

Illegale Opiatsucht, Behandlung und ökonomische Kostenforschung – ein beispielhafter Überblick und eine Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

Benedikt Fischer

Illicit Opiate Addiction, Treatment and Economic Cost Research – an Exemplary Overview and Discussion from Social Science Perspective

Zusammenfassung

Kostenforschung ist sowohl im breiten Gesundheits- als auch im Suchtbereich in den letzten Jahren eine wichtige Perspektive geworden. Im illegalen Drogenbereich bietet sich aus sozialwissenschaftlicher Warte ein beispielhafter Überblick zum Stand und Beitrag der Kostenforschung für das Phänomen der Opiatsucht und ihrer Behandlung an. Aus einer Forschungsperiode von fast dreißig Jahren geht konsequent und klar hervor, dass der Großteil der durch illegale Opiatsucht bedingten sozialen Kosten mit Kriminalität bzw. der Strafverfolgung zusammenhängt. Im Behandlungsfeld wird dagegen gezeigt, dass die vorherrschenden Opiatbehandlungsmodi – vor allem Substitutionsbehandlung – positive Kosten-Nutzen-Effekte erzielen. Die komplexe Herausforderung scheint nun aber die Bedeutung und Anwendung dieser scheinbar klaren Wissensstände und ihrer Determinanten auf die Praxis der Opiatkontroll- oder Behandlungspolitik zu sein. Bisher dokumentierte Kostendynamiken in der Opiatsucht und ihrer Behandlung kämpfen mit dem Problem, dass sie a) in einem sozial konstruierten Umfeld der Illegalität wirken, b) aus spezifischen Forschungsperspektiven hervorgehen und daher nicht auf Allgemeinpopulationen generalisierbar sind und c) in ihrer gegenwärtigen Form wenig zum Bau eines optimierten Behandlungssystems beitragen.

Schlüsselwörter

Opiatsucht · Substitutionsbehandlung · Kostenstudien · Drogenpolitik

Abstract

Cost research has become an important perspective in recent years, both in the general health as well as the substance use area. In the field of illegal drugs, an exemplary overview will be provided on the status and contribution of cost research on the topic of illicit opiate addiction and its treatment. From a research tradition spanning almost thirty years emerges the consistent and clear knowledge that the lion share of social costs associated with illicit opiate use relates to criminality or the various levels of criminal justice. In the field of treatment it is consistently shown that the predominant modes of treatment – primarily substitution therapy – produce positive cost-benefit ratios. The most difficult challenge, however, seems to be the interpretation and application of these seemingly clear states of knowledge and their determinants to the practices of opiate policy and treatment. The documentation of the cost dynamics for illicit opiate addiction and its treatment up to this point battles with the issues that: a) they take effect in a socially constructed environment of illegality; b) they emerge on the basis of specific and narrow research perspectives and thus are not generalizable to naturally given populations; and c) in their current form contribute little to the building of an optimised intervention system.

Key words

Opiate addiction · substitution treatment · cost studies · drug policy

Institutsangaben

Department of Public Health Sciences and Centre of Criminology, University of Toronto; Public Health and Regulatory Policy Section · Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada

Korrespondenzadresse

Benedikt Fischer, PhD · CAMH/ARF-2035 · 33 Russell St. · Toronto, Ont. · M5S 2S1 · Kanada · E-mail: Benedikt.Fischer@Utoronto.ca

Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 2–7 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Tab. 1 Soziale Kosten illegaler Opiatabhängigkeit – wichtige amerikanische Studien der 70er-Jahre (rekategorisiert)

Kostenbereich	McGlothlin et al. (1972)		Little (1974)		Lemkau et al. (1975)		Rufener et al. (1976)	
	Kosten (in Millionen)	%	Kosten (in Millionen)	%	Kosten (in Millionen)	%	Kosten (in Millionen)	%
Gesundheit	n. c.	Nil	\$ 207,3	2,1%	\$ 45,4	4,2%	\$ 610,4	5,9%
Kriminalität/Strafverfolgung	\$ 3 295,0	69,8%	\$ 7 174,2	73,6%	\$ 7 833,0	71,8%	\$ 4 564,0	44,1%
Produktivitätsverluste	\$ 1 149,0	24,4%	\$ 1 518,3	15,6%	\$ 2 251,8	20,7%	\$ 4 084,0	39,5%
andere	\$ 274,0	5,8%	\$ 849,4	8,7%	\$ 670,4	6,1%	\$ 1 079,0	10,4%
gesamt	\$ 4 718,0	100,0%	\$ 9 749,0	100,0%	\$ 10 904,0	100,0%	\$ 10 338,0	100,0%

„While statistics are not a universal solvent for problems ... they frequently are ... the beginning of wisdom. This is especially true where matters of costs are concerned.“ (U.S. National Commission on Law Observance and Enforcement, 1931) [1]

Hintergrund

Der Gesundheitsbereich allgemein hat im Laufe der letzten zwanzig Jahre eine starke Orientierung zu ökonomischen Perspektiven und Maßen erfahren. Eine Vielzahl chronischer Krankheiten und teurer Therapien auf der einen sowie Haushaltskrisen und Ressourcenknappheit des Staates auf der anderen Seite haben fiskale Überlegungen zu einem Dogma in der Gesundheitspolitik gemacht [2]. Dies hat in der Forschung unter anderem dazu geführt, dass Belastungen durch Krankheit mittlerweile durch Standards (wie z. B. DALYs oder QALYs) gemessen werden, die auch zu ökonomischen Vergleichen herangezogen werden können [3]. Des Weiteren wurde in der Therapieforschung die Kosten-Nutzen-Analyse zu einem Maß, das teilweise sogar die Effektivität als Primärmaßstab abgelöst hat [4].

Seit dem Ende der 80er-Jahre sind soziale Kostenforschungsansätze auch in der Suchtforschung immer mehr vertreten. Während am Anfang vor allem versucht wurde, die soziale Kostenbelastung durch Drogengebrauch monetär zu berechnen [5, 6], ist man gegenwärtig immer mehr damit beschäftigt, den ökonomischen Wert von Interventionen zu messen oder zu vergleichen. Dies ist vor allem in Interventionsbereichen sinnvoll, wo es entweder auf vertikaler (z. B. Prävention oder Behandlung) oder horizontaler Ebene (z. B. verschiedene Substitutionstherapien) Alternativen zum Einsatz von Ressourcen gibt. Gleichzeitig regten ökonomische Ansätze speziell im Bereich der illegalen Drogen die Hoffnung auf verschiedenen Seiten, dass die „objektive“ empirische Sichtweise der Ökonomie in diesem teilweise traditionell hoch ideologisierten Feld [7–9] zu einer rationaleren Politikentwicklung beitragen könnte.

Das Spezialfeld des illegalen Opiatkonsums bietet sich für einen beispielhaften Überblick aus ökonomischer Perspektive aus verschiedenen Gründen an. Zum einen besteht dieser Problembereich bereits recht lange, die Konsequenzen des Problems (z. B. Mortalität, Morbidität) haben sich jedoch in den vergangenen zwei Jahrzehnten stark ausgedehnt [10, 11]; zum anderen gibt es eine erheblich diversifiziertere Bandbreite von Behand-

lungsvorgängen wie Politikoptionen, die teilweise miteinander in Konkurrenz stehen [12]. Dieser Kontext soll damit als Gelegenheit für eine kurze sozialwissenschaftliche Fallstudie genommen werden, was man aus ökonomischer Sichtweise zum Problem der illegalen Opiatsucht und ihrer Behandlung weiß und was für Fragen und Implikationen aus diesem Wissen (und seinen Limitationen) für Politik und Praxis entstehen.

Soziale Kostenstudien zu illegalem Opiatgebrauch

Eine Reihe nationaler Kostenstudien zum Drogengebrauch [5, 6] hat im Verlauf der letzten fünfzehn Jahre gezeigt, dass die legalen Drogen Alkohol und Tabak den absoluten Großteil – ca. 90% – der mit Substanzgebrauch zusammenhängenden sozialen Kosten ausmachen. Während bei den legalen Drogen jedoch der Hauptkostenpunkt jeweils bei den Gesundheitskosten liegt, machen bei den illegalen Drogen – einschließlich illegaler Opiate – unerwarteterweise die Kriminalitäts- und Strafverfolgungskosten den größten Kostenpunkt aus [6]. Wenn auch mit verschiedenen Prämissen und simpleren Methoden ausgeführt, ist es nun interessant zu sehen, dass eine Reihe von Kostenstudien zum illegalen Opiatkonsum – aus teilweise anderen Kontexten – dieses Kostenverteilungsmuster im Großen und Ganzen zu bestätigen scheint. Dies kann zunächst durch einen historischen Block von Studien geschehen, die in den USA in den 70er-Jahren zum Problembereich „Heroin Addiction“ durchgeführt wurden [13–16]. Diese wurden als Konsequenz der Crime Commission unter Präsident Nixon – die 1967 ihren Bericht vorlegte – und mit dem Bestreben initiiert, empirisches Licht in die Hauptfelder der amerikanischen Kriminalität zu bringen [17] (Tab. 1).

In den vier exemplarischen amerikanischen Studien¹ – auf unterschiedlichen Methoden und Ansätzen basierend, auf die aber hier im Kontext dieses Grobvergleiches nicht weiter eingegangen werden soll – fällt nun klar auf, dass der Justiz- oder Kriminalitätskostenanteil den größten Anteil der aufgezeigten Kosten verbunden mit illegaler Heroinsucht einnimmt; in drei der vier Studien beträgt dieser Anteil im Gesamtbild sogar klar über zwei Drittel [13–16]. Verluste für die gesellschaftliche Produktivität

¹ Die in den einzelnen Studien genannten Kostenfelder wurden vom Autor nach bestmöglicher Einschätzung harmonisiert und rekategorisiert und sind so in Tab. 1 dargestellt; Kostenproportionen sind ebenfalls vom Autor selbst berechnet.

stellen tendenziell den zweitgrößten, aber bereits bedeutend kleineren Kostenpunkt dar. Direkte Gesundheitskosten summieren sich, wo ausdrücklich beziffert, auf einen fast vernachlässigbaren kleinen Posten; dazu muss natürlich erwähnt werden, dass alle Zahlen in einem zeitlichen Kontext erhoben wurden, in der die heutigen kostenintensiven Krankheiten wie HIV oder Hepatitis noch nicht vorhanden waren.

Für das konstante Resultat der Kriminalität als Hauptpunkt gesellschaftlicher Kosten von illegaler Opiatsucht, wie in den frühen US-Studien gezeigt, können nun auch gegenwärtige Beispiele zur Illustration herangezogen werden (Tab. 2).

Tab. 2 Soziale Kosten der illegalen Opiatabhängigkeit – Deutschland, 1992 [18]

Kostenbereich	Kosten in Millionen DM (1992)	% von gesamt
Kriminalität/Strafverfolgung	6 334,8	46,1%
Produktivitätsverluste	6 741,1	49,0%
Behandlung	602,4	4,4%
andere	70,2	0,05%
gesamt	13 748,5	100,0%

Die ökonomische Studie von Hartwig und Pies [18] zur Heroinsucht in Deutschland – basierend auf einem Populationsansatz – kam zu dem Ergebnis, dass die Heroinsucht in Deutschland im Jahre 1992 soziale Kosten im Volumen von (umgerechnet) ca. US\$ 7 Milliarden verursachte (Tab. 2). Davon machen Produktivitätsverluste (46%) und Kriminalitäts- und Justizkosten (49%) die überwiegenden Teile der Gesamtkosten aus; Gesundheits- und Behandlungskosten spielen nur eine geringfügige Rolle [18].

Daten einer Kohorte unbehandelter Opiatabhängiger (n = 114) in Toronto [19] wurden in der Folge einer Cost-of-Illness-Analyse unterzogen [20] (Tab. 3).

Tab. 3 Soziale Kosten unbehandelten illegalen Opiatkonsums (n = 114), Toronto [20]

Kostenbereich	Kosten pro Jahr	% von gesamt
Gesundheit	\$ 310 837	6,1%
Kriminalität/Strafverfolgung	\$ 2 154 875	42,4%
Viktimisierung	\$ 2 266 579	44,6%
Produktivitätsverlust (netto)	\$ 353 807	7,0%
gesamt	\$ 5 086 099	100,0%
Durchschnittskosten pro Proband	\$ 44 615	–

Dem bereits oben beschriebenen Muster folgend zeigte auch diese Studie, dass der absolute Großteil der Kostengesamtsumme im Zusammenhang mit Kriminalität – Viktimisierung (44,6%) und Aufwendungen des Justizsystems (42,6%) – entstehen [20]. Es errechnete sich aus der Toronto-Studie, dass ein unbehandel-

ter Opiatabhängiger pro Jahr im Durchschnitt soziale Kosten von (umgerechnet) ca. US\$ 30 000 verursacht (s. Tab. 3).

Die deutschen und kanadischen Kostenstudien zur illegalen Opiatabhängigkeit zeigen nicht nur ähnliche Kostenverteilungsmuster, sie führen auch zu nominal recht ähnlichen Pro-Kopf-Kostenergebnissen auf der Basis von Drogenpopulationsschätzungen. Für die Hartwig-und-Pies-Studie läge die ungefähre Pro-Kopf-Kostenbelastung – auf der Basis aktueller Schätzungen der Opiatkonsumentenpopulation in Deutschland – bei ca. US\$ 55 000 [10, 18]. Auf der anderen Seite machen beide Studien sicherlich klar, dass (im kanadischen Beispiel hochgerechnet) auf gesellschaftlicher Ebene eine relativ kleine Population von illegalen Opiatkonsumenten zumindest auf dem Papier eine beträchtliche monetäre Belastung in Milliardenhöhe verursachen kann [20, 21] – eine Dimension, die selbst indifferente Politiker am Drogenproblem interessiert werden lässt.

Kostenstudien zur Behandlung von Opiatsucht

Der bisherige Teil dieses Artikels bezog sich vor allem auf Daten zu den Kosten unbehandelter Opiatabhängigkeit. Konsequenterweise stellt sich nun die Frage, was man zu den Kosteneffekten verschiedener Behandlungen weiß und was für Schlussfolgerungen für die Interventionspolitik abgeleitet werden können.

In den USA, wo das Hauptinstrument zur Behandlung illegaler Opiatabhängigkeit seit vielen Jahren aus Methadonverschreibung besteht [9, 22], hat eine Reihe von Studien die Kosten-Nutzen-Effekte der Methadonbehandlung untersucht. Obwohl die Methodik der Studien oft zu wünschen übrig lässt, ergibt sich das recht konsequente Bild, nach dem Methadonbehandlung die soziale Kostenbelastung durch illegale Opiatabhängigkeit in der Regel um einen erheblichen Teil verringert. Bereits in den 70er-Jahren kamen Rufener und Kollegen zu dem Ergebnis, dass die Methadonbehandlung ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 4,4 : 1 zugunsten ihres Aufwandes ergibt [16]. Harwood et al. [23] schlussfolgerten einige Jahre später auf der Basis der groß angelegten „TOPS“-Behandlungsstudie ebenfalls, dass die Verringerung der Kriminalität durch die Methadonbehandlung einen Kosten-Nutzen-Effekt von 4 : 1 erbringt (basierend auf den Schätzungen von \$ 9600 für Kosten der Kriminalität im Vergleich zu \$ 2400 als geschätzte jährliche Kosten der Methadonbehandlung). Das US-amerikanische Drogenforschungsinstitut NIDA [24] präsentierte den folgenden Kostenvergleich als numerischen Beweis dafür, dass Methadonbehandlung zweifellos die kostengünstigste Alternative als Antwort auf Opiatabhängigkeit darstellt.

Unbehandelter/Straßen-Heroinsüchtiger: \$ 43 000
Gefängnis: \$ 34 000
Institutionale Behandlung: \$ 11 000
Methadonbehandlung: \$ 2400

Eine neuere Generation von Kosten-Nutzen-Studien zur Methadon- bzw. Opiatsubstitutionsbehandlung offeriert etwas differenziertere Daten und Aufschlüsse. In einer kürzlich erschienenen Studie auf der Basis kontemporärer gesundheitsökonomischer Methodologie kommen Barnett und Hui [25] für den Kontext der

USA zu dem Schluss, dass gegenwärtige Methadonbehandlungen einen inkrementalen Kosten-Nutzen-Vorteil von ca. \$ 11 000 pro QALY (Quality Adjusted Life Year) herbeiführen. Die Autoren heben dabei hervor, dass diese gesundheitsökonomische Bewertung einen höheren Kosten-Nutzen-Gradienten produziert als die meisten in der Allgemeinmedizin praktizierten Therapien. Sie konstatieren aber auch, dass dieses positive Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Methadonbehandlung unter anderem bedingt, dass evidenzbasierte „best practices“ angewendet werden (z. B. in Bezug auf Dosierung, psychosoziale Begleitbehandlung etc.) [11, 25].

Die wahrscheinlich fortschrittlichste Studie kommt aus Australien („National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence“, NEPOD) [26]. In NEPOD wurde nach einem uniformen Behandlungs- und Evaluationsprotokoll die Kosteneffektivität der in Australien verfügbaren verschiedenen Opiat-substitutionsbehandlungen (Buprenorphin, LAAM, Methadon, Naltrexon) verglichen. Primäres Ergebnismaß in dieser mit Intent-to-treat-Methodologie durchgeführten Studie waren dabei die nominalen Durchschnittskosten pro Patient für einen zusätzlichen heroinfreien Behandlungstag.

Nach dieser Bemessung schnitten die verschiedenen Behandlungsmodi folgendermaßen ab [26]:

1. LAAM (n = 44) \$ 98,52
2. Methadone (n = 287) \$ 174,15
3. Buprenorphine (n = 250) \$ 272,52
4. Naltrexone (n = 151) \$ 353,13

In diesem Ergebnisvergleich mag es überraschen, dass sich die LAAM-Behandlung – die in letzter Zeit durch medizinische Komplikationen in einigen Ländern verboten wurde, aber auch durch pure Substanzkosten relativ teuer ist [27] – sich aus einer Kosten-Effektivitätsperspektive so deutlich von den anderen Opiatbehandlungen absetzen konnte; allerdings setzt die kleine Stichprobe ein methodisches Fragezeichen. Die NEPOD-Studie bot allerdings weitere Einsichten zu Faktoren, die den Kosteneffektivitätsgrad verschiedener Opiatbehandlungsmodi fundamental positiv beeinflussen. Zum einen sind dies die Fähigkeit der jeweiligen Behandlung, eine größtmögliche Proportion der Patienten in Behandlung zu halten, sowie zum anderen die primäre Fähigkeit, die Kriminalität (und damit den Hauptkostenfaktor) unter den Opiatpatienten zu reduzieren. Die NEPOD-Studie weist weiterhin der durch allgemeinärztliche Praxis verabreichten Opiatsubstitutionsbehandlung gegenüber der klinikgestützten Behandlung ein klar günstigeres Kosten-Nutzen-Potenzial zu [26].

Schließlich wurde die Kohortenstudie zur Heroinverschreibung der Schweiz – Pionier für eine ganze Reihe von Heroinverschreibungsprojekten in der westlichen Welt [10] – ökonomisch untersucht. Die Studie [28] ergab einen deutlichen Kosten-Nutzen-Vorteil für die Heroinverschreibung, der sich auf brutto SFr. 95,50 und netto (abzüglich Behandlungskosten) auf SFr. 44,87 pro Patient und Tag belief [28] (Tab. 4).

Wiederum ergibt sich der absolut größte Anteil der Kosten-Nutzen-Gewinne aus Veränderungen von Probandenaktivitäten im Kriminalitätsbereich, die durch Heroinverschreibung stark abnehmen [29]. Ohne den substanziellen Effekt der Heroinverschreibung, die Kriminalitätsbelastung und die damit verbundenen Kosten maßgeblich zu senken, wäre in der Schweizer Studie sogar kein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielt worden [28].

Tab. 4 Kosten-Nutzen der Schweizer Heroinverschreibung (PROVE), 1995 [28]

Kostenbereich	sFr. (pro Patient/Tag)	Prozent
Wohnen	sFr. 2,41	2,52%
Arbeit	sFr. 3,90	4,08%
Kriminalität	sFr. 72,08	75,48%
Gesundheit	sFr. 17,11	17,92%
Nutzen (brutto)	sFr. 95,50	100,0%
Nutzen (abzüglich Kosten)	sFr. 44,87	n. a.

schreibung, die Kriminalitätsbelastung und die damit verbundenen Kosten maßgeblich zu senken, wäre in der Schweizer Studie sogar kein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielt worden [28].

Diskussion

In der bisherigen Darstellung wurde ein kurzer beispielhafter Überblick zum Wissensstand der sozialen Kostenforschung in Bezug auf illegale Opiatsucht und deren Behandlung geboten, wie dieser sich über dreißig Jahre angesammelt hat. Die angeführten Studien schlagen zum einen klar vor, dass unbehandelte Opiatsucht erhebliche soziale Kosten verursacht, dass aber zum anderen adäquate Behandlung (wie z. B. Substitutionsbehandlung) das Potenzial aufweist, diese soziale Kostenbelastung erheblich zu senken [24, 30]. Dieses Bild scheint empirisch klar und eindeutig und die Konsequenzen scheinen ebenso deutlich auf der Hand zu liegen; es müssen jedoch einige Kritik- und Fragepunkte in die Diskussion eingebracht werden.

Zunächst einmal gilt es – mehr praktisch als philosophisch – nach dem tatsächlichen Sinn von Kostenstudien zu fragen. Diese Frage hat stellvertretend Reuter [31] in einer generellen Kritik zur „Modeerscheinung“ der sozialen Kostenstudien im Drogenbereich lanciert und er kam zu dem Schluss, dass diese von nur sehr limitiertem Wert vor allem für das Policyfeld sind, da sie im Zweifelsfalle „unzufriedenstellende Antworten auf Fragen von zweifelhafter Relevanz produzieren“ [31 Übersetzung vom Autor]. In seiner Grundsatzkritik führt Reuter vor allem das Argument an, dass Kostenstudien mit großem Aufwand vor allem Truismen dokumentieren, dies aber mit großer empirischer Unsicherheit tun und damit nur wenig hilfreiche Information sowohl für Wissenschaft als auch Programmpolitik anzubieten vermögen.

Damit zusammenhängend steht sicherlich das bereits seit Beginn der Kostenstudien-Tradition beobachtete Phänomen, dass Kostenstudien im Drogenbereich (wie im Krankheitsbereich allgemein) zu einer Überschätzung der einem bestimmten Verhaltensphänomen oder Interventionsmodus zugeordneten Kosteneffekte tendieren – was zwar den Ergebnissen üblicherweise einen gewissen Sensationseffekt verschafft, aber deren empirische Spezifität bzw. Anwendbarkeit verschwimmen lässt [17, 20]. Dieser „Übertreibungseffekt“ liegt hauptsächlich daran, dass die Kostenstudienmethodik – vor allem im Suchtbereich –

auf nicht immer zuverlässige Daten zurückgreifen muss (z.B. Selfreport-Daten), aber auch die Trennung zwischen Kosten, die direkt/kausal über die abhängige Variable (Verhalten oder Intervention) verursacht werden, und denen, die nur damit korrelieren, in Methodik und Praxis nicht immer sauber möglich ist oder durchgeführt wird [31].

Ein eher erstaunliches Beispiel des „Übertreibungseffektes“ kommt aus der Anfangszeit der Kostenstudien im Suchtbereich in den USA, wo McGlothlin et al. [13] die Kosten der mit Heroinabhängigkeit verbundenen Eigentumskriminalität in ihrer Studie auf ca. 2,8 Mrd. US\$ errechneten – aber nach Angaben der Uniform Crime Reports (UCR) die Kosten für alle Eigentumskriminalitätsdelikte in den USA für dieses Jahr sich nur auf eine totale Summe von unter 1,5 Mrd. US\$ beliefen [17]. Diese doch erhebliche empirische Diskrepanz mag mit heutigen Kostenrechnungsmethoden vermeidbar sein; im gegenwärtigen ökonomischen Suchtforschungsbereich schwelt dagegen die fundamentale Debatte, welche Kostenkategorien denn in sinnvolle Kostenrechnungen eingehen sollen [30, 32].

Ein wichtiger Punkt, der zum Teil auf Reuters Argument zurückgeht und vor allem in der öffentlichen Debatte zum Thema meist verloren geht, verweist weiterhin auf die Tatsache, dass Kostenstudien zwar grundsätzlich theoretische Kostenattributionen bzw. -reduzierungen dokumentieren, dass diese jedoch in den seltensten Fällen in tatsächliche Kosteneinsparungen in der Praxis umgesetzt werden können. Mit anderen Worten: Kosteneinsparungen auf dem Papier – z.B. durch Behandlung – sind zum großen Teil von symbolischer Natur und implizieren von politischer Seite aus die (attraktive und medienwirksame!) Möglichkeit realer Effekte auf breiter Ebene, die in der operativen Realität üblicherweise aber unumsetzbar bleiben. Dies liegt unter anderem daran, dass ein Gros der Kosten bzw. implizierten Einsparungen im Suchtbereich in institutionalen Systemkomplexen auftritt, die durch einen Großanteil von Festkosten charakterisiert sind, die nur schwer variabel oder reduzierbar sind. Ein Beispiel: Um die genannten Einsparungen durch reduzierte Kriminalität und Gefängnisstrafezeit von Opiatsüchtigen als Resultat der Methadonbehandlung wirklich fiskal zu realisieren, genügt es nicht, dass diese Aktivitäten vom Süchtigen/Patienten nicht mehr gezeigt werden; tatsächlich müsste wirklich ein proportionaler Anteil von Polizisten, Richtern oder Gefängniswärtern entlassen bzw. die entsprechenden Institutionen geschlossen werden, um diese Einsparungen zu realisieren – was mit Sicherheit im seltensten Fall geschieht. So haben wir es mit den oben beschriebenen Dynamiken von Kostenstudien und der praktischen Operationalisierung ihrer Daten zum einen mit einem Modell zu tun, das illegale Drogenkonsumenten dann gern als „pässliche Sündenböcke“ [33] in Zeiten ökonomischer Malaise präsentiert; zum anderen werden Kostenzahlen schnell und oft für Politik und Ideologie instrumentalisiert, die dann mit praktischen Möglichkeiten und ihren Grenzen nicht mehr viel gemein haben.

Akzeptiert man nun aber einmal die oben gezeigten empirischen Daten und Ergebnismuster, wie sie uns die soziale Kostenforschung im Opiatbereich vorlegt, so drängt sich doch vor allem eine Beobachtung im Hinblick auf politische und programmatische Implikationen vor allem für den Behandlungsbereich auf: Wiederholt wurde oben gezeigt, dass das Gros der ökonomi-

schen Kosten durch unbehandelte Opiatsucht sich im Bereich der Kriminalitäts- und Strafjustizkosten ergibt; im Gegenzug dazu materialisiert ökonomischer Nutzen der Behandlung primär durch Reduktionen in diesen Bereichen. Diese Situation ist nun – wie von Hannan [34] bereits vor einem Vierteljahrhundert unterstrichen – zum einen durch den (künstlichen und sozial konstruierten) [7, 8] illegalen Status von illegalen Opiaten bedingt; zum anderen erscheint der Reduktionseffekt der Kriminalität bei Opiatabhängigen weniger als Konsequenz von Behandlung im Sinne umfassender Therapie, sondern primär durch den Substitutionsaspekt der Therapie bedingt, die die (Opiat-)Droge der Wahl legal und verlässlich verabreicht, womit die Notwendigkeit krimineller Handlung mit Ziel der Drogenbeschaffung zum großen Teil wegfällt [29, 30, 35].

Aus ökonomisch-pragmatischer Sicht können diese Sachverhalte nun als eine solide Argumentation für a) die Medikalisierung bzw. sogar Legalisierung von illegalen Opiaten und b) die Substitutionsabgabe von Opiatstoffen an Süchtige verstanden werden, wie sie sich aus den beschriebenen Kostendynamiken ergibt und auch regelmäßig sowohl von Verfechtern liberaler wie neo-konservativer Drogenpolitik postuliert wurde [18, 36, 37]. So politisch inkorrekt es vielleicht klingen mag – umfassende „Behandlung“ im weiten Sinn (die soziale, berufliche oder medizinisch-therapeutische Interventionen einschließt) scheint aus der ökonomischen Perspektive nach den vorliegenden Daten keinen wesentlichen Kosten-Nutzen zu erbringen und mag in Kosten-Nutzen-Analysen vielleicht sogar negativ ausfallen. Wäre Drogenpolitik alleine von ökonomisch-empirischer Begutachtung angetrieben, müsste man wahrscheinlich morgen überlegen, die illegalen Opiate zu entkriminalisieren und „Therapie“ primär als simple Substanzsubstitution durchzuführen – da es aber in der Drogenpolitik um mehr als nur monetäre Werte geht, ist dies ein wohl eher hypothetisches, aber doch wenigstens anregendes Gedankenspiel.

Weiterhin ist für empirisch fundierte Policy- und Programmentwicklung zu bemerken, dass Opiatbehandlungsstudien, die in der Regel positive Kosten-Nutzen-Ratios zugunsten der untersuchten Intervention zeigen, gerne als auf existierende und diverse Opiatkonsumpopulationen zu verallgemeinern präsentiert werden [24, 25]. Auch dies ist ein leichtfertiger empirischer Trugschluss, da die gegebenen Formen der Suchtbehandlungen auch in den am besten ausgestatteten und diversifiziertesten Systemen (wie z.B. Holland, Schweiz, Australien) nur von gewissen Subpopulationen (bis zu 60%) wahrgenommen werden [10]. Innerhalb dieser wiederum – was oft von unzulänglicher Evaluationsmethodologie mit Hang zum „intervention bias“ verschwiegen wird – werden die gezeigten positiven Effekte mit ebensolcher Kostenwirkung auf Dauer ebenfalls nur von einer Minderheit der Patienten erzielt [38, 39]; der Rest spricht auf die Behandlung nicht an und begibt sich in alte (sozialkostenintensive) Verhaltensmuster.

Auf der Gesamtheit der obigen Erwägungen sollen abschließend zwei grundsätzliche Fazits und Empfehlungen abgegeben werden: In der Tat präsentiert sich die Kostenforschung als eine wichtige Sparte und Instrumentenkomponente in der Sucht- und Interventionsforschung, die vor allem dabei hilfreich sein kann, traditionelle Forschungsansätze und -maße zu Verhalten,

Interventionen und Harms/Benefits zu komplementieren [40]. Allerdings könnten wichtige methodologische Fortschritte dadurch gemacht werden, die praktische Anwend- und Umsetzbarkeit der eruierten Kostendaten klarer und eindeutiger zu differenzieren und damit die Distanz zwischen dem Wissenschaftlichen und Praktischen zu verringern. Zum zweiten sollten Kostenstudien primär dazu herangezogen werden, die wohl wichtigste, aber vielleicht auch komplexeste gegenwärtige Frage an der Schnittstelle von Forschung und Policy im Drogenfeld zu beantworten helfen. Diese Frage muss in einer immer differenzierter werdenden Landschaft von Präventions- und Behandlungs-Interventionen auf die Problemstellung fokussieren, wie der beste „System-Mix“ unter optimaler Nutzung gegebener Ressourcen und der Erreichung optimaler Outcomes für eine gegebene Opiatkonsumpopulation gestaltet werden kann (vgl. schon [17, 41]). Dies ist eine nächste Ebene angewandeter Sucht- und Behandlungsforschung im System- und Interaktionskontext, die klar über den eher eindimensionalen und beschreibenden Ansatz von Studien zu singulären Suchtpopulationen oder -interventionen hinausgehen muss, aber momentan den einzigen Weg bietet, aus einem diffusen „Patchwork“ von Interventionen hin zu einem rationalen und evidenzbasierten „System“ zu gelangen, das diesen Namen wirklich verdient.

Literatur

- 1 US National Commission on Law Observance and Enforcement. Report on the Cost of Crime. Washington DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office 1931
- 2 Lauterbach KW, Schrappe M. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer 2001
- 3 Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 981 – 994
- 4 Sloan AS (ed). Valuing Health Care: Costs, Benefits, and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies. Cambridge: Cambridge University Press 1996
- 5 Harwood H, Fountain D, Livermore G. The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992. NIH Publication no. 98 – 4327. Bethesda MD: National Institute on Drug Abuse 1998
- 6 Single E, Robson L, Xie X et al. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 1998; 93: 991 – 1006
- 7 Musto D. The American Disease: Origins of Narcotic Control. New York: Oxford University Press 1987
- 8 Giffen J, Endicott S, Lambert S. Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse 1991
- 9 Fischer B. Prescriptions, power and politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of Public Health Policy* 2000; 21: 187 – 210
- 10 Fischer B, Rehm J, Kirst M et al. Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health* 2002; 12: 228 – 234
- 11 National Institutes of Health. National consensus development panel on effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA* 1998; 280: 1936 – 1943
- 12 Ritter A, Kutin J, Lintzeris N et al. Expanding treatment options for heroin dependence in Victoria: buprenorphine, LAAM, naltrexone and slow-release oral morphine, New Pharmacotherapies Project – Feasibility Phase. Victoria, Australia: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc 1997
- 13 McGlothlin W, Tabbush V, Chambers C et al. Alternative Approaches to Opiate Addiction Control: Cost, Benefits, and Potential. Washington DC: US Department of Justice, Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs 1972
- 14 Little C. A. Social Costs of Drug Abuse. Cambridge MA: AD Little Co 1975
- 15 Lemkau PAZ, Sanders B, Amsel J et al. Social and Economic Costs of Drug Abuse. Baltimore MD: Department of Mental Hygiene, School of Hygiene and Public Health 1975
- 16 Rufener B, Rachal J, Cruze A. Management Effectiveness Measures for NIDA Drug Abuse Treatment Programs. Cost Benefit Analysis. Research Triangle Institute, Research Triangle Institute NC 1976; Volume I
- 17 Gillespie R. Heroin addiction, crime and economic cost: A critical analysis. *Journal of Criminal Justice* 1978; 6: 305 – 313
- 18 Hartwig K, Pies I. Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Tübingen: J.C.B. Mohr 1995
- 19 Fischer B, Medved W, Gliksmann L et al. Illicit opiates in Toronto: A profile of current users. *Addiction Research* 1999; 7: 377 – 415
- 20 Wall R, Rehm J, Fischer B et al. The social cost of untreated opiate use. *Journal of Urban Health* 2001; 77: 688 – 722
- 21 Deschenes EP, Anglin MD, Speckart G. Narcotics addiction: Related criminal careers, social, and economic costs. *The Journal of Drug Issues* 1991; 21 (2): 383 – 411
- 22 Courtwright D. A century of American narcotics policy. In: Gerstein D, Harwood H (Hrsg). *Treating Drug Problems* (Institute of Medicine, vol. 2). Washington: National Academy Press 1992
- 23 Harwood H, Hubbard R, Collins J et al. The Costs of crime and the benefits of drug abuse treatment: A cost-benefit analysis using TOPS data. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse 1988
- 24 NIDA. Methadone Maintenance Treatment: Translating Research into Policy. Bethesda: National Institute on Drug Abuse, 1995
- 25 Barnett P, Hui S. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2000; 67: 365 – 374
- 26 National Drug and Alcohol Research Centre. National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD): Report of Results and Recommendations. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre 2001
- 27 Deamer RL, Wilson DR, Clark DS et al. Torsades de pointes associated with high dose levomethadyl acetate (ORLAAM). *Journal of Addictive Diseases* 2001; 20: 7 – 14
- 28 Frei A, Greiner R, Mehnert A et al. 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 2000
- 29 Killias M, Rabasa J. Does heroin prescription reduce crime? Results from the evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998; 7: 127 – 133
- 30 Rajkumar A, French M. Drug abuse, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology* 1997; 13: 291 – 323
- 31 Reuter P. Are calculations of the economic costs of drug abuse either possible or useful? *Addiction* 1999; 94: 631 – 635
- 32 Single E, Collins D, Easton B et al. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Geneva: World Health Organisation (forthcoming) 2003
- 33 Christie N, Bruun K. Den gode fiende. Oslo: Universitetsforlaget 1985
- 34 Hannan T. The benefits and costs of methadone maintenance. *Public Policy* 1976; 24: 197 – 226
- 35 Bell J, Mattick R, Hay A et al. Methadone maintenance and drug-related crime. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9: 15 – 25
- 36 Nadelmann EA. The case for legalization. In: Boaz D (Hrsg). *The Crisis in Drug Prohibition*. Washington DC: Cato Institute 1990
- 37 Smith R. The war on drugs: Prohibition isn't working; some legalization will help. *British Medical Journal* 1995; 311: 23 – 30
- 38 Fischer B, Rehm J. The case for a heroin substitution treatment trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 1997; 88: 367 – 370
- 39 Bertschy G. Methadone maintenance treatment: An update. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 1995; 245: 114 – 124
- 40 Rehm J, Fischer B. Kosten, Nutzen und Effizienz der Opiatsubstitution. In: Zerdick J (Hrsg). *Suchtmedizin im Dialog*. Berlin: Verlag f. Wissenschaft und Bildung 2000
- 41 Rehm J, Fischer B. Von Kontrollierten Klinischen Studien zu einer Gestaltung des Behandlungssystems für Suchtkranke. *Sucht* 2002; 48 (4): 310 – 311