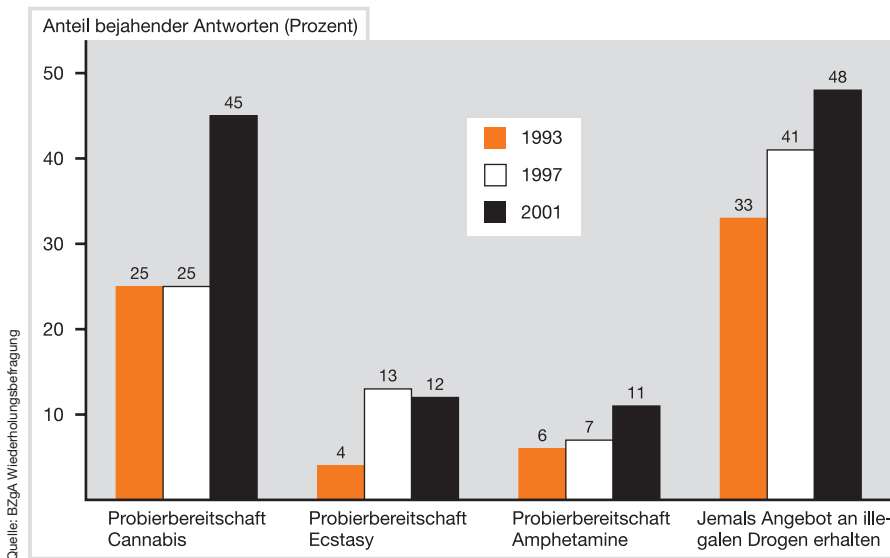
Seit 1973 befragt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) regelmäßig Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren nach dem Konsum von Suchtstoffen und ihrer Einstellung zu Drogen. Die jüngste von bis-

Mit den legalen Drogen kommen praktisch alle (Alkohol) beziehungsweise fast alle (Nikotin) Jugendlichen in Kontakt. Deutlich wird auch, dass es für den Probierkonsum bei Jugendlichen je nach Drogenstoff ein typisches Einstiegsalter gibt.



lang neun repräsentativen Befragungen stammt aus dem Jahr 2001. Diese Datensammlung liefert nicht nur ein aktuelles Bild über den Drogenkonsum junger Menschen, sondern lässt auch zeitliche Trends deutlich werden. Aus der Fülle der Ergebnisse seien hier nur die wichtigsten Eckdaten genannt.

92 Prozent der Befragten (2000 in West- und 1000 in Ostdeutschland) haben schon irgendwann einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken, 30 Prozent tun dies mindestens einmal pro Woche. 69 Prozent der Befragten geben an, schon einmal geraucht zu haben; als ständige Raucher bezeichnen sich 22 Prozent, als Gelegenheitsraucher 15 Prozent.



Quelle: BZgA Wiederholungsbefragung

Anhand der Probierebereitschaft lässt sich das zukünftige Konsumverhalten abschätzen. Der Zeitreihenvergleich belegt für illegale Drogen eine Zunahme. Alarmierend ist auch, dass offenbar solche Drogen immer mehr Jugendlichen angeboten werden.

**Ein Drittel aller Jugendlichen hat schon mindestens einmal Cannabis probiert. Ecstasy-Erfahrung haben vier Prozent aller Jugendlichen**

Ein negatives Bild bei Jugendlichen zeichnet die so genannte EDSP-Studie („Early Developmental Stages of Substance Abuse and Psychopathology“). Ein Hauptziel dieser Studie ist es, die verschiedenen Entwicklungsstadien des Substanzkonsums zu entschlüsseln und die Risikokonstellationen für Beginn, Spontanverlauf und Ausbildung von Substanzstörungen aufzuklären. Um Entwicklungsprozesse verfolgen zu können, wurden im Rahmen dieser Untersuchung 3021 Jugendliche und junge Erwachsene in der Region München von geschulten Interviewern zwischen 1995 und 1999 dreimal befragt. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung waren die Probanden zwischen 14 und 24 Jahren alt.

Die Werte für einmaligen und regelmäßigen Konsum von illegalen Drogen liegen in der EDSP-Studie höher als in der BZgA-Befragung. So gab in der letzteren etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27 Prozent) an, mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert zu haben; fünf Prozent bezeichneten sich als aktuelle Konsumenten illegaler Drogen. Laut EDSP-Studie haben 35 Prozent der Befragten schon einmal zu illegalen Drogen gegriffen. Fünf Prozent weisen eine Störung aufgrund illegaler Substanzen auf. Davon wurde in 2,9 Prozent der Fälle Missbrauch und in 2,0 Prozent Abhängigkeit diagnostiziert.

Düsterer zeichnen die Autoren der EDSP-Studie auch den zeitlichen Trend im Konsum illegaler Drogen: Aus dem Zeitreihenvergleich der BZgA-Befragung ergibt sich ein zwar schwankender, aber

im Wesentlichen stagnierender Anteil von Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, und auch das Einstiegsalter für den Probierekonsum scheint gleich zu bleiben. Aus dem Zeitreihenvergleich von 1995 zu 1999 in der EDSP-Studie ergibt sich indes ein deutlicher Negativtrend: Demnach greifen immer mehr Jugendliche öfter und früher zu illegalen Drogen.

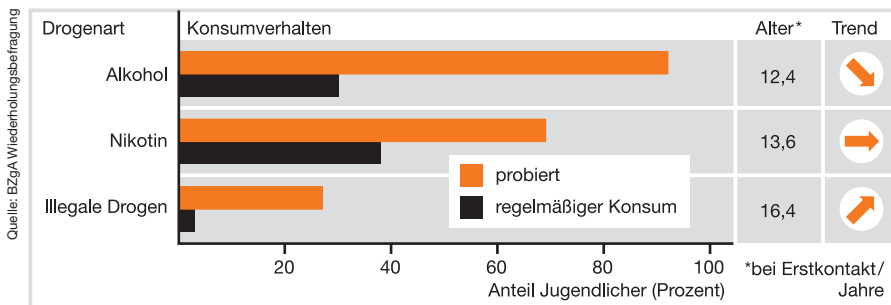
Noch ist unklar, worauf diese Unterschiede zwischen beiden Studien beruhen. So könnte etwa die regionale Beschränkung der EDSP-Studie auf den Ballungsraum München für die alarmierend steigenden Prävalenzwerte verantwortlich sein. Auch die Tatsache, dass in der BZgA-Befragung jüngere Menschen als in der EDSP-Studie befragt wurden, könnte eine Rolle spielen.

Indes enthält auch die BZgA-Studie ein Indiz dafür, dass sich das Konsumverhalten der Jugendlichen bei illegalen Drogen verändert hat. Demnach stieg in den letzten Jahren die Probierebereitschaft vor allem bei Cannabis. 1989 waren 18 Prozent der Befragten bereit, einmal Cannabis auszuprobieren (77 Prozent lehnten dies kategorisch ab). Im Jahr 2001 verschieben sich diese Werte auf 45 Prozent potenzieller Probiierer und 54 Prozent Ablehner. Der sich zunächst abzeichnende Trend einer höheren Probierebereitschaft gegenüber Ecstasy (von vier Prozent im Jahr 1993 auf 13 Prozent im Jahr 1997) scheint sich indes bis 2001 (12 Prozent) nicht fortgesetzt zu haben. Aufgrund von EDSP-Analysen erwies sich generell die Probierebereitschaft einer noch abstinenten Person („fehlende Überzeugung, in den nächsten sechs Monaten keine Drogen zu nehmen“) als markanter Risikofaktor für den darauffolgenden Einstieg in den illegalen Substanzkonsum.

Einig sind sich beide Studien hinsichtlich der Reihenfolge der Häufigkeit, in der die unterschiedlichen illegalen Drogen eingenommen werden. Cannabis erweist sich erwartungsgemäß als die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Laut BZgA-Befragung haben 26 Prozent und laut EDSP-Studie (Basisuntersuchung) 33 Prozent der Jugendlichen Cannabis mindestens einmal probiert. Vier Prozent gaben an, Ecstasy zumindest einmal versucht zu haben, für LSD oder Kokain lag der Prozentsatz zwischen zwei und vier Prozent und für Heroin bei 0,3 Prozent. →

Als wichtigsten Ablehnungsgrund nannten in der BZgA-Studie 45 Prozent der Befragten Desinteresse an illegalen Drogen, gefolgt von gesundheitlichen Gründen (26 Prozent haben Angst vor gesundheitlichen Schäden, 24 Prozent fürchten sich davor, süchtig zu werden).

findet sich ab Seite 76 in dieser Broschüre). So erhöhen sich etwa durch riskanten Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeiten bei mehr als 200 Krankheiten, daran vorzeitig zu sterben. Experten gehen davon aus, dass in Deutschland bis zu 74 000 Menschen jährlich durch die direkten Fol-



Alkohol und Nikotin sind auch bei Jugendlichen die am häufigsten konsumierten Drogen. Unter den illegalen Drogen steht Cannabis an erster Stelle. Im Durchschnitt stagniert der Nikotinkonsum bei Jugendlichen. Tatsächlich greifen jüngere Jugendliche inzwischen häufiger zur Zigarette, während mehr ältere Jugendliche als früher das Rauchen aufgeben.

Soziale Nachteile, etwa schlechtes Ansehen von Drogenkonsumenten, die Angst vor dem Bekanntwerden des Drogenkonsums bei den Eltern, in der Schule oder im Betrieb sowie die Angst vor Strafverfolgung spielen mit jeweils drei bis fünf Prozent nur eine untergeordnete Rolle.

**Motive für den Drogenkonsum**

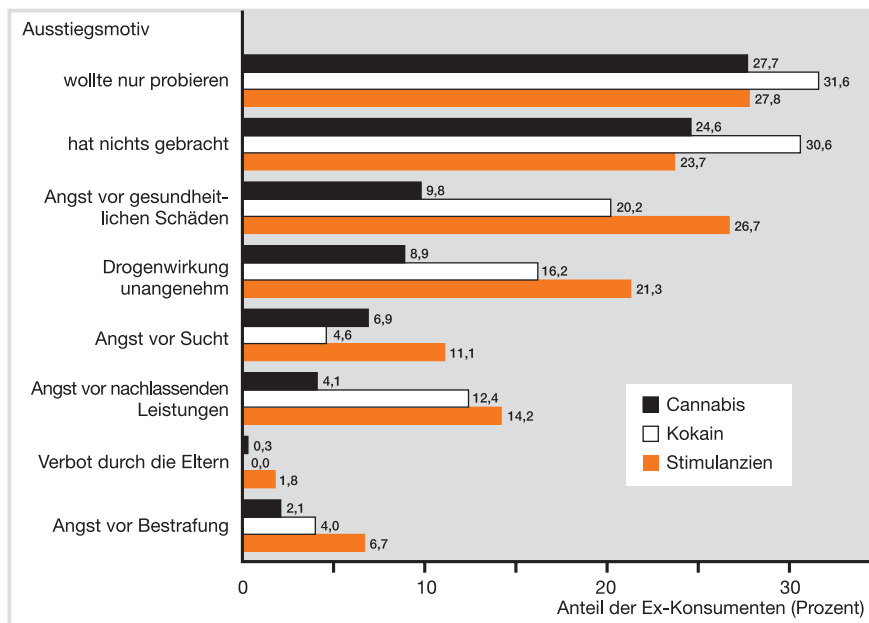
Aus den Ergebnissen der EDSP-Studie ergeben sich wichtige Hinweise auf die Motive des Drogenkonsums. Am Beispiel des Gebrauchs von Cannabis lässt sich etwa zeigen, dass dem Probierverhalten andere Motive zugrunde liegen als dem fortgesetzten Konsum. So ist Neugier beim ersten Probieren das am häufigsten genannte Motiv (43 Prozent). Relativ häufig nannten die Befragten als weitere Gründe für einen früheren Konsum den Cannabis konsumierenden Freundeskreis (23 Prozent), die veränderte Sinneswahrnehmung (20 Prozent) oder ein gutes Körpergefühl (19 Prozent).

Beim fortgesetzten Konsum sind dagegen die (positive) Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung und das Körpergefühl die am häufigsten genannten Motive. Zudem zeigte sich, dass sich die Einnahmemotivationen zum Teil erheblich nach Substanzart und Stadium unterscheiden.

**Krankheiten und vorzeitiger Tod**

Suchtstoffe bergen nicht nur die Gefahren von Missbrauch und Abhängigkeit, sie schädigen Körper und Psyche des Menschen auf vielfältige Weise und sind daher für viele Krankheiten und für einen vorzeitigen Tod verantwortlich (eine Übersicht

gen ihres Alkoholmissbrauchs (etwa Leberkrebs oder -zirrhose) oder durch indirekte Folgen des Konsums (etwa einen Unfall unter Alkoholeinfluss) sterben. Die



Ausstiegsmotive variieren je nach Drogenstoff. Zudem zeigt sich: Verbote und Strafen bewegen die Wenigsten dazu aufzuhören. Beide Befunde liefern wertvolle Hinweise darauf, welche Botschaften für Präventionskampagnen erfolgversprechend sind und welche die Zielgruppe gar nicht erreichen.

tabakbedingten Todesfälle in Deutschland werden auf 111 000 bis 137 000 pro Jahr beziffert. Recht genau bekannt ist die Zahl der Menschen, die durch den Konsum illegaler Drogen vorzeitig ums Leben kommen. So weist die „Falldatei Rauschgift“ des Bundeskriminalamts für das Jahr 2000 insgesamt 2030 Rauschgifttote aus. Zum Vergleich: Pro Jahr sterben in Deutschland knapp 800 000 Menschen. Etwa ein Viertel davon stirbt also in Folge des Suchtmittelkonsums – vor allem von Nikotin und Alkohol. ←

## Was kostet die Sucht?

Die kürzeste Antwort darauf lautet: Wir wissen es nicht. Hans Joachim Salize, Experte für Gesundheitsökonomie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, zieht ein ernüchterndes Fazit: „Für nahezu die gesamte Versorgung von Abhängigkeitskranken in Deutschland liegt es im Dunkeln, wie hoch die Versorgungskosten der Patienten sind, wie sie sich verteilen und wo Ansatzpunkte für eine kosteneffektivere Versorgung liegen.“

Über die wirtschaftlichen Aspekte der Sucht, so seine Quintessenz, liegen keine ausreichenden Fakten vor, um beurteilen zu können, wie teuer uns beispielsweise eine Alkohol- oder eine Heroinsucht zu stehen kommt. Ebenso dürftig sind die Fakten, wenn es darum geht, die Kosten einer bestimmten Therapie in Beziehung zu ihrem Nutzen für die Patienten zu setzen.

Drei Hauptgründe erklären diesen Mangel: Bis vor kurzem stand die Gesundheitsökonomie in Deutschland nicht gerade im Fokus der medizinischen Forschung. Zudem ist es schwierig, aussagekräftige Daten zusammenzutragen, weil Suchterkrankungen hierzulande die Budgets vieler Kostenträger belasten und die Daten entsprechend verteilt bei verschiedenen Einrichtungen gespeichert werden. Für Forscher ist es sehr mühsam, diese Daten zusammenzutragen, zudem lassen dies Datenschutzbestimmungen oft gar nicht zu.

Prinzipiell zwei Wege kann die Gesundheitsökonomie beschreiten, um die Kosten einer Krankheitsgruppe zu erfassen: über Sekundärdaten – das sind Daten von medizinischen Einrichtungen, Versicherungsträgern, Verbänden und den statistischen Landes- und Bundesämtern – und über Primärdaten, also die Kostenerfassung direkt für den einzelnen Patienten, beziehungsweise für Patientengruppen.

Die Abschätzung via Sekundärdaten ist aus diversen Gründen mit hoher Unsicherheit behaftet. Das zeigen etwa die Ergebnisse dreier Studien zu den Kosten, welche die Versorgung von Alkoholkranken in Deutschland verursacht (siehe nebenstehende Grafik). In diesen Studien erfassten die Forscher sowohl die direkten Kosten – Kosten für präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen – als auch die indirekten Kosten wie Produktionsausfälle durch Frührente oder vorzeitigen Tod.

Die Abschätzungen für die direkten Kosten differieren in diesen Studien um Größenordnungen. Sie wurden für das Bezugsjahr 1989 mit 290

Millionen Euro beziffert, für das Bezugsjahr 1990 mit 790 Millionen Euro und für das Bezugsjahr 1995 gar mit rund acht Milliarden Euro. Nicht ganz so breit, aber immer noch erheblich, streuen die entsprechenden Abschätzungen für die indirekten Kosten. Hier lauten die Zahlen für die genannten Jahre 2,41 Milliarden Euro, 2,27 Milliarden Euro beziehungsweise 11,91 Milliarden Euro. Die jeweiligen Bezugsjahre, die den Studien zugrunde

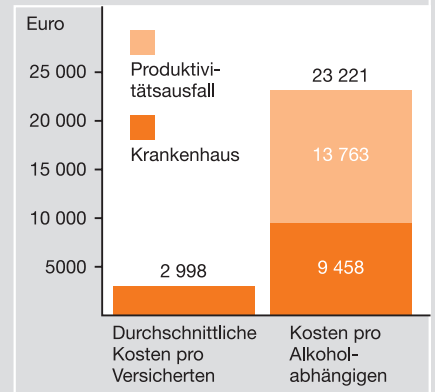
liegen, können diese Unterschiede ebenso wenig erklären wie die Tatsache, dass in den ersten beiden Studien nur die Daten aus den alten Bundesländern eingingen, während in die spätere Studie die Daten der gesamten Bundesrepublik einfließen. Ob also die Kosten durch Alkoholismus in Deutschland sprunghaft in die Höhe geschossen sind, oder

ob nicht doch vielmehr methodische Unterschiede in der Datenerhebung zwischen den Studien für diese Diskrepanz sorgen, bleibt letztlich unklar.

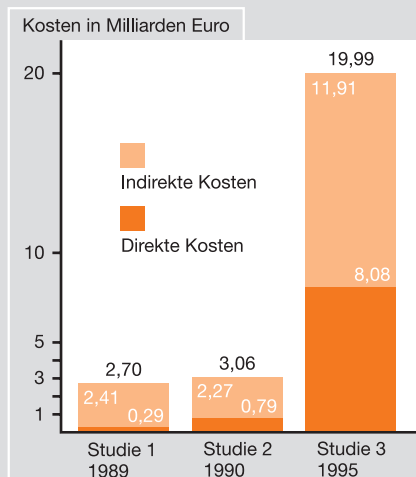
Es besteht unter den Gesundheitsökonomern in Deutschland ein weit gehender Konsens darüber, dass die Kostenabschätzung via Primärdaten wesentlich zuverlässigere Ergebnisse liefert. Solche Studien sind allerdings aufwändig und teuer, da die Stichproben entsprechend groß sein sollten. Gegenwärtig werden solche Untersuchungen innerhalb der Suchtforschungsverbände Südwest und Nordost durchgeführt. Das Team um Hans Joachim Salize wird dabei etwa eine medikamentengestützte Therapie zur Alkoholentwöhnung unter Kostenaspekten unter die Lupe nehmen. Es handelt sich dabei um einen klinischen Versuch, der in dieser Broschüre ab Seite 60 beschrieben ist.

Prof. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom an der Universität Greifswald, wird zwei Verfahren der Frühintervention bei

Rauchern und Trinkern hinsichtlich ihrer Kosteneffizienz untersuchen. Beide Verfahren untersuchen Wasems Medizinerkollegen im Rahmen des Suchtforschungsverbands Nordost. Wasems Aufgabe ist es, den Nutzen für die Patienten mit den Kosten in Beziehung zu setzen. Erst durch solche Studien werden wir wissen, wie teuer uns die Sucht in Deutschland zu stehen kommt und ob das Geld, das für Suchtprävention und für die Behandlung ausgegeben wird, in jene Maßnahmen investiert wird, die den größtmöglichen Effekt erzielen.



Eine Kostenanalyse im AOK-Bezirk Rhein-Neckar für das Jahr 1998 zeigt die enorm hohen Kosten einer Alkoholsucht.



Quelle: nach Salize