

kreuzerfischerpartner

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie
Suchtforschung & -therapie

Soziale Folgekosten von Lust & Sucht in Österreich

*(Meta)Analyse zu den sozialen Folgekosten
des (unkontrollierten) Konsums
von Alkohol, Tabak, Drogen & Glücksspiel in Österreich*



Wien | Oktober 2013

Diese Studie wurde zwischen Juli und September 2013 von KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Suchforschung & -therapie (Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer) mit aller gebotenen Sorgfalt - jedoch ohne Gewähr - verfasst.

Autor: Andreas Kreutzer

Begutachtung: Gabriele Fischer

Projektassistentz: Laura Brandt (MedUni Wien), Alexandra Wailzer, Thomas Wimmer, Josef Schörghofer (alle KREUTZER FISCHER & PARTNER)

Datenbasis sind Auswertung einschlägiger Studien zum Thema im Rahmen einer umfassenden Metaanalyse, eigene empirische Erhebungen sowie zahlreiche Interviews mit Experten aus den Bereichen Medizin, Medizin-Ökonomie und Sicherheit. Unser Dank gilt dabei im Besonderen:

- ...✚ Univ. Prof. Prim. Dr. Reinhard Haller (Ärztlicher Leiter des Vorarlberger Behandlungszentrums für Suchtkranke und Drogenbeauftragter der Vorarlberger Landesregierung)
- ...✚ General Franz Lang (Direktor des Bundeskriminalamts)
- ...✚ Dr. Ernest G. Pichlbauer (Gesundheitsökonom, Wien)
- ...✚ Dr. Alfred Uhl (Leiter der Suchtpräventionsforschung und Suchtpräventionsdokumentation am Anton-Proksch-Institut, Wien)
- ...✚ Dr. Anna Vavrowski (HealthCare Consulting, Wien)

Sämtliche Urheberrechte dieser Studie liegen bei KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH.

Vervielfältigung und Nachdruck - auch auszugsweise - bedürfen der Genehmigung von KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH.

Impressum:

KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH
1070 Wien | Wimberggasse 14-16 |
www.kfp.at

Alle Rechte vorbehalten

Collage Verlag
ISBN: 978-3-9500638-9-9

KREUTZER FISCHER & PARTNER

KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH in Wien ist Spezialist für Markt- und Wettbewerbsanalysen. Das Unternehmen unterstützt bei der Evaluierung von Strategieoptionen und im Erschließen von neuen Märkten und Geschäftsfeldern. Der Schwerpunkt liegt in der Marktanalyse, der Erstellung von Market Due Diligence und in der Entwicklung von Marktsimulations- und Kaufentscheidungsmodellen.

Nur Zahlen zu erheben ist dabei jedoch zu wenig. Vielmehr geht es immer darum, Märkte zu verstehen, zu begreifen wie sie funktionieren. Denn KREUTZER FISCHER & PARTNER interessiert primär, was Märkte prägt und treibt.

Das Unternehmen arbeitet international, schwerpunktmäßig in Mittel-, Ost- und Südosteuropa.

Andreas Kreutzer studierte Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität in Wien. Sechs Jahre als Marketingmanager in der österreichischen und deutschen Markenartikelindustrie. Seit 1992 geschäftsführender Gesellschafter der KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH in Wien. Andreas Kreutzer ist Autor zahlreicher Wirtschaftsartikel in nationalen und internationalen Printmedien.

SUCHTFORSCHUNG & -THERAPIE

Die Suchtforschung und -therapie und deren evidenzbasierte, klinische Behandlungsanwendung an der Medizinischen Universität Wien im Allgemeinen Krankenhaus (AKH), Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, stellen einen integralen Bestandteil in der Versorgung suchtkranker Patienten im Raum Wien, wie auch den angrenzenden Bundesländern dar. Ein zusätzlicher Schwerpunkt der Arbeit ist die Vernetzung mit den betreuenden Teams der behandelnden Kliniken und weiteren patientenrelevanten Institutionen.

Neben dem Behandlungsauftrag ist für das ärztliche und psychologische Personal ein entsprechender Forschungs- und Lehrauftrag verbunden. Jährlich werden hunderte PatientInnen mit substanzgebundenen und auch substanzungebundenen Suchterkrankungen betreut.

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer leitet die Einrichtung seit 1994. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und darüber hinaus Mitglied des Obersten Sanitätsrates der Republik Österreich und war Leiterin der Kommission zur Qualitätssicherung in der Suchterkrankung des BMG. Sie berät das Europaparlament, WHO und UNODC. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen neben dem breiten Spektrum der Suchterkrankungen, im speziellen die Erhaltungstherapie der Opioidabhängigkeit, geschlechtsspezifische Unterschiede mit Etablierung des Programmes für gravide Substanzabhängige, sozioökonomische incl. forensischer Fragestellungen wie auch das Glücksspiel. Fischer verfasste mehr als 150 wissenschaftliche Publikationen und hielt mehr als 400 wissenschaftliche Vorträge.

Inhalt

1	MANAGEMENT SUMMARY	Seite 8
2	LUST & SUCHT IM ÖFFENTLICHEN DISKURS	Seite 10
3	GELÄUFIGE WISSENSCHAFTLICHE ARBEITEN	Seite 20
4	SOZIALE FOLGEKOSTEN IN ÖSTERREICH	
	I Volkswirtschaftliche Kosten	Seite 40
	II Verlorene Lebensjahre	Seite 56
5	ANHANG	
	Literatur- & Quellenverzeichnis	Seite 60

Management Summary

Der Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel ist beinahe so alt wie die menschliche Zivilisation. Die Attraktivität liegt zweifelsohne im individuellen Lustgewinn, der seine Wurzeln möglicherweise im Bedürfnis nach Transzendenz hat.

In den letzten zwanzig Jahren sind jedoch in zunehmendem Maß die negativen Folgen eines (unkontrollierten) Konsums von legalen und illegalen Drogen fixer Bestand des öffentlichen Diskurses. Verantwortlich dafür sind nicht alleine z. T. neue Restriktionen, sondern auch die Tatsache, dass sich die Wissenschaft vermehrt dem Thema annimmt. Im letzten Jahrzehnt erschienen zahlreiche Studien, die die medizinischen Risiken aufzeigen und den ökonomischen Schaden beziffern. Die Forschungsergebnisse bleiben aber nicht nur Gegenstand des fachlichen Diskurses, sondern werden bewusst einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht, nicht zuletzt auch um politisch gewünschten Gesetzesänderungen den Boden aufzubereiten und/oder diese zu legitimieren. Neben reinen medizinischen Analysen werden Studien, die sich den sozialen Folgekosten widmen, immer wichtiger. Es hat den Anschein, dass menschliches Leid, die Folgen von Lust und Sucht in Geldbeträge konvertiert werden müssen, um Aufmerksamkeit zu erreichen. Offenbar bedarf es der „Großen monetären Zahl“, um Dinge in Bewegung zu bringen.

Dass man zum Verbildlichen auf Geldbeträge zurück greift, ist in einer ökonomisierten Gesellschaft keineswegs moralisch verwerflich, sondern bloß naheliegend. Allerdings gibt es berechtigte Zweifel an der Aussagekraft so mancher geläufigen Studie. Und durch die enormen Unterschiede in den Ergebnissen, ist auch das Vertrauen in möglicherweise schlüssige Resultate berechtigterweise erschüttert. So werden etwa die

Volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs in Österreich auf 103 Euro pro Einwohner taxiert, in Deutschland auf 328 Euro und in der Schweiz auf 665 Euro. Bei Tabak liegen die Werte bei € 261,- (A) € 415,- (D) und € 1.006,- (CH). Der Grund für die Misere liegt nicht alleine in der oftmals deplorablen Qualität der Basisdaten (Prävalenz, Gesundheitskosten etc.), sondern auch im Versuch, die Auswirkungen von Alkohol, Tabak etc. breitmöglichst zu erfassen und monetär zu bewerten. Ge paart mit untauglichen methodischen Ansätzen (z.B. Humankapital-Ansatz), ermöglicht erst dieses Ansinnen das Auftürmen gewaltiger Geldbeträge, die dann unreflektiert als „Große Zahl“ im Raum stehen. Die Studienautoren verfangen sich vielfach im eigenen Anspruch, eine allumfassende Analyse zu liefern und werden dabei von der prekären Datenlage derart ausgebremsst, dass sie an zahlreichen Stellen ihrer Berechnungen mit groben Schätzungen arbeiten müssen und das durch die Verwendung von komplexen Modellen zu kompensieren glauben. Ein weiterer Schwachpunkt ist der, dass Komorbiditäten in den Modellen nicht berücksichtigt werden, wodurch es etwa aktuell unmöglich ist, ein Gesamtbild über die volkswirtschaftlichen Kosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel zu erhalten.

In der gegenständlichen Studie wird deshalb der Versuch unternommen, entweder aus prinzipiell soliden Sekundärstudien nach-vollziehbare Werte für Österreich zu extrahieren oder aber mit eigenen Modellen solche zu berechnen, wobei erstmals die Komorbidität von Suchterkrankungen berücksichtigt wird.

In dieser ganzheitlichen Betrachtung liegen die volkswirtschaftlichen Kos-

ten des Alkoholmissbrauchs bei jährlich € 255 Millionen und jene des Rauchens bei € 234 Millionen. Die höchsten sozialen Folgekosten entstehen durch illegale Drogen mit € 278 Millionen pro Jahr. Die Spielsucht wird in der öffentlichen Meinung im Vergleich zu ihrer tatsächlichen Verbreitung und dem gesamtgesellschaftlichen Schaden überschätzt. Das Einsparungspotential liegt nur bei rund zehn Millionen pro Jahr. Insgesamt betragen die volkswirtschaftlichen Kosten aus dem (unkontrollierten) Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel € 777 Millionen pro Jahr. Dem stehen aber staatliche Einnahmen aus den einschlägigen Konsumsteuern im Ausmaß von mehr als € 2,2 Milliarden gegenüber. Die volkswirtschaftliche Bilanz ist daher mit knapp € 1,5 Milliarden positiv. Aus Sicht der Gesundheitsökonomie ist das eine gute Nachricht. Für den Einzelnen gibt es aber keine Entwarnung. Denn was unbestritten bleibt, ist der mit Alkoholmissbrauch, mit Rauchen und Drogenkonsum verbundene gesundheitliche Schaden und die daraus resultierende kürzere Lebensdauer. Diese lässt sich eindrucksvoll in „disability-adjusted life years“, kurz DALY genannt darstellen. DALY sind ein Maß für die Krankheitslast ausgedrückt in der Anzahl an „verlorener Lebensjahren durch krankheitsbedingte Behinderung und vorzeitigen Tod“.

In Summe verliert die österreichische Bevölkerung pro Jahr 1,6 Millionen Lebensjahre, aufgrund verschiedenster gesundheitlicher Risiken. Auf Alkohol fallen 117.000 DALY, auf Rauchen 239.000 DALY und auf illegale Drogen 41.000 DALY. Überraschenderweise sind die größten „Lebenszeit-Killer“ aber falsche Ernährung und Bewegungsmangel, mit mehr als der Hälfte aller DALY.

Das sollte aber nicht davon ablenken, dass in der österreichischen Suchtpolitik dringender Handlungsbedarf besteht. So ist Österreich eines von zwei EU-Mitgliedsländern, das keinen Nationalen Suchtplan hat und keine Bundesländerübergreifend koordinierte Präventionspolitik. Vielmehr ist die Politik Spielball zwischen verschiedenen Interessengruppen, Wirtschaft, Exekutive/Justiz und Medizin und innerhalb der Medizin der einzelnen Fachrichtungen und Disziplinen. Die einen ringen um wirtschaftlichen oder politischen Einfluss, die anderen um Budgetmittel, manche um die Deutungshoheit „Was ist Sucht und wie ist ihr zu begegnen?“. Als suboptimal erweist sich auch der Umstand, dass Prävention und Therapie von Suchterkrankungen nicht zwingend im medizinischen Sektor verortet ist, sondern länderspezifisch in Vereinsstrukturen organisiert.

Durch die positive volkswirtschaftliche Bilanz sollte es aber für die öffentliche Hand möglich sein, zumindest mehr Mittel als bisher für Sucht-Forschung, Prävention und Therapie zur Verfügung zu stellen. Speziell der Bedarf an belastbarem, aussagekräftigem Datenmaterial ist enorm. Datenmaterial um die Sucht-Forschung ein gutes Stück weiter zu bringen, etwa um exakter zu verorten, wo die Hebel in der Prävention, in der Therapie angesetzt werden sollten, um effektivere Therapien entwickeln zu können.

Lust & Sucht im öffentlichen Diskurs

Der Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel ist beinahe so alt wie die menschliche Zivilisation. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen lässt sich bereits für die Jungsteinzeit nachweisen. Schon vor 8.000 Jahren wurde Weinbau im westlichen Zentralasien betrieben, und spätestens 3000 v. Chr. wurde im alten Ägypten und in Mesopotamien Bier gebraut. Der deutsche Evolutionsbiologe Josef Reichhold ist sogar der Auffassung, dass der Grund, warum die Menschen ihr ungebundenes Dasein als Jäger und Sammler aufgegeben haben, das Trinken war, nicht das Essen (Stichwort Ackerbau). Die Verwendung von Hanf als Faserpflanze ist für das 3. Jahrtausend v. Chr. belegt; von den Assyrern wurde Cannabis bereits in vorchristlicher Zeit als Räucherwerk verwendet und die berauschende Wirkung wird auch in den indischen Veden erwähnt. Im 4. Jahrtausend v. Chr. begann in Vorderasien die Kultivierung des Schlafmohns, von wo aus er sich im Mittelmeerraum sowie in Asien bis hin nach China verbreitete. Die Verwendung als schmerzstillendes und schlafförderndes Mittel ist für 1300 v. Chr. nachgewiesen. Auf der Grundlage linguistischer Analysen existieren Hinweise darauf, dass die Wirkung des Fliegenpilzes in Sibirien bereits vor mehr als 5.000 Jahren bekannt war. Hinweise auf den Gebrauch von psilocybinhaltigen Pilzen datieren auf ca. 5000 v. Chr. Um 300 v. Chr. beschrieb Theophrastos von Eresos die psychoaktiven Eigenschaften des Stechapfels, ungefähr für dieselbe Zeit ist der Tabakgebrauch auf dem amerikanischen Kontinent belegt. Die Geschichte des Tabakkonsums in Europa reicht bis ins Jahr 1492 zurück, als Christoph Kolumbus Amerika entdeckte.

Glücksspiele gibt es nach heutigem Stand der Wissenschaft schon seit ca.

3000 v. Chr. Aus dieser Zeit stammen die ältesten Funde sechsseitiger Würfel aus Knochen oder Elfenbein. In der römischen Antike waren Würfelspiele in allen Schichten verbreitet. Später war das Glücksspiel nur noch den oberen Gesellschaftsschichten vorbehalten. So stammt etwa aus dem 12. Jahrhundert ein Erlass des englischen Königs Richard Löwenherz, dass „niemand, der von geringerem Stand als ein Ritter war, um Geld würfeln durfte“. Die weite Verbreitung des Glücksspiels im 17. Jahrhundert gab allerdings Anlass zur vertieften wissenschaftlichen Untersuchung: Die Behandlung des Problems des Chevaliers de Méré durch Blaise Pascal und Pierre de Fermat (1654) gilt als Geburtsstunde der Wahrscheinlichkeitsrechnung.

Die Attraktivität von Alkohol, Nikotin und anderen Rauschmitteln liegt zweifelsohne am individuellen Lustgewinn, der seine Wurzel möglicherweise im Bedürfnis nach Transzendenz hat. Im Aus-sich-Herausgehen. Dem „Ich bin dann mal weg“ sein. Und ein schon wegen seiner Dialektik besonders gerne gewählter Weg, aus sich herauszugehen und anschließend eine Weile weg zu sein, war immer schon der, gewisse Dinge zu sich zu nehmen, sich unter ihren Einfluss zu stellen. Auch beim Glücksspiel geht es im Wesentlichen um Lustgewinn, wenngleich hier die Komponente der Unterhaltung dominiert. Das hat nicht zuletzt mit dem fixen Ablauf zu tun, der auch jedem guten Theaterstück innewohnt: Der Reiz des Gewinns (die Vorfreude auf einen Kunstgenuss), der Spannungsaufbau während der Ziehung (der Plot) und die Freude oder Enttäuschung, wenn das Ergebnis fest steht (der Ausgang des Stücks und die Erkenntnis daraus).

Die Geschichte der Prohibition, der Regulierung und Kanalisierung von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel ist dahingehend vergleichsweise jung. Zwar änderte sich die Wahrnehmung des Alkoholkonsums bereits seit dem 16. Jahrhundert, angetrieben von reformatorischen Einflüssen, ein institutionalisiertes Vorgehen gegen Drogen, konkret Opium, gibt es indessen erst seit Ende des 19. Jahrhunderts. In der „Alkoholfrage“ bewegte sich die christliche Religion insgesamt seit jeher zwischen einer gemäßigten, katholischen Einstellung, in der das Alkoholtrinken akzeptiert war, der Rausch aber als unmäßiges Verhalten abgelehnt wurde und einer radikaleren, protestantischen Haltung, die zwischen Luthers Ablehnung des „Saufens“ und der totalen Forderung einer asketischen Lebensweise bei Calvin lag. Der Kampf gegen Opium hat seinen Ursprung indessen in gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Turbulenzen in den USA, als Mitte des 19. Jahrhunderts, nach Fertigstellung der transatlantischen Bahnlinien, zehntausende chinesische Arbeiter in die Städte strömten und dort das Lohnniveau unter Druck setzten. Flankiert von protestantischen Eiferern wurde daraufhin der Konsum von Opium (der unten den chinesischen Arbeitern verbreitet war) instrumentalisiert, um der „Chinesenfrage“ den gewünschten Spin zu geben. Bei der auf Initiative der USA organisierten Internationalen Opiumkonferenz 1909 scheiterte jedoch noch der Versuch eines internationalen Verbots. Die verabschiedeten Resolutionen hatten nur Empfehlungscharakter. Erst bei den Konferenzen 1912 und 1925 wurde zunächst eine strenge Kontrolle der Produktion und des Handels von Morphin sowie Kokain beschlossen, später wurden diese Drogen, darüber hinaus auch Heroin,

völlig unter Prohibition gestellt. Der Kampf gegen das Rauchen ist überhaupt erst ein Thema des 20. Jahrhunderts, wenngleich zwischenzeitlich, im 16./17. Jahrhundert, Zar Michail Romanow den Tabakkonsum mit Strafen wie Verbannung, Exkommunikation und Hinrichtung zu bekämpfen versuchte. Zuletzt waren es abermals zuerst protestantische Kreise in den USA, die gestützt auf eine wachsende Anzahl medizinischer Studien, den weltweiten Kampf gegen Nikotin anführten. Der eindeutige Zusammenhang zwischen dem Tabakrauchen und dem Risiko der Entwicklung eines Bronchialkarzinoms (Lungenkrebs) und einer koronaren Herzkrankheit wurde in einer bahnbrechenden epidemiologischen Studie des britischen Royal College of Physicians erstmals 1962 wissenschaftlich eindeutig belegt. Zuvor war dieser Zusammenhang zwar schon mehrfach vermutet, aber nicht streng wissenschaftlich bewiesen worden.

Die Einstellung zum Glücksspiel entwickelte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts in den europäischen Staaten unterschiedlich. Während in einigen Staaten diese Spiele erlaubt waren und auch zum Vorteil des Staates veranstaltet wurden (weil man öffentliches Glücksspiel für weniger verderblich hielt als das geheim betriebene), waren in anderen Staaten alle „Hazardspiele“ verboten. Auch heute gibt es noch keine einheitlichen Regeln, selbst in der Europäischen Union nicht. So werden etwa Sportwetten in einigen Ländern als Glücksspiel betrachtet, in anderen dagegen als Geschicklichkeitsspiel (darunter auch Österreich), was bei letzterem zur Folge hat, dass sie nicht von einem eventuellen Glücksspielmonopol erfasst werden. Die USA sind aber auch in Sachen Glücksspielverbot Europa wieder um eine Nasenlänge voraus. Seit Oktober 2006 ist fürs erste

einmal das Glücksspiel im Internet verboten, indem Kreditinstituten die Unterhaltung eines Kapitalflusses an die Anbieter untersagt wird.

Die negativen Folgen eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Rauchtabak, illegaler Drogen und Glücksspiel sind nicht nur seit jeher ein Thema zwischenmenschlicher Kommunikation, sondern auch in zunehmendem Maße fixer Bestandteil des öffentlichen Diskurses in Österreich. Eine Abfrage auf APA-Online macht sicher. So gibt es etwa in den ersten acht Monaten des Jahres 2013 in österreichischen Tageszeitungen (Printausgaben) 170 Meldungen, die sich speziell mit „Alkoholsucht“ bzw. „Alkoholkrankheit“ auseinandersetzen und 270 Artikel über „Alkoholisierung“ im Allgemeinen. Das Thema „Rauchverbot“ wird in 276 Berichten erörtert, der Begriff „Spielsucht“ bringt es auf 234 Eintragungen. Die breiteste Berichterstattung gibt es aber offenbar in Zusammenhang mit Drogen, wobei sich Begriffe zu Delikten und Abhängigkeiten in etwa die Waage halten. Das Wort „Drogenhandel“

von Sucht und Rauchverbot in der öffentlichen Berichterstattung wird durch einen Vergleich der Hits mit einem der profiliertesten österreichischen Politiker sichtbar. Der Klubobmann der SPÖ - Josef Cap - kommt bei APA-Online auf nur vergleichsweise magere 409 Treffer.

Das Wort „Sucht“ wird im öffentlichen Diskurs gewöhnlich als Begriff für medizinisch-psychologische Krankheitsbilder verwendet. In der Fachwelt spricht man eher von „Substanzgebrauchsstörung“ bei substanzgebundenen Abhängigkeiten und von „Impulskontrollstörung“ oder „Verhaltenssucht“ bei nicht-substanzgebundenen Abhängigkeiten. Obgleich, auch in Expertenkreisen ist „Sucht“ nach wie vor ein gebräuchlicher Terminus.

Der Zugang der Gesellschaft zur Sucht hat sich in den letzten zwanzig Jahren in Österreich signifikant gewandelt. War Sucht früher Ausdruck von blanker Liederlichkeit, ein Zeichen persönlicher Charakter- und Willensschwäche, der nur mit staatlicher Repression und radikalen Entzugsmaßnahmen zu begegnen ist, so setzt

Tab.1: Häufigkeit von Begriffen in Österreichischen Tageszeitungen

Häufigkeit von Begriffen in Österreichischen Tageszeitungen 01-08 2013									
	160	180	200	220	240	260	280	300	Hits
Drogenhandel									302
Rauchverbot									276
Alkoholisierung									270
Spielsucht									234
Drogensucht									227
Alkoholsucht									170

Quelle: APA-defacto

erscheint 302 Mal, allerdings inkl. Berichte über mexikanische Drogenkartelle. „Drogensucht“ bzw. „Suchtkranke“ bringt es auf 227 Eintragungen. Die hohe Präsenz

sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass es sich sowohl bei substanzbezogenen Abhängigkeiten, wie auch bei Verhaltenssuchten um Krankheiten handelt. So ist etwa

unter Medizinern mittlerweile unbestritten, dass Suchterkrankungen zwischen 40 und 60% genetisch determiniert sind¹. Auch der Gesetzgeber passt die Rechtsprechung an die medizinischen Erkenntnisse an, beispielsweise mit dem Programm-Programm „Therapie statt Strafe“. Insgesamt gewinnt die medizinischen Konnotation an Boden.

Wenngleich also in einigen „Suchtfeldern“ eine gesellschaftlich und medial offenere und zum Teil auch tolerantere Einstellung zu beobachten ist, verengt sich das Meinungsbild anderswo. Speziell Rauchen und Glücksspiel stehen zunehmend in der gesellschaftlichen Kritik.

Wie immer aber auch die Einstellung zum Thema ist, (unkontrollierter) Konsum von Alkohol, Rauchtobak, illegaler Drogen und Glücksspiel sind zusammen in einem Ausmaß Thema eines öffentlichen Diskurses wie womöglich niemals zuvor.

Verantwortlich für die steigende Sensibilität der Öffentlichkeit ist nicht alleine die Verschärfung gesetzlicher Restriktionen in einigen der angesprochenen Felder (Tabak, Glücksspiel), sondern auch die Tatsache, dass sich die Wissenschaft vermehrt dem Thema annimmt. Sowohl auf internationaler wie auch auf nationaler Ebene sind im letzten Jahrzehnt zahlreiche Studien erschienen, welche für die o.a. Bereiche die medizinischen Risiken aufzeigen und den ökonomischen Schaden beziffern. Die Forschungsergebnisse bleiben aber nicht nur Gegenstand des fachlichen Diskurses, sondern werden bewusst einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht, nicht zuletzt auch, um politisch gewünschten Gesetzesänderungen den Boden aufzubereiten und diese schlussendlich zu legitimieren. Vielfach sind diese Studien nicht bloß eine Unterstützung, son-

dern die Grundlage einer politischen Argumentation, die auf eine Veränderung gesellschaftlicher Gewohnheiten und Traditionen abzielt. Neben reinen medizinischen Analysen werden Studien, die sich den Sozialen Folgekosten widmen, immer wichtiger. Es hat den Anschein, dass menschliches Leid, die Folgen von Lust und Sucht in Geldbeträge konvertiert werden muss, um Aufmerksamkeit zu erreichen. Offenbar bedarf es - und das ist keinesfalls als Kritik zu verstehen, sondern als nüchterne Feststellung - der „Großen monetären Zahl“, um Dinge in Bewegung zu bringen.

Die Bewertung der sozialen Folgekosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Rauchtobak, illegalen Drogen und Glücksspiel erfolgt dabei aber nicht nach einem einheitlichen Muster, abgesehen davon, dass psychiatrische Grund- und Begleiterkrankungen methodenbedingt prinzipiell nicht berücksichtigt werden. Vielmehr sind zwei sich im Untersuchungsumfang prinzipiell unterscheidende Ansätze zu erkennen. Bei Alkohol und Glücksspiel zielen die Studien im Wesentlichen auf die Auswirkungen von Abhängigkeit - wenngleich diese unscharf definiert wird - nicht aber den Konsum als solchen. Bei Tabak und illegalen Drogen geht's es praktisch immer um den Konsum per se, losgelöst von der Suchtfrage. Bei Studien zu den negativen Folgen des **Alkoholkonsums** stehen daher gewöhnlich nur die Kosten von Alkoholabhängigkeit bzw. des regelmäßigen Alkoholmissbrauchs im Zentrum. Erst wenn Personen in ein Abhängigkeitsverhältnis zu Alkohol kommen, sind sie für die Studienautoren am Radar. Und das aus gutem Grund gilt doch Alkohol im westlichen Kulturkreis als Teil der Identität, als traditionelles, legales Rauschmittel.

Der **Rauchtabakkonsum** gilt aus medizinischer Sicht prinzipiell als schädlich, wobei sich die negativen Folgen nicht nur in höherer Morbidität und Mortalität bei den Rauchern selbst, sondern auch indirekt bei den, dem Tabakrauch unfreiwillig ausgesetzten Personen (Passivrauchern), niederschlagen. Insofern geht es bei Untersuchungen über die negativen Folgen des Rauchens weniger um die sozialen Folgekosten aus der Nikotinabhängigkeit, sondern um die ökonomischen Effekte des Rauchens insgesamt. Als Messlatte dient in der Regel die rauchfreie Gesellschaft.

Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamine und Psychotrope Stoffe gelten in den meisten Ländern als **illegale Drogen**. Auch in Österreich. In einschlägigen Studien werden daher die volkswirtschaftlichen Folgekosten immer auf Basis des Gesamtkonsums errechnet, obgleich etwa der kontrollierte Konsum von Cannabis von einigen Medizinern als nicht gefährlicher betrachtet wird, als jener von Alkohol und Marihuana etwa in den Niederlanden und immer mehr US-Bundesstaaten auf legalem Wege gekauft werden kann. Die Drogenabhängigkeit ist jedenfalls in den evaluierten Studien nur eine untergeordnete Messgröße. Neben der rechtlichen Disposition ist dafür auch der Umstand verantwortlich, dass ein erheblicher Teil des staatlichen Gesamtaufwandes aus der Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität resultiert und diese Kosten unabhängig von der Anzahl der Drogenkranken anfallen.

Wie bei Alkohol fließt auch beim **Glücksspiel** in Berechnungen zu den sozialen Folgekosten nur der gemeinwirtschaftliche Aufwand für die vom Glücksspiel Abhängigen ein. Das Glücksspiel als solches wird

quasi als kulturelles Erbe der Zivilisation nicht in Frage gestellt.

Abgesehen von den möglicherweise begründbaren Unterschieden im Untersuchungsdesign müssen die meisten dieser Studien mit systemimmanenten Unschärfen zurecht kommen. Denn wengleich am Ende praktisch jeder Studie zu sozialen Folgekosten die „Große Zahl“ steht, basieren die Berechnungen doch in vielen Fällen auf vergleichsweise „Kleinen Zahlen“. Gemeint ist mit „Kleinen Zahlen“ der Umfang der Stichproben, die für Repräsentanzbefragungen gezogen werden und auf deren Basis die Konsum-Häufigkeit und die Konsummengen ermittelt und in weiterer Folge die stoff- oder verhaltensbezogenen Abhängigkeiten abgeleitet werden. Diese Prävalenzwerte sind das Fundament jeder ökonomischen Analyse zu den in dieser Studie besprochenen Folgekosten. Sämtliche geldwertigen Berechnungen bauen auf der Exaktheit dieser Prävalenzen auf. Man sollte also annehmen, dass deshalb mit hoch belastbarem Datenmaterial gearbeitet wird, nicht zuletzt, da es sich zweifelsohne durchwegs um sensible gesellschaftspolitische Themen handelt.

Die Studienautoren finden diesbezüglich jedoch in den allermeisten Fällen nur eine in der Tat prekäre Datenlage vor. So basieren etwa - mangels Alternativen - die Berechnungen der erst kürzlich veröffentlichten Studie des IHS über die „Volkswirtschaftlichen Effekte der Alkoholkrankheit²⁴“, hinsichtlich der Prävalenz von Alkoholabhängigkeit in der österreichischen Bevölkerung auf einer Expertenschätzung. Diese muss natürlich nicht zwangsläufig falsch sein, unter einer soliden epidemiologischen Basis stellt man sich aber im All-

gemeinen wohl doch etwas anders vor. Zwar gibt es eine einschlägige Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2008, doch sind diese Werte nach Aussage des Projektleiters Dr. Alfred Uhl wenig aussagekräftig. Das verwundert nicht, wurde doch für diese „Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch“³ insgesamt nur knapp 4.200 Interviews durchgeführt. Darüber hinaus wurde die Stichprobe disproportional zu Gunsten der Altersgruppe 14-29 Jahre (n=2.100) gezogen, mit dem Ziel, den illegalen Drogenkonsum in dieser Altersgruppe halbwegs exakt erfassen zu können. Dadurch waren aber alle anderen Alterskohorten mit vergleichsweise weniger Interviews belegt. In der Altersgruppe 30 bis 65 Jahre wurden insgesamt nur rund 1.400 Personen befragt. Und das wirkt sich negativ auf die Identifizierung von möglichen Alkoholabhängigkeiten aus. Denn diese treten bekanntlich mehrheitlich in der Altersgruppe 30 bis 65 Jahre auf. Folglich ist auch in dieser Studie die Anzahl der Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit mit weniger als 50 Fällen eher dürftig abgesichert. Da die Rohdaten nur eine Alkoholismus-Quote von drei Prozent ausweisen und das nach Einschätzung von Suchtexperten eindeutig zu wenig ist, wird der Wert mittels „Vergessens-, Undersampling- und Underreporting-Korrektur“ auf fünf Prozent „Behandlungsbedürftige“ hochgeschätzt. Im Laufe ihres Lebens werden nach Uhl rund zehn Prozent der Österreicher alkoholabhängig.

Ebenfalls bescheiden ist die Aussagekraft von Prävalenz-Studien zum Konsum „Weicher Drogen“. So arbeitet etwa die Österreichische Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus dem Jahr 2006/2007 nur mit knapp 7.000 Interviews. Das mag auf

den ersten Blick eine ganze Menge sein, eine 30-Tage-Prävalenz für den Haschischkonsum lässt sich damit seriös aber nicht darstellen. Man tut es trotzdem. Und selbst für die seit einiger Zeit heftig diskutierte Spielsucht sind die relevanten Zahlen wenig belastbar. In der bislang einzigen Studie zum Spielverhalten bei Glücksspiel in Österreich⁴ erfolgt die Quantifizierung des pathologischen Spielverhaltens (Spielsucht nach DSM IV) auf einer Fallzahl von nur 41 Nennungen.

Natürlich lässt sich die Ungenauigkeit von Erhebungsergebnissen statistisch leicht festmachen und wird auch gewöhnlich in jeder epidemiologischen Erhebung ordnungsgemäß in Form des Konfidenzintervalls dargestellt. Dieser beschreibt die Bandbreite eines Ergebnisses bei einer z.B. 95-prozentigen Genauigkeit. In der Regel gilt, je kleiner die Fallzahl, desto größer die Bandbreite. In der besagten Repräsentativerhebung für das Glücksspiel schwankt der Konfidenzintervall für pathologisches Glücksspiel (nach DSM IV) zwischen 16.871 und 50.166 Personen. Also zwischen 0,46 und 0,86 Prozent der in Österreich lebenden Bevölkerung zwischen 14 und 65 Jahre. Jede Einführung einer Geschmacksrichtung bei einem neuen Fruchtojoghurt ist - falls eine Konsumentenbefragung durchgeführt wird - statistisch besser abgesichert. Die Studienautoren begegnen dieser systemimmanenten Schwachstelle ihrer Berechnungen mit der in wissenschaftlichen Kreisen üblichen Praxis, einfach den Mittelwert zu nehmen. In diesem Fall also 38.519 Personen oder 0,66 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahre. Statistisch betrachtet ist das auch richtig. Etwas problematisch wird die Sache jedoch dann, wenn auch ökonomische Kosten ausschließlich auf Prävalenz-Mittel-

werten aufbauen. Denn die Hebelwirkung der Kosten pro Prävalenzpunkt ist enorm und damit auch die Bandbreite der möglichen Ergebnisse. Seriöser wäre es zweifelsohne, sämtliche Berechnungen für die gesamte Spannweite anzustellen. Doch abgesehen vom Mehraufwand haben Bandbreiten einen entscheidenden Nachteil. Sie liefern nicht die eine „Große Zahl“. Und das erschwert die Kommunikation enorm. Ins-

gehalten, dass auch vergleichbare Studien in anderen Ländern mit ähnlich geringen Fallgrößen arbeiten. Deutsche Repräsentanzbefragungen zum Spielverhalten bei Glücksspiel bauen zum Teil nur auf unwesentlich größeren Stichproben auf, etwa die BZgA-Studie aus 2012 mit rund 10.000 Interviews (Österreich, n=6.100). Die regelmäßig durchgeführten Suchtsurveys von Kraus und L. Pabst sind selten mit mehr als

Tab.2: Jahres-Prävalenz und Abhängigkeit in Österreich

Prävalenz Abhängigkeit	Alkohol ¹	Tabak	Drogen	Glücksspiel
Jahres-Prävalenz total	5.901	2.358	356	2.998
in tausend Personen Österreichische Bevölkerung 15-90 Jahre (7.164)				
Männer	3.022	1.251	208	1.633
Frauen	2.878	1.107	148	1.365
DSM IV-Abhängigkeit	356	466	69	47
Jahres-Prävalenz total	82	33	5	42
in % der Bevölkerung 15-90 Jahre				
Männer	87	36	6	47
Frauen	78	30	4	37
Abhängigkeit (DSM-IV)	4,97	6,50	0,97	0,66

Anm.¹ Abhängigkeit: Expertenschätzung nach Behandlungsbedürftigkeit, nicht DSM-IV
 Quelle: Uhl et al, 2009 | EMCDDA 2011 | Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich, 2011 | KREUTZER FISCHER & PARTNER

besondere dann, wenn mit der Veröffentlichung dieser Zahl auch eine politische Botschaft transportiert werden soll.

Das Grundproblem vieler epidemiologischer Studien ist die vergleichsweise geringe Häufigkeit von diagnostizierter Abhängigkeit. Selbst bei einer Stichprobe von 5.000 Interviews ergibt eine Prävalenz von beispielsweise einem Prozent (wie etwa bei DSM IV-Abhängigkeit von illegalen Drogen) nur 50 Befragte. Eine valide, aussagekräftige Analyse ist da nicht möglich, schon gar nicht nach soziodemografischen oder sozioökonomischen Merkmalen.

Zur Beruhigung des österreichischen Gewissens sei an dieser Stelle fest-

gehalten, dass auch vergleichbare Studien in anderen Ländern mit ähnlich geringen Fallgrößen arbeiten. Deutsche Repräsentanzbefragungen zum Spielverhalten bei Glücksspiel bauen zum Teil nur auf unwesentlich größeren Stichproben auf, etwa die BZgA-Studie aus 2012 mit rund 10.000 Interviews (Österreich, n=6.100). Die regelmäßig durchgeführten Suchtsurveys von Kraus und L. Pabst sind selten mit mehr als 3.000 Interviews unterlegt. Eine akzeptable Stichprobe wird praktisch nur für den regelmäßig erscheinenden „Gesundheitsberichtes des Bundes“⁵ gezogen. Im Jahr 2010 waren es 22.000 Interviews, 2012 sind es über 26.000 Befragungen. Dennoch werden - frei nach dem Motto „besser als gar nichts“ - die Ergebnisse von epidemiologischen Studien und darauf basierende Arbeiten nicht nur im wissenschaftlichen Kontext gerne zitiert, sondern auch im öffentlichen Diskurs unreflektiert verwendet. Für eine Diskussion unter Experten sind ein hoher Konfidenzintervall und die daraus resultierenden Folgen für alle anderen Berechnungen auch kein allzu großes Prob-

lem. Sie können die Daten richtig interpretieren. Sie können mit Unschärfen umgehen und lassen sich beispielsweise nicht auf Segmente- oder Ländervergleiche ein, wo auf der zweiten Kommastelle verglichen wird, obgleich die Schwankungsbreite die erste Kommastelle signifikant tangiert. Ein Problem wird die Sache aber dann, wenn solche Studien zu politischen Argumentation oder der Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen verwendet werden und dabei bewusst in eine Richtung interpretiert und nicht der gesamte statistische Raum ausgeleuchtet wird. Es wird zum Problem, wenn Unkundige zu Interpretationen eingeladen werden, wenn sich Dinge zum Selbstläufer entwickeln. Dass bei den jeweiligen Studienautoren und anderen Datennutzern für die erwähnten Missstände kein Problembewusstsein vorhanden ist, kann wahrlich nicht behauptet werden. Allerorts wird über die prekäre Datenlage geklagt. Jedermann wünscht sich bessere und aktuellere Daten. Insofern kann man den Betroffenen keinen wirklichen Vorwurf machen. Am ehesten noch könnte man urgieren, dass sie die miesen Rahmenbedingungen nicht lautstärker und energischer publik machen.

Doch warum fehlen brauchbare Erhebungen? Zu aller erst mangelt es an den dafür notwendigen finanziellen Mitteln. Denn der Staat tritt als Auftraggeber für epidemiologische Studien zum einen nur sporadisch auf. Zum anderen stellt er nur Budgets für ungenügend große Stichproben zur Verfügung (siehe Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch, 2008). Und da und dort verweigert sich die Bürokratie bis heute, eigenständige Untersuchungen in Auftrag zu geben. Die bereits zitierte Studie zum Glücksspiel wurde bekanntlich von den Österreichischen Lotterien finanziert. Man

kann sich deshalb nicht ganz des Eindrucks erwehren, dass die Politik an exakteren Daten eher wenig Interesse hat. Dass ein klares, valides Bild über die Gesundheitslage der Österreicher, über Problemgruppen und Abhängigkeiten (auch in Subgruppen) nicht erwünscht ist. Indizien für diese Ansicht liefern auch einschlägige Aussagen von Vertretern der Hochbürokratie und von ausgelagerten Dienststellen. Unverständnis herrscht hier vor allem bezüglich der in vielen Bereichen dünnen und nicht vernetzten Datenlage medizinischer Kennziffern. Obwohl bei behandelnden Ärzten, Sozialversicherungen und in eigenen Abteilungen des Gesundheitsministeriums vieles Relevante erfasst wird, sind Auswertungen - wenn überhaupt - nur grob strukturiert verfügbar. Eine detaillierte Krankheitskostenrechnung existiert in Österreich genauso wenig wie eine zentrale und strukturierte Auswertung der schulärztlichen Befunde. Diese werden aktuell nur dezentral von den einzelnen Schulärzten administriert. Neuzugänge zur Invaliditätspension werden zwar nach Krankheitsgruppen ausgewiesen, die größte Gruppe der psychiatrischen Krankheiten aber nicht weiter unterteilt. Infolge lässt sich beispielsweise auch nicht der Anteil von suchtabhängigen Personen in dieser Krankheitsgruppe feststellen, obgleich das für Ursache-Wirkungsanalysen auf aggregierter Ebene notwendig wäre. Und wie so oft, wenn es um medizinische Belange geht, wird die fehlende Transparenz gerne mit „Datenschutz“ als Totschlagargument begründet.

Von der Erstellung oder Beauftragung von Studien zu den sozialen Folgekosten oder volkswirtschaftlichen Effekten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, illegaler Drogen oder Glücksspiel lässt

die öffentliche Hand überhaupt die Finger. Die Finanzierung derartiger ökonomischer Ansätze überlässt man zur Gänze Unternehmen oder Interessenvertretungen. So sind etwa die beiden bekanntesten IHS-Studien zu den volkswirtschaftlichen Effekten des Rauchens und der Alkoholabhängigkeit privat finanziert. Die Tabakstudie wurde mit Unterstützung von Pfizer Corporation Austria verfasst, für die Alkoholstudie ist Lundbeck Austria aufgekommen. Offenbar weniger Sinn sehen private Investoren indessen in der Beauftragung tauglicher Prävalenzerhebungen (wir beziehen diese Aussage aber ausschließlich auf die in dieser Studie behandelten Bereiche). Und dafür könnte es mehrere Gründe geben. Möglicherweise greifen ihnen diese zu kurz, d.h. die Erkenntnisse über Prävalenzen alleine sind zu wenig um daraus die für Unternehmen oder Interessenvertretungen relevanten Schlüsse zu ziehen oder Argumentationen abzuleiten. Unter Umständen scheuen aber auch sie die hohen Kosten solcher Erhebungen. Und so lange es allgemein akzeptierte Ausgangsdaten gibt (die auch eine „Große Zahl“ liefern), baut man eben auf diesen auf.

Wie auch immer, alleine aus der privaten Finanzierung von Studien gleich eine Interessensgebundenheit des Studienautors abzuleiten, geht natürlich zu weit. Zweifelsohne wäre es formal gesehen eleganter, wenn der Staat selbst das Informationsbedürfnis der Gesellschaft nach Zahlen, Daten und Fakten stillt. Dass es in einem solchen Fall aber mehr „Objektivität“ gäbe, ist nicht zwingend. Denn im Allgemeinen wird der Einfluss des Auftraggebers auf das Ergebnis einer Studie überschätzt, die zumeist vorgeformte Einstellung des Autors zum Thema, also dessen Prägung, aber unterschätzt. Kurzum, es ist

weniger eine Frage wer die „Geschichte“ zahlt, sondern wer sie erzählt. Reinste Objektivität ist Illusion. Alfred Uhl vom Anton-Proksch-Institut (API) in Wien schreibt zu diesem Thema in einem Kommentar für das Magazin „laut & leise“, der Stelle für Suchtprävention für den Kanton Zürich u.a.: „Diese Unart machen sich Lobbyisten in der alkoholpolitischen Forschung zunutze; ein Feld, das von diametral entgegen gesetzten Grundhaltungen geprägt ist – eine an Nordeuropa angelehnte, restriktive Alkoholkontrollpolitik prallt auf eine mitteleuropäische Kultur, die, ohne den moderaten Alkoholkonsum zu tangieren, auf die Vermeidung von problematischem Konsum fokussiert ist. Hier wünscht und finanziert sich jede Seite die für ihre Positionen jeweils passenden Argumente. Wer von seinen Zielen völlig überzeugt ist, für den sind methodologische und inhaltliche Unsicherheiten bei der wissenschaftlichen Begründung kein Anstoß zur kritischen Reflexion, sondern lästige Störungen bei der Zielerfolgung“.

Völlig unerklärlicher ist jedenfalls die ministerielle Zuordnung der in dieser Studie behandelten Materien. Die Themen Alkohol und Nikotin sind auf Bundesebene in der "Gesundheitssektion" des Gesundheitsministeriums angesiedelt, sämtliche Programme im Zusammenhang mit illegalen Drogen indessen in der "Rechtssektion". Offenbar ist die Abhängigkeit von illegalen Drogen aus Behördensicht keine chronische Erkrankung, sondern bloß ein Rechtsdelikt. Die Präventionsstelle „Spielsucht“ ressortiert überhaupt dem Finanzministerium. Auf Länderebene wird die Sucht- & Drogenkoordination durchwegs parallel zu Psychiatrie und Psychosozialem Dienst (PSD) geführt, wodurch extrem aufgeblasene Paral-

lelstrukturen entstehen. Dabei wäre eine Verortung in der Psychiatrie/PSD sinnvoll. Wittchen/Rehm betrachten „Sucht“ als die fünfthäufigste und fünftteuerste psychische Erkrankung, haben doch zwischen 60 und 80 Prozent der Patienten eine psychiatrische Begleiterkrankung. Insofern verwundert es nicht wirklich, dass Österreich als einer von zwei Mitgliedsstaaten der Europäischen Union nach wie vor keinen Nationalen Suchtplan vorlegen kann. Offenbar ist für die Politik „Sucht“ nach wie vor nur bedingt eine Krankheit, und eher eine Frage von Opportunität, möglicherweise auch des Föderalismus. Ob unter diesen Rahmenbedingungen freilich ein ganzheitlicher Ansatz hinsichtlich Suchtforschung, Suchtprävention und Suchttherapie gefunden werden kann, mag jeder für sich selbst beurteilen.

Uns erscheint es jedenfalls relevant, in einem Umfeld, in dem Studien vermehrt als Grundlage politischer Argumentation verwendet werden die auf eine Veränderung gesellschaftlichen Verhaltens abzielt, die einschlägigen Analysen, Erkenntnisse, Interpretationen und Argumentationen einer kritischen Würdigung, einer Evaluierung auf Plausibilität, Aussagekraft und Interessensungebundenheit zu unterziehen. Mit dieser Studie wollen wir dazu nicht nur einen bescheidenen Beitrag leisten, sondern durch eigene Berechnungen und Denkansätze das Bild neu akzentuieren.

Geläufige Wissenschaftliche Arbeiten

Die Berechnung sozialer Folgekosten, also der volkswirtschaftlichen Kosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Glücksspiel erfolgt in den einschlägigen Studien nicht nach einem einheitlichen methodischen Ansatz. Vielmehr werden zwei unterschiedliche Modelle angewendet. Entweder man berechnet die gesundheitspolitischen Kosten (direkte und indirekte Kosten) für ein reales Kalenderjahr oder man evaluiert diese über den gesamten Lebenszyklus der einzelnen Alterskohorten. Im zweiten Fall lässt man jede Altersgruppe der derzeitigen Bevölkerung hypothetisch mit der derzeitigen Sterblichkeit bis zu deren Lebensende weiterleben und berechnet dafür Aufwand und Einnahmen. Dadurch erhält man eine Längsschnittbetrachtung (auf Basis von Querschnittsdaten), die in einem Erwartungsbarwert quantifiziert wird. Da es sich bei Barwerten aber um summierende Effekte über den Lebenszyklus handelt, werden zur leichteren Veranschaulichung von den altersabhängigen Barwerten Annuitäten berechnet, die sich auf ein durchschnittliches Kalenderjahr beziehen. Der Zinssatz für die Annuitäten liegt gewöhnlich zwischen drei und sechs Prozent. Infolge des für die Zukunft angenommenen geringeren Wirtschaftswachstums und der niedrigen langfristigen Zinsen tendiert man zunehmend zu geringeren Diskontierungsfaktoren, wodurch sich die jährlichen Beträge erhöhen.

Das Lebenszyklus-Modell wird bevorzugt in der demographischen und ökonomischen Literatur verwendet, da es geeigneter ist als das einperiodige Modell, Kumulation bzw. Latenz von gesundheitspolitischen Effekten abzubilden. Hingegen lassen sich die Ergebnisse aus der Betrachtung nur eines Kalenderjahres besser auf relevante Größen, wie etwa das BIP, in Be-

zug bringen. Die geläufigen Studien der deutschsprachigen Literatur arbeiten zu meist mit dem einperiodigen Modell. Die beiden Studien des IHS verwenden indes das Lebenszyklus-Modell, berechnen zu Vergleichszwecken aber auch Zahlen aus einer einperiodigen Betrachtung.

Im Gegensatz zur klassischen Krankheitsrechnung, wo lediglich der direkte medizinische Aufwand für Behandlung und etwaiger Therapie (inkl. Medikation) quantifiziert wird, berechnen einschlägige Arbeiten zusätzlich auch indirekte Kosten. Dazu zählen zum einen gesundheitsnahe, patientenbezogene Aufwendungen für Kranken- oder Pflegegeld, aber auch Pensionszahlungen (Invaliditäts- und Witwenpensionen). Dazu werden - vereinfacht dargestellt - für die auf Basis der Prävalenz als gefährdet identifizierte Zielgruppe, die relativen Gesundheitsrisiken berechnet und mit fiktiven oder modellierten Kenngrößen (Kranken-, Pflege-, Pensionskosten usw.) multipliziert. Für die Bewertung der relativen Gesundheitsrisiken werden gewöhnlich die Daten des - der Amerikanischen Regierung - unterstehenden „Center for Disease Control and Prevention, kurz CDC, verwendet. Zum anderen wird aber auch der aus der Sucht, oder wie bei Tabak und Drogen, dem Konsum an und für sich, resultierende volkswirtschaftliche Schaden vermessen, beispielsweise aus frühzeitigem Tod (Mortalitätsverluste), Arbeitslosigkeit, Produktivitätsverlust durch Arbeitspausen oder Krankenstände (Morbiditätsverluste) oder Kosten der Folgen von suchtassoziierten kriminellen Handlungen. Auch diesbezüglich spielen die CDC-Angaben eine entscheidende Rolle. In manchen Studien werden dafür nicht nur die patientenbezogenen Aufwände angesetzt, sondern etwa auch

Mortalitäts- und Morbiditätsverluste von Dritten (bspw. Passivraucher). Diese zu meist unter dem Begriff „Produktivitätsverlust“ summierten Beträge machen in der Regel den Großteil des volkswirtschaftlichen Schadens aus.

Der Umfang der in den indirekten Kosten berücksichtigten Variablen schwankt zwischen den einzelnen Studien enorm und erklärt in vielen Fällen auch die gravierenden Unterschiede in den Ergebnissen. Welche „Kostenstellen“ berücksichtigt werden, ist aber nicht nur eine Frage der zur Verfügung stehenden Input-Daten, sondern auch des konzeptionellen Hintergrunds. Je größer die Zahl werden soll, die den Schaden benennt, desto mehr Kostenfaktoren werden in die Studie gepackt.

Insgesamt haben wir den Eindruck gewonnen, dass es bei vielen der Arbeiten zu sozialen Folgekosten weniger um die Belastbarkeit der für Berechnungen verwendeten und in den Studien publizierten Daten geht, sondern primär um die möglichst „Große Zahl“. Möglicherweise werden deshalb fallweise auch sogenannte Intangible Kosten angesetzt. Darunter versteht man die in Geldwerte umgerechnete Einschränkung der Lebensqualität, das Leid und die Schmerzen der Betroffenen (Konsument und Dritte). Wenngleich es sich dabei zweifelsohne um, speziell in der Einzelfallbetrachtung, relevante Auswirkungen eines (unkontrollierten) Konsums handelt, ist deren Monetarisierung für viele Experten ethisch doch zweifelhaft. Darüber hinaus sind die für derartige Berechnungen gewöhnlich verwendeten Ansätze aus unserer Sicht wenig überzeugend und bieten Spielraum für praktisch jeden gewünschten Betrag.

Im Rahmen der in dieser Studie durchgeführten Metaanalyse von geläufigen Arbeiten zu den sozialen Folgekosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Glücksspiel werden insgesamt 18 einschlägige Studien evaluiert. Im Folgenden werden die, aus unserer Sicht interessantesten, themenbezogen erläutert. Da infolge der zum Teil gravierend divergierenden Modelle und Untersuchungsansätze, der Versuch, die einzelnen Studien nach einer standardisierten Gliederung darzustellen, scheitert, halten wir uns bei der Darstellung der Kostenarten an die von den Autoren gewählte Gliederung. Obgleich das die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien erschwert. Einzig die Position „Medizinische Kosten“ beinhaltet durchgängig ausschließlich stationäre und ambulante Behandlungs- und Therapiekosten inkl. der notwendigen Medikation. Bei ausländischen Studien werden dafür die einzelnen Beträge auf Basis des Bevölkerungsverhältnisses auf Österreich umgerechnet.

Themenbereich: Alkohol

Die aktuellste und für **Österreich** bislang einzige Studie in diesem Segment ist die bereits eingangs zitierte Arbeit des **IHS „Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit“**. Veröffentlicht wird die Arbeit im Rahmen einer Pressekonferenz im Juli 2013, obgleich die Studie noch nicht endgültig fertig gestellt ist. Nach Auskunft des Projektverantwortlichen Dr. T. Cypionka, war die vorzeitige Veröffentlichung ein Wunsch des Auftraggebers. Insofern stehen zum derzeitigen Zeitpunkt zur Evaluierung auch nur die Eckdaten zur Verfügung. Gegenstand der Arbeit ist die Berechnung der aus Alkoholabhängigkeit ent-

stehenden direkten und indirekten Kosten. Bemessungsgröße sind - wie bei einschlägigen „Alkohol-Studien“ üblich - ausschließlich Personen, die in einem definitiven Abhängigkeitsverhältnis zu Alkohol stehen (Alkoholismus). Mögliche finanzielle Folgen von (sporadisch) übermäßigem Alkoholkonsum werden nicht berücksichtigt, wie etwa mutwillige oder durch Unfälle entstandene Personen- oder Sachschäden.

Die ökonomischen Berechnungen erfolgen mittels Lebenszyklus-Modell auf 97 Jahre. Der Diskontierungsfaktor für die Annuität beträgt 1,03. Darüber hinaus werden auch die Werte aus einem einperiodigen Modell errechnet. Quelle für die Bemessungsgröße der Alkoholabhängigen

absolut in Millionen Euro. Der errechnete volkswirtschaftliche Aufwand gliedert sich dabei wie folgt:

Direkte medizinische Kosten: Darunter fallen - wie bereits ausgeführt - stationäre und ambulante Behandlungskosten für alkoholbedingte Krankheiten sowie die Therapiekosten für Alkoholkrankheit. Die Annuität beträgt lt. IHS € 54 Millionen. Im einperiodigen Modell schnellte dieser Wert allerdings auf € 374 Millionen. Der Grund für die erhebliche Differenz liegt in der unterschiedlichen Methodik. Im einperiodigen Modell wird gewöhnlich die niedrigere Sterblichkeit der Abstinenter ignoriert und damit auch die daraus resultierenden höhere alkoholunabhängigen medizinischen

Tab.3: Soziale Folgekosten der Alkoholkrankheit in Österreich | Mio. Euro

	Annuität	2011	Δ abs.
Saldo	-659	-738	79
Werte in Mio. €			
Kosten total	773	857	84
Direkte Kosten	102	415	313
Medizinische Kosten	54	374	320
Nicht-medizinische Kosten	48	42	7
Indirekte Kosten	671	442	229
Produktivitätsverlust	671	442	229
Einnahmen total	114	119	5
Alkoholsteuer	114	119	5

Quelle: IHS, 2013

sind die Berechnungen von Uhl aus 2009, auf die im vorherigen Kapitel bereits eingegangen wurde. Demnach liegt die 12-Monats-Prävalenz in der Altersgruppe 15 bis 65 Jahre bei rund fünf Prozent (350.000 Personen). In Tab. 3 werden die vom IHS errechneten Annuitäten (Spalte 1) aus dem Lebenszyklus-Modell, als auch der Wert aus dem einperiodigen Modell für das Jahr 2011 (Spalte 2) dargestellt. Die dritte Spalte zeigt die Differenz der beiden Ansätze

Kosten. Die Autoren kommentieren die Resultate in der Studie über die „Volkswirtschaftlichen Effekte des Rauchens“⁶, wo dieselbe Spreizung zu beobachten ist wie folgt: „Diese Vorgangsweise gängiger Studie führt somit zu einer Überschätzung der Einsparungspotentiale bei den direkten Kosten (Andererseits führt dies ebenso zu einer Unterschätzung der indirekten Kosten)“.

Direkte nicht-medizinische Kosten: Dabei handelt es sich im Wesentlichen um soziale Kosten, wie etwa von den Sozialversicherungen zu zahlendes Krankengeld, Pflegegeld (Bundes- u. Landespflegegelder) und alle Arten von Pensionszahlungen (Invaliditäts- und Witwenpensionen). Die durch früheren Tod geringere Alterspension wird in dessen zum Anzug gebracht. Das Einsparungspotential für die direkten nicht-medizinischen Kosten wird mit € 48 Mio. bzw. € 42 Mio. angesetzt. In diesem Punkt liefern beide Modelle annähernd gleiche Werte. Bei den Indirekten Kosten rechnet das IHS nur die Produktivitätsverluste für den Arbeitsmarkt. Darunter fallen sowohl die betrieblichen Kosten für Krankenstand, als auch die hypothetischen Produktivitätsverluste aus frühzeitigem Tod und Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsverluste werden mit Annuitäten von € 671 Millionen beziffert. Im einperiodigen Modell liegt der Wert wie erwartet niedriger (s.o.) bei € 442 Millionen. Intangible Kosten werden vom IHS nicht angesetzt, genauso wenig wie Folgekosten aus alkoholbedingten Verkehrsunfällen (auch Verkehrstote), Personen- oder

oder rund zehn Prozent. Zwischen den beiden Modellen variieren allerdings die Anteile von direkten und indirekten Kosten enorm. Während sich diese im einperiodigen Modell annähernd die Waage halten entfallen bei der Annuitäten-Berechnung mehr als 85% auf Produktivitätsverluste. Die direkten Kosten liegen mit € 100 Millionen sogar unter den Einnahmen aus der Alkoholsteuer. Denn im Gegensatz zu den anderen in dieser Studie vorgestellten Analysen stellt das IHS dem Aufwand auch staatliche Einnahmen gegenüber, in diesem Fall die Alkoholsteuer von € 114 Mio. bzw. 119 Millionen. Die aus dem Verkauf von alkoholischen Getränken eingenommene Mehrwertsteuer wird hingegen nicht berücksichtigt. Der Saldo aus Kosten und Einnahmen ist lt. IHS in beiden Modellen schwer negativ. Je nach Berechnungsmodell liegt das jährliche Einsparungspotential bei € 659 Mio. bzw. € 738 Millionen.

Die bekannteste Studie zu den volkswirtschaftlichen Kosten von **Alkoholabhängigkeit in Deutschland** kommt von Michael Adams und Tobias Ef-

Tab.4: Jahresprävalenz und Abhängigkeit in Deutschland | Mio. Euro

Prävalenz Abhängigkeit	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel
Jahres-Prävalenz total	81	30	5	51
<small>in % der Bevölkerung 15 - 90 Jahre</small>				
Männer	87	33	7	57
Frauen	75	27	3	45
Abhängigkeit (DSM-IV)	2,40	6,30	1,01	0,49

Quelle: DEGS 1, 2012 | GEDA, 2010 | Epidemiologischer Suchtsurvey 2009 | EMCDDA | BzgA 2011 | KREUTZER FISCHER & PARTNER, 2013

Sachschäden. Insgesamt belaufen sich die Kosten der Alkoholkrankheit im Jahr 2011 daher auf € 857 Millionen. Die Annuitäten werden mit € 773 Millionen ausgewiesen. Die Differenz beträgt also € 84 Millionen

fertz (SoWi Universität Hamburg)⁷, publiziert 2009. Die Autoren verwenden - anders als das IHS - ausschließlich einen einperiodigen Ansatz. Darüber hinaus wird in der Arbeit nicht der Schaden aus Alko-

holsucht alleine beziffert, sondern aus Alkoholmissbrauch insgesamt. Die Prävalenz von DSM IV-Abhängigkeit wird mit 2,4% der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahre angenommen⁸. Das ist etwa die Hälfte des vom IHS für Österreich angesetzten Werts. Missbräuchlichen Alkoholkonsum setzt man bei knapp fünf Prozent an. Deutliche Differenzen gibt es auch in der Zuteilung und Bewertung von Kosten und der Berechnung der Mortalitätsverluste. Als direkte Kosten betrachten die Studienautoren neben dem medizinischen und therapeutischen Aufwand (medizinische Kosten) auch alkoholbedingte Sachschäden in Betrieben und im Haushalt, sowie alkoholinduzierte Schäden aus Verkehrsunfällen, inklusive der daraus resultierenden Kosten für Exekutive und Justiz. Dafür werden soziale Kosten aus Frührenten oder Aufwände der Krankenkassen aus Arbeitsunfähigkeit zu den indirekten Kosten gezählt (bei IHS direkte nicht-medizinische Kosten). Auch werden Produktivitätsverluste nicht nur für die betriebliche Ebene berechnet, sondern auch für den privaten Bereich (Haushalt und Ehrenamt). Dabei wird die monetäre Bewertung der verlorenen produktiven Lebensjahre mit den bei einem Zinssatz

von zwei Prozent ermittelten Barwerten des entgangenen Jahreseinkommens multipliziert (gilt auch für die nachfolgende Tabak-Studie). Konkret ergeben sich nach Adams und Effertz für das Jahr 2007 in Deutschland folgende Belastungen. In der zweiten Spalte (Konv. ÖST) werden die auf Österreich (Bevölkerungsäquivalent) umgerechneten Werte dargestellt.

Direkte medizinische Kosten: werden mit sieben Milliarden Euro angegeben. Auf Österreich umgelegt wäre das ein Einsparungspotential von € 700 Millionen. Im Vergleich zur IHS-Studie also je nach Modell das Siebenfache oder etwas weniger als das Doppelte. Die direkten Sachschäden beziffern die Studienautoren mit insgesamt drei Milliarden Euro, davon entfällt eine Milliarde auf betriebliche Sachschäden. Insgesamt belaufen sich die direkten Kosten aus Alkoholmissbrauch in Deutschland auf zehn Milliarden Euro. Das entspricht etwa 38 Prozent der Gesamtkosten. Im Bereich der indirekten Kosten werden die Mortalitätsverluste aus bewerteter Arbeitszeit mit fünf Milliarden Euro quantifiziert. Auf Österreich umgelegt wären das rund € 500 Millionen. Ein Wert, der in der Bandbreite der IHS-Berechnungen liegt

Tab.5: Volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland | Mrd. Euro

	2007	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mrd. €		
Kosten total	26,6	2,7
Direkte Kosten	10,0	1,0
Medizinische Kosten	7,0	0,7
Direkte Sachschäden	3,0	0,3
Indirekte Kosten	16,6	1,7
Mortalität Arbeitszeit	5,0	0,5
Mortalität Nichtmarkttätigkeit	6,5	0,7
Arbeitsunfähigkeit	4,8	0,5
Sonstige	0,3	0,0
Einnahmen total	-	-

Quelle: Adams, Effertz, 2009

(€ 442 Mio. - € 671 Mio.). Zusätzlich werden € 6,5 Milliarden für Mortalitätsverlusten von bewerteten Nichtmarkttätigen (Haushalt und Ehrenamt) angesetzt. Damit liegen die Mortalitäts- und Morbiditätsverluste im nichtbetrieblichen Bereich über jenen auf betrieblicher Ebene. Beiden Werten liegt eine alkoholbezogene Sterberate von sechs Prozent aller Sterbefälle zu Grunde. Für 2007 sind das knapp 50.000 Personen. Die Mortalitätsverluste belaufen sich damit insgesamt auf € 230.000 pro Verstorbenen. Die Kosten für Arbeitsunfähigkeit

Für die **Schweiz** liegt eine einschlägige Studie von der Universität Neuchâtel, federführend erstellt unter Claude Jeanrenaud, vor. In „**Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : Tabagisme et consommation excessive d'alcool**“,⁹ aus dem Jahr 2007 werden u.a. die sozialen Folgekosten von Alkoholmissbrauch untersucht. Dabei geht man von rund 360.000 alkoholabhängigen Personen aus. Wie auch die deutsche Studie, fokussiert man nicht alleine auf Alkoholabhängigkeit, sondern regelmäßigen übermäßi-

Tab.6: **Volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz | Mio. Euro**

	2007	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mio. €		
Kosten total	5.161	5.316
Direkte Kosten	879	906
Medizinische Kosten	748	770
Direkte Sachschäden	132	136
Indirekte Kosten	1.521	1.566
Produktivitätsverlust	1.521	1.566
Intangible Kosten	2.761	2.844
Einnahmen total	-	-

Quelle: IRENE, Jeanrenaud 2009

higkeit (Morbidität) liegen bei insgesamt € 4,8 Milliarden, davon entfallen € 3,2 Milliarden auf Frühverrentungskosten. Auf Österreich umgelegt wären das € 500 Millionen pro Jahr. Insgesamt betragen die Volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs in Deutschland lt. gegenständlicher Studie € 26,6 Milliarden. Das Äquivalent für Österreich wären € 2,7 Milliarden, also mehr als dreimal so viel wie im Worst-Case des IHS und etwa 0,9% des BIP.

gen Alkoholkonsum per se. Die Werte sind daher auch hier erwartungsgemäß vergleichsweise hoch. Umgelegt auf die österreichische Bevölkerung übertreffen die Schweizer Berechnungen aber selbst die Deutschen Werte. Verantwortlich dafür ist nicht zuletzt, dass Jeanrenaud auch intangible Kosten ansetzt. Diese schlagen sich mit rund € 2,8 Milliarden p.a. nieder. Ansonsten entspricht die Kostengliederung weitgehend jener von Adams, Effertz.

Themenbereich: Tabak

Wie bereits kurz erwähnt liegt vom Institut für höhere Studien (IHS) auch eine Studie über die „**Volkswirtschaftlichen Effekte des Rauchens**“ in Österreich vor. Verfasst wird die Arbeit im April 2008 unter der Projektleitung von M. Pock. Die Methodik entspricht jener der bereits beschriebenen Studie zur Alkoholkrankheit in Österreich und muss deshalb nicht näher erläutert werden. Die epidemiologischen Basisdaten stammen aus der „Gesundheitsbefragung 2006/ 2007“ von Statistik Austria. Demnach sind 23% der Bevölkerung ab 15 Jahre Aktivraucher (Täglich-Raucher) und 21% Ex-Raucher. Das IHS geht also von rund

Die Anzahl der Rauchen-attributablen Verstorbenen wird für das Jahr 2003 mit rund 8.600 Personen (7.493 Erwerbstätige) angegeben, berechnet Mithilfe konstruierter Sterbeziffern. Wenngleich vom IHS bislang noch keine Daten zu den Alkohol-attributablen Verstorbenen kommuniziert wurden, dürfte die Anzahl der durch das Rauchen Verstorbenen höher sein, als jene, die durch Alkohol vorzeitig ableben. Denn die Einsparungspotentiale im Zusammenhang mit Rauchtobak werden höher bewertet, als jene aus der Alkoholkrankheit.

Insgesamt weist das IHS als Folge des Rauchtobak-Konsums für das Jahr 2003 Kosten im Ausmaß von rund € 2,2 Milliarden aus. Die korrespondierende An-

Tab.7: Volkswirtschaftliche Kosten des Rauchens in Österreich | Mio. Euro

	Annuität	2003	Δ abs.
Saldo	-511	-835	323
Werte in Mio. €			
Kosten total	1.599	2.163	565
Direkte Kosten	84	1.101	1.018
Medizinische Kosten	54	1.019	966
Nicht-medizinische Kosten	30	82	-52
Indirekte Kosten	1.515	1.062	453
Arbeitsausfall	1.434	981	453
Hypoth. ZL Passivraucher	81	81	0
Einnahmen total	1.087	1.329	241
Tabaksteuer	1.087	1.329	241

Quelle: IHS, 2008

zwei Millionen Rauchern aus. Dazu kommen rund 10% Passivraucher. Die Prävalenz von Nikotinabhängigkeit ist in dieser Studie kein Thema, da Rauchen generell als gesundheitsschädlich betrachtet wird und daher die negativen Folgen nicht bloß von der Anzahl der Abhängigen abgeleitet werden können. Darüber hinaus ist die rauchen-induzierte höhere Mortalitätsrate nicht zwingend eine Folge von Sucht, sondern bloß des Rauchens an und für sich.

nuität beläuft sich auf € 1,6 Milliarden. Die Differenz von € 565 Millionen resultiert abermals aus der unterschiedlichen Bewertung der direkten medizinischen Kosten. Denn aus dem Lebenszyklus-Modell kommen Annuitäten von € 54 Millionen pro Jahr. Im einperiodigen Modell wird für 2003 jedoch eine satte Milliarde ausgewiesen. Also zwanzig Mal mehr als in der Annuitäten-Rechnung. Offenbar sind die medizinischen Kosten zurzeit besonders hoch (auf-

grund der höheren Raucherprävalenz in früheren Jahren) und werden in den nächsten Jahrzehnten signifikant schrumpfen, nicht zuletzt infolge steigender Raucherabstinenz. Wie auch in der Alkohol-Studie sind aber die indirekten Kosten der größere Kostenblock. Je nach Modell liegen die Einsparungspotentiale bei € 1,5 Milliarden (Annuität) und € 1,1 Milliarden im einperiodigen Modell für 2003. Neben den Kosten verursachenden Effekten aus vorzeitiger Mortalität (8.560 Raucher bzw. Passivraucher = 11,1% aller Sterbefälle bzw. 7.493 Erwerbstätige) wird hier auch der gemeinwirtschaftliche Schaden aus Krankenständen und Arbeitsunfähigkeit angesetzt. Insgesamt geht die Studie für 2003 von 17.614 Vollzeitäquivalenten aus. Im Mittelwert wird daher jedes Vollzeitäquivalent mit knapp 57.000 Euro angesetzt. Das ist gegenüber den von Adams/Effertz für Deutschland verwendeten € 230.000,-/Fall ein relativ geringer Wert, erklärt sich aber durch die Nichtberücksichtigung von Nichtmarktstätigkeiten und eine kürzere zeitliche

Mio. pro Jahr für die Lebenszeitverkürzung von Passivrauchern addiert. Abzüglich der Einnahmen aus der Tabaksteuer (€ 1,1 Mrd. bzw. 1,3 Mrd.) ergibt sich ein negativer volkswirtschaftlicher Saldo von € 835 Millionen für 2003. Die Annuität aus dem Lebenszyklus-Modell beträgt € 511 Millionen.

Die einschlägige Untersuchung für **Deutschland** kommt wieder von Adams und Effertz aus dem Jahr 2009. In der bereits im Abschnitt „Alkohol“ zitierten Studie **„Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums“** werden nach bewährtem Muster die sozialen Folgekosten des Rauchens aufgelistet. Demnach liegt das gesamte Einsparungspotential bei € 33,6 Milliarden. Etwa ein Viertel entfällt auf Medizinische Kosten. Beinahe € 25 Milliarden resultieren aus Produktivitätsverlusten durch vorzeitige Mortalität und Morbidität (Nikotinbezogene Mortalitätsrate: 13,3%). Umgelegt auf Österreich wären nach dem deutschen An-

Tab.8: Volkswirtschaftliche Kosten des Rauchens in Deutschland | Mrd. Euro

	2007	Konv. ÖST
Saldo	-	-
<small>Werte in Mrd. €</small>		
Kosten total	33,6	3,4
Direkte Kosten	8,7	0,9
Medizinische Kosten	8,7	0,9
Indirekte Kosten	24,9	2,5
Mortalität Arbeitszeit	6,7	0,7
Mortalität Nichtmarktstätigkeit	12,3	1,2
Arbeitsunfähigkeit	5,7	0,6
Sonstige	0,2	0,0
Einnahmen total	-	-

Quelle: Adams, Effertz, 2009

Bemessungszeitspanne von Morbiditäten. Zusätzlich wird vom IHS zu den indirekten Kosten eine Hypothetische Zahllast von 81

satz bei absoluter Rauchfreiheit € 3,4 Milliarden oder 1,5 Prozent des BIP zu bewegen (Vgl. IHS 0,7 - 1,0% des BIP).

Wie bei Alkohol liefert auch in der Schweiz die am häufigsten zitierte Expertise zum Thema die Universität Neuchâtel. In der bereits vorgestellten Analyse „*Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : Tabagisme et consommation excessive d'alcool*“, aus dem Jahr 2007 werden folgende Werte errechnet, wobei die Anzahl der Raucher auf knapp zwei Millionen taxiert wird.

Deshalb erscheint auch die angenommene Höhe des Schadens aus der Beschaffungskriminalität mit € 2,6 Milliarden um ein Vielfaches zu hoch, genauso wie die knapp zwei Milliarden an Transferleistungen (Sozialhilfe) für „Drogenkranke“ und die zwei Milliarden an Gesundheitsausgaben. Letztere wären mehr als zehn Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben. Insofern wollen wir nicht weiter auf die Ar-

Tab.9: Soziale Folgekosten des Rauchens in der Schweiz | Mio. Euro

	2007	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mio. €		
Kosten total	8.279	8.528
Direkte Kosten	1.444	1.487
Medizinische Kosten	1.444	1.487
Indirekte Kosten	3.274	3.372
Produktivitätsverlust	3.274	3.372
Intangible Kosten	3.561	3.668
Einnahmen total	-	-

Quelle: IRENE, Jeanrenaud 2009

Themenbereich: **Illegale Drogen**

Zu den sozialen Folgekosten des Konsums illegaler Drogen in **Österreich** gibt es bislang nur die Expertise von Hauptmann/Hübner aus dem Jahr 2008.¹⁰ Die Studie beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten für das Jahr 2002 mit € 14,7 Milliarden Euro oder 6,17% (!) des Bruttosozialproduktes. Bereits eine grobe Plausibilisierung dieses enorm hohen Betrages lässt an den Daten stark zweifeln: Alleine für die Rechtsdurchsetzung setzen die beiden Autoren „allermindestens zwei Milliarden Euro“ an. Das wären rund zwei Drittel der gesamten Sicherheitsausgaben des Staates. Die Substanzkosten werden mit vier Milliarden Euro quantifiziert, ein Betrag, den der REITOX-Bericht für Deutschland ansetzt.

beit eingehen. Auch für Deutschland liegt keine nennenswerte Studie zu den volkswirtschaftlichen Kosten des illegalen Drogenkonsums vor. Lediglich für die **Schweiz** gibt es eine Studie („*Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*“,¹¹), erstellt wiederum von Claude Jeanrenaud an der Universität Neuchâtel. Verwendet wird, wie auch bei den Untersuchungen zu Alkohol und Tabak, ein einperiodiges Modell. Die Berechnungen beziehen sich auf das Jahr 2000. Die Studienautoren gehen dabei für das Referenzjahr von rund 30.000 Drogenabhängigen und 300 Todesfällen aus. Rund 18.400 Personen befinden sich in einer Opioid-Erhaltungstherapie. Die angenommenen Größen entsprechen in etwa auch den österreichischen Schätzungen. Die direkten Kosten werden mit umge-

rechnet (Euro=1,5 SFR) € 941 Millionen angegeben. Davon entfallen knapp € 409 Mio. auf direkte medizinische Kosten und € 532 Mio. auf Kriminalität & Justiz. Darunter subsumiert man den Aufwand für die staatliche Durchsetzung des Drogenverbots, den Schaden aus der Beschaffungskriminalität und die Justizkosten für Verurteilungen und Haft. Der Repressions-Aufwand übertrifft damit die direkten medizinischen Kosten um gut € 100 Millionen. Wie in allen bisherigen einschlägigen Berechnungen resultiert auch bei illegalen Drogen der größte Teil des volkswirtschaftlichen Schadens aus den Produktivitätsverlusten. Die Studienautoren verorten diese bei € 1,5 Milliarden. Die intangiblen Kosten sind indes mit € 261 Millionen überraschend gering. Für Alkohol werden bekanntlich auf dieser Position knapp 2,8 Milliarden, bei Tabak sogar € 3,6 Milliarden angegeben. Der Grund für den vergleichsweise geringen Betrag ist die in Relation zu Alkohol und Tabak kleine Anzahl an Konsumenten (Abhängigen). Nach Berechnungen der Studienautoren betragen daher die volkswirtschaftlichen Kosten aus dem Konsum illegaler Drogen in der Schweiz insgesamt umgerechnet mehr als € 2,7 Milliarden. Umge-

legt auf Österreich wären das hierzulande rund € 2,8 Milliarden. Rund € 550 Millionen davon entfielen alleine auf Polizei, Gerichte und Justizvollzug. Auf den ersten Blick erscheint zumindest das doch um einen Tick zu viel, liegt doch das Jahresbudget von Polizei und Justiz insgesamt bei rund drei Milliarden Euro. Und dass knapp 20 Prozent davon alleine durch die Verfolgung illegaler Drogen gebunden wären, ist schwer nachvollziehbar.

Besonders dramatische Zahlen zu den volkswirtschaftlichen Kosten des Konsums illegaler Drogen präsentiert das National Drug Intelligence Center des US Department of Justice. In der Analyse **„The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society“**¹² vom April 2011, werden umgerechnet knapp € 130 Milliarden geltend gemacht. Beinahe sechzig Prozent davon (€ 75,5 Mrd.) entfallen auf die Position Kriminalität & Justiz. Vergleichsweise bescheiden sind hingegen die medizinischen Kosten mit € 7,6 Milliarden. Eine Konvertierung der US-Amerikanischen Zahlen auf Österreich-Niveau ist nur bedingt aussagekräftig, ist doch die Prävalenz illegaler Drogen in den USA rund fünfmal

Tab.10: **Volkswirtschaftliche Kosten illegaler Drogen in der Schweiz | Mio. Euro**

	2000	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mio. €		
Kosten total	2.745	2.827
Direkte Kosten	941	970
Medizinische Kosten	409	422
Kriminalität & Justiz	532	548
Indirekte Kosten	1.543	1.589
Produktivitätsverlust	1.543	1.589
Intangible Kosten	261	268
Einnahmen total	-	-

Quelle: IRENE, Jeanrenaud 2005

Tab.11: Volkswirtschaftliche Kosten illegaler Drogen in den USA | Mrd. Euro

	2011	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mrd. €		
Kosten total	128,7	3,3
Medizinische Kosten	7,6	0,2
Kriminalität & Justiz	75,5	1,9
Produktivität	45,6	1,2
Einnahmen total	-	-

Quelle: US National Drug Intelligence Center, 2011

höher als hierzulande¹³ und die drogenbedingte Kriminalität in einer anderen Größenordnung. Unberücksichtigt dieses Umstandes, scheint aber ein Vergleich mit den auf Österreich umgelegten Schweizer Werten interessant. Denn mit € 3,3 Milliarden liegt der österreichische Referenzwert aus der US-Studie nur um rund € 500 Millionen über den abgeleiteten Berechnungen der Universität Neuchâtel. Was aus unserer Sicht die Validität der Schweizer Zahlen nicht unbedingt erhärtet. Darüber hinaus resultiert die Differenz primär aus den in den USA deutlich höher angesetzten Repressions-Kosten. In den Berechnungen hinsichtlich der medizinischen Kosten und der Produktivitätsverluste sind die US-Amerikaner hingegen defensiver, trotz fünfmal höherer Prävalenz.

Dass man den Schaden aus stoffbezogenen Drogen aber auch ganz anders evaluieren kann, zeigt eine interessante Analyse von David J Nutt, Leslie A King und Lawrence D Phillips¹⁴. Anstatt einer monetären Bewertung versuchen sie es mit einer qualitativen Einschätzung des Schädigungspotentials. Dafür verwenden sie eine multikriterielle Entscheidungsanalyse (MCA). Dabei werden zwanzig legale und illegale Drogen in insgesamt sechzehn Kriterien bewertet. Neun Variablen bezie-

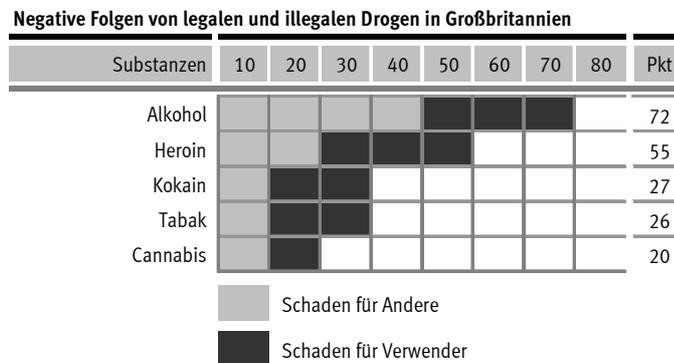
hen sich auf das Schädigungspotential der Droge am Konsumenten selbst, sieben bewerten das Ausmaß der Schädigung an Anderen. Sowohl die Drogen selbst, als auch die Kriterien werden entsprechend ihrer Bedeutung, gemessen am Konsum insgesamt bzw. am Gesamtschaden, gewichtet. Die bewerteten Variablen umfassen u.a. Mortalität, Morbidität, Abhängigkeit, Mentale Störungen, Materielle Verluste, Beziehungsverluste, Beschädigungen, Kriminalität, Umweltschäden, Familiäre Probleme, Internationale Konflikte, Ökonomische Kosten, Gemeinwesen.

Und das Ergebnis ist doch überraschend, wie eine Auswahl der untersuchten stoffbezogenen Drogen zeigt: Mit 72 Punkten verursacht Alkohol demnach den größten Schaden, wobei der Eigenschaden nur bei etwa 40% liegt. Unkontrollierter Alkoholkonsum verursacht vor allem Schäden bei Dritten. Die enorme Punkteanzahl erklärt sich primär durch die hohe Prävalenz von Alkohol und den höchsten Bewertungen in den Feldern „Beschädigungen“, „Familiäre Probleme“ und „Ökonomische Kosten“. An zweiter Stelle liegt Heroin mit 55 Punkten. Heroin schädigt primär den Verwender. Ähnlich ist es bei Kokain mit 27 Punkten und Tabak mit 26 Punkten. Dass der Schaden von Rauchtobak mit jenem von Kokain nahezu gleichgesetzt wird, hat

ebenfalls mit der vergleichsweise höheren Prävalenz des Rauchens zu tun. In diesem Zusammenhang ist aber auch interessant, dass nach Bewertung der Studienautoren, der Schaden durch Rauchen nur etwa ein Drittel des Schadens ausmacht, der aus unkontrolliertem Alkoholkonsums resultiert. Denn diese Analyse ist völlig konträr zu allen anderen einschlägigen Untersu-

Gesamtschaden durch Rauchtabak. Der wesentliche Unterschied liegt im geringen Score von Cannabis bei den ökonomischen Kosten.

Tab.12: Risikobewertung stoffbezogener Drogen in UK | Direkte vs. Indirekte Schäden



Quelle: Scientific Committee on Drugs UK, 2010

chungen zu den sozialen Folgekosten von Alkohol und Tabak. An der Prävalenz kann es nicht liegen. Zwar liegt die Tabak-Prävalenz¹⁵ in Großbritannien mit 21% deutlich unter jener in den DACH-Ländern, doch auch beim Alkoholkonsum rangieren die Briten nur im Mittelfeld¹⁶. Möglicherweise versucht die Studie ein Phänomen zu korrigieren, das Peter Richter in seinem Buch „Über das Trinken“¹⁷ so beschreibt: „Britische und französische Studien betonen eher die gesundheitsfördernden Aspekte von Alkohol, in amerikanischen und skandinavischen Untersuchungen sind meist schon geringe Mengen ungeahnt schädlich.“ Wie auch immer, der für die Gesellschaft und für den Konsumenten selbst entstehende Schaden aus dem Konsum von Cannabis wird mit 20 Punkten bewertet, und damit noch geringer als der

Themenbereich: Glücksspiel

Die Spielsucht steht in Österreich erst seit wenigen Jahren bei Suchtexperten im oberen Teil der Agenda, obgleich schon Fjodor M. Dostojewski in seinem Roman „Der Spieler“ die Abhängigkeit vom Glücksspiel 1867 als Romanvorlage verwendet. Neben den einschlägigen Therapeuten hat sich mittlerweile auch die Öffentlichkeit auf das Thema eingeschossen. Und möglicherweise ist man hierzulande hinsichtlich der Gefährdung durch das Glücksspiel sensibler als anderswo. Die erste Studie zu den sozialen Folgekosten des Glücksspiels im deutschsprachigen Raum wird zumindest in **Österreich** publiziert. Es handelt sich dabei um eine empirische Untersuchung von Judith Köberl und Franz Prettenhaler vom Joanneum Research in Graz aus dem

Jahr 2009¹⁸. In der Arbeit werden die **sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark** für das Referenzjahr 2006 geschätzt. Da zum Zeitpunkt der Studienerstellung noch keine empirischen Daten zum Spielverhalten der österreichischen (steirischen) Bevölkerung vorliegen, wird die Prävalenz von pathologischen und problematischen Spielern geschätzt. Dabei orientiert man sich an internationalen Werten. Der Anteil der problematischen Spieler wird bei einem Mittelwert von drei Prozent der Bevölkerung (ab 18 Jahre) festgemacht. 0,8% der Bevölkerung ab 18 Jahre werden im Mittel als pathologische Spieler klassifiziert. Während aber der geschätzte Bias bei den problematischen Spielern gegen den Mittelwert tendiert, liegt die geschätzte Schwankungsbreite bei den pathologischen Spielern zwischen 0,5 und 2,0 Prozent. Folglich werden in der Studie die Kosten in zwei Varianten dargestellt (s. Tab.13 „Stmk | Var. 1“ und „Stmk | Var. 2“). Die Werte der Variante 2 werden von uns auf Österreich hochgerechnet (s. Tab.13 „HR ÖST“), wobei wir die Steiermark mit 23% des Bundesergebnisses ansetzen. Als Bemessungsgröße bedienen wir uns dafür des Marktanteils der Steiermark im Automaten-glücksspiel¹⁹

Die gesamten sozialen Folgekosten des Glücksspiels werden von den Studienautoren für die Steiermark mit € 35,7 Mio. bis € 54,0 Mio. beziffert. Hochgerechnet auf Österreich wären das maximal € 235 Millionen. Fast 98 Prozent des Aufwandes entfallen auf intangible Kosten, die nicht näher spezifiziert werden. Die Autoren subsumieren darunter sowohl Spielsuchtinduzierte Produktivitätsverluste (etwa durch Arbeitslosigkeit) und Mortalitätsverluste (durch Suizide) als auch klassische intangible Kosten (persönliches Leid, Beziehungsstörungen etc.).

Auf der österreichischen Studie baut eine aktuellere Arbeit von Tilman Becker, Geschäftsführender Leiter der Forschungsstelle Glücksspiel an der Universität Hohenheim für **Deutschland** auf (**Soziale Folgekosten des Glücksspiels in Deutschland**²⁰). Die Arbeit wird 2011 veröffentlicht und bezieht sich auf Zahlen für 2008/2009. Im Gegensatz zu Köberl/Prettenhaler berechnet Becker nur die Kosten von Spielsucht, also von pathologischem Spielverhalten. Als Bezugsgröße bedient er sich der Angaben der deutschen Suchthilfestatistik (Einzeldiagnose/Hauptdiagnose „Pathologisches Spielverhalten“) aus 2008, die

Tab.13: Volkswirtschaftliche Kosten von Spielsucht in Österreich | Mio. Euro

Jahr 2006	Stmk Var.1	Stmk Var.2	HR ÖST ¹
Saldo	-	-	-
Werte in Mio. €			
Kosten total	35,7	54,0	235,0
Direkte Kosten	0,7	1,0	4,5
Behandlung & Beratung	0,1	0,1	0,6
Kriminalität & Justiz	0,6	0,9	3,9
Indirekte Kosten	-	-	-
Intangible Kosten	35,0	53,0	230,4
Einnahmen total	-	-	-

Anm: ¹Hochrechnung Var. 2 auf Österreich STMK=23% | Quelle: Joanneum, J. Köberl, F. Prettenhaler, 2009

er auf die Gesamtzahl der bundesweiten Suchtberatungsstellen hochrechnet (insgesamt 7.300 ambulante Beratungen). Dazu zählt er die Anzahl von Patienten, die in stationären Einrichtungen therapiert werden (1.131 Patienten). Becker verwendet also keine Prävalenzwerte aus einschlägi-

davon ausgeht, dass durch Krankheit oder Tod verlorengegangene Arbeitsplätze auf dem Arbeitsmarkt nach gewisser Zeit wieder ersetzt werden können. Becker setzt als Übergangszeit drei Monate an. Der Arbeitsausfall wird mit € 173,6 Mio. berechnet. Insgesamt belaufen sich daher die so-

Tab.14: Volkswirtschaftliche Kosten von Spielsucht in Deutschland | Mio. Euro

	2008/2009	Konv. ÖST
Saldo	-	-
Werte in Mio. €		
Kosten total	326,1	32,6
Direkte Kosten	152,5	15,3
Medizinische Kosten	41,1	4,1
Kriminalität & Justiz	48,2	4,8
Prävention	34,8	3,5
Sonstige	28,4	2,8
Indirekte Kosten	173,6	17,4
Arbeitsausfall	173,6	17,4
Einnahmen total	-	-

Quelle: Universität Hohenheim, Tilman Becker, 2011

gen Repräsentativbefragungen, sondern nur tatsächliche Fälle. Allerdings ist der Autor bei den fallbezogenen Kostensätzen wieder auf Schätzungen angewiesen, wenngleich diese nicht unplausibel erscheinen. Die direkten medizinischen Kosten werden mit € 41,1 Mio. quantifiziert, die Prävention mit € 34,8 Millionen. Statistisch schwächer abgesichert sind indessen die Schätzungen zu Kriminalität & Justiz (€ 48,2 Mio.), sowie die Position Sonstige (€ 28,4 Mio.), in der die Kosten für Ehescheidungen und Arbeitslosigkeit zusammengefasst werden. Der Studienautor greift dabei nämlich auf Befragungen pathologischer Spieler, mit extrem kleiner Stichprobe, zurück.

Die Berechnung der indirekten Kosten erfolgt auf Basis der Friktionskostentethodik, die anders als der sonst gewöhnlich verwendete Humankapitalansatz

zialen Folgekosten aus der Spielsucht in Deutschland auf € 326 Millionen. Umgelegt auf Österreich wären das € 32,6 Millionen. Also in etwa so viel, wie Köberl/Prettenthaler lediglich für die Steiermark berechnet haben.

Alleine dieses letzte Beispiel zeigt, in welcher enormen Bandbreite die Ergebnisse der Studien streuen. Und wie schwierig es daher für Dritte ist, die Validität der Analysen zu verifizieren. Welcher Studie kann man trauen? Auf welche Erkenntnisse kann man bauen? Verantwortlich für die geringe Kongruenz sind neben der bereits diskutierten prekären Datengrundlage zweifelsohne auch die Verschiedenheit der verwendeten Berechnungsmodelle und der Umfang der Kostenarten und -stellen, die in der Studie erfasst werden.

Doch Hand aufs Herz, Modelle und Umfang sind nicht nur eine Frage der richtigen Methode, sondern auch der Interessenslage. Und Wissenschaftler neigen bekanntlich dazu, Dinge von hinten nach vorne zu denken. Also die Frage nach dem Ergebnis an den Beginn einer Studie zu stellen. Und sei es nur als Arbeitshypothese. Insofern kann in dem einen oder anderen Fall eine gewisse Interessengebundenheit nicht ganz ausgeschlossen werden.

Die Beweggründe dahinter erscheinen heterogen und reichen womöglich von einer Art jakobinischem Eifer, die Menschen auf den Pfad der „Tugend“ zu führen bis hin zu profaner Selbstdarstellung. Sie sind ökonomisch motiviert, politisch oder beides. Wie immer sich das Ergebnis einer Studie auch präsentiert, am Ende des Tages geht es um Plausibilität. Und um diese ist es da und dort nicht bestens bestellt. Einige wenige Ungereimtheiten haben wir bereits angesprochen. Weitere sollen jetzt folgen, wobei keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Unstimmigkeiten sehen wir etwa zwischen den einschlägigen Zahlen der WHO zu den volkswirtschaftlichen Kosten eines unkontrollierten Alkoholkonsums und den ebenfalls von der WHO publizierten Daten zum Alkoholkonsum in Europa.

So veröffentlicht die Weltgesundheitsorganisation der UNO Daten aus Studien zu den sozialen Folgekosten des (unkontrollierten) Alkoholkonsums. Erwartungsgemäß weichen die Zahlen zu den einzelnen Ländern erheblich voneinander ab. So werden etwa die Belastungen in Großbritannien bei US\$ 544,- pro Einwohner taxiert, in Spanien indessen nur mit US\$ 158,- pro Kopf. Jetzt könnte man natürlich einwenden, dass ja der Alkoholkonsum in den einzelnen Ländern unterschiedlich hoch ist und deshalb auch der problematische Alkoholkonsum signifikant schwankt. Gewichtet man aber den Pro-Kopf-Aufwand mit dem länderbezogenen Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol, geht die Schere zwischen den Antipoden eher weiter auf, anstatt sich zu schließen. In Großbritannien liegt der Aufwand pro Liter reinem Alkohol bei US\$ 52,50, in Spanien indessen nur bei US\$ 13,70. Den höchsten Aufwand verzeichnet aber plötzlich Schweden mit US\$ 54,10. In Frankreich und Deutschland, wo laut WHO deutlich mehr Alkohol konsumiert wird als in Großbritannien oder Schweden, betragen die volkswirtschaftlichen Folgekosten pro Liter reinem Alkohol vergleichsweise geringe dreißig US-Dollar. Auch diese Unterschiede lassen sich mit großer Sicherheit mit methodischen Differenzen erklä-

Tab.15: WHO-Studien zu Sozialen Folgekosten des Alkoholkonsums | Mio. US\$

Land	US\$ Mio.	US\$/EW	Reiner Alkohol/Kopf	US\$/Konsum/Kopf	Jahr
Deutschland	32.539,5	394,4	12,6	31,3	2007
Großbritannien	31.950,6	544,3	10,4	52,5	2003
Frankreich	25.347,4	419,0	14,0	29,9	1997
Italien	11.573,5	203,0	9,0	22,7	1996
Spanien	6.428,7	157,6	11,5	13,7	2002
Schweden	2.862,3	325,3	6,0	54,1	2002

Quelle: WHO Global Alcohol Database, 2010

ren, abgesehen davon, dass auch bei der Alkoholstatistik Plausibilitätsmängel offensichtlich sind. Die Daten zum Alkoholkonsum errechnen sich aus den Produktions- und Außenhandelsmengen und stammen von den nationalen Behörden. Sie spiegeln

statistisch ungenügend abgesicherten Prävalenzen erschweren daher auch solche oder ähnliche Schwächen in der offiziellen Statistik nicht nur die Durchführung einschlägiger Studien, sondern auch deren Evaluierung.

Tab.16: Alkoholkonsum in Europa | Pro-Kopf-Verbrauch „Reiner Alkohol“

Alkohol Pro-Kopf-Verbrauch 2010 umgerechnet auf reinen Alkohol									
Total in Liter	6	7	8	9	10	11	12	13	Liter
Tschechien									12,7
Österreich									12,5
Irland									11,9
Frankreich									11,7
Deutschland									11,2
Ungarn									10,8
Großbritannien									10,3
Schweiz									10,0
Spanien									9,8
Finnland									9,7
Niederlande									9,3
Schweden									7,3
Italien									6,1

Quelle: WHO Global Alcohol Database, 2010

daher nur den offiziellen Teil der Wirtschaftsleistung, quasi den offiziellen Konsum, wider. Bei einem Ländervergleich fallen insbesondere die relativ geringen Werte für Spanien (9,8 Liter/Kopf) und Italien (6,1 Liter/Kopf) auf. Dass sich deren Trinkverhalten aber hinsichtlich des Alkoholkonsums derart von jenem Frankreichs (11,7 Liter/Kopf) unterscheidet, ist wenig glaubwürdig. Nicht zuletzt, da beide Länder auch große Weinproduzenten sind, allerdings mit einer - im Gegensatz zu Frankreich - fragmentierten Produzentenstruktur. Und da ist es naheliegend, dass erhebliche Mengen Alkohol nicht den Weg in die offizielle Statistik finden. Kurzum, selbst die Belastbarkeit der Daten aus der Alkoholstatistik ist zweifelhaft, zumindest im internationalen Vergleich. Neben den vielerorts

Nichtsdestotrotz (und unberücksichtigt der methodischen Differenzen) werden nachfolgend die sozialen Folgekosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Glücksspiel aus den vorgestellten Studien für Österreich, Deutschland und die Schweiz gegenübergestellt. Zur leichteren Vergleichbarkeit werden die Einsparungspotentiale (Kosten) auf Pro-Kopf-Werte, bezogen auf die Einwohneranzahl, umgerechnet. Demnach betragen die volkswirtschaftlichen Kosten der Alkoholabhängigkeit in Österreich € 103,-/Einwohner. Die Kosten von Alkoholmissbrauch werden in Deutschland bei € 328,-/EW festgemacht. In der Schweiz kommt man bei Alkoholmissbrauch sogar auf Kosten von € 665,-/EW, obgleich in der Schweiz weniger Alkohol konsumiert wird,

als in Deutschland und die Anzahl der berücksichtigten Alkoholabhängigen mit rund 350.000 auf österreichischem Niveau liegt. Einmal mehr ist man verwirrt, auch wenn die Unterschiede im Untersuchungsgegenstand (Abhängigkeit vs. Missbrauch), in der Berechnungsart und im Kostenumfang zwangsläufig zu abweichenden Ergebnissen führen müssen. Doch begründet das, eine derartige Spreizung der Ergebnisse? Können die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz tatsächlich doppelt so hoch sein, wie in Deutschland? Und in Deutschland dreimal so hoch wie die Kosten des Alkoholismus in Österreich?

€ 415,-/EW an. Den Vogel schießt jedoch abermals die Schweiz ab mit € 1.066,- pro Einwohner. Frei nach Herbert Grönemeyer fällt einem an dieser Stelle möglicherweise nur noch eines ein: "Was soll das?"

Zur Erklärung: Wie zuvor bei der Vorstellung der einzelnen Arbeiten bereits erkennbar, ergeben sich die primären Unterschiede aus den indirekten bzw. intangiblen Kosten. Aus gutem Grund. Vor allem der in der Gesundheitsökonomie gerne verwendete Humankapital-Ansatz (HKA) eröffnet bei der Berechnung der indirekten Kosten die Möglichkeit, die Ergebnisse mühelos nach oben zu lizenzieren oder gegebenenfalls flach zu

Tab.17: Ländervergleich DACH | Soziale Folgekosten pro Einwohner in Euro

Euro/Einwohner	Alkohol	Tabak	Drogen	Spielsucht
Österreich	103	261	-	28
Deutschland	328	415	-	4
Schweiz	665	1.066	353	-

Quelle: IHS, Adams/Effertz, IRENE, Becker, Köberl/Prettenthaler

Wenn bloß methodische Differenzen den Ausschlag geben, stellt sich die Frage, warum diese feinen, aber entscheidenden Unterschiede in der medialen Diskussion nicht kommuniziert werden. Warum weder die Studienautoren, noch die Auftraggeber die Ergebnisse relativieren und damit der Öffentlichkeit die Möglichkeit geben, diese besser einzuordnen. So wie man die Sache derzeit handhabt bleibt zumeist nicht mehr als die „Große Zahl“.

Ebenfalls groß sind die Unterschiede hinsichtlich der negativen, finanziellen Folgen des Rauchens, wenngleich in allen Studien der Untersuchungsgegenstand (Rauchen an und für sich) identisch ist. Für Österreich werden Einsparungspotentiale von € 261,-pro Einwohner identifiziert. In Deutschland fallen Kosten von

halten. Beim HKA werden die Produktivitätsverluste (Kosten) für die Volkswirtschaft unter Berücksichtigung der gesamten Periode des Arbeitsausfalls durch Krankheit oder Tod ermittelt. Zulässig ist es, die Berechnung auch auf die Nichtmarkttätigkeiten auszuweiten, so wie es etwa Adams/Effertz tun. Zudem gibt es keine Vorgaben, welcher Betrag pro Kopf und Jahr angesetzt wird. Wie bereits dargestellt, berechnet beispielsweise das IHS in der Tabak-Studie pro Vollzeitäquivalent (Mortalität + Morbidität) € 57.000,-. Das entspricht annähernd dem Doppelten des österreichischen BIP pro Kopf. Adams/Effertz setzen auf diesen aus unserer Sicht bereits hohen Wert noch eines drauf und kalkulieren mit € 230.000,- pro Mortalitätsfall.

Zwar existiert in der Human-Literatur als Alternative auch der Friktions-Kosten-Ansatz (FKA), bei dem ein Produktivitätsverlust nur für eine kurze Periode berechnet wird, etwa bis der Arbeitsplatzverlust ersetzt werden kann. Da dieses Modell aber deutlich niedrigere Zahlen liefert, ist er offensichtlich in den einschlägigen wissenschaftlichen Zirkeln der Gesundheitsökonomie nicht sehr beliebt. Zu welchen gewaltigen Unterschieden die Verwendung des einen oder anderen Ansatzes (zur Berechnung der indirekten Kosten) führen kann, wird am Beispiel der beiden bereits besprochenen Studien zu den sozialen Folgekosten durch Spielsucht deutlich. Für Österreich (HKA) belaufen sich diese auf € 28,- pro Einwohner, für Deutschland (FKA) nur vier Euro.

Das Problem des Humankapital-Ansatzes ist, dass dieser von der unrealistischen Annahme eines vollkommenen Wettbewerbs am Arbeitsmarkt ausgeht. Vollkommener Wettbewerb impliziert Vollbeschäftigung auf dem Arbeitsmarkt, d.h. ein frühzeitig verstorbener oder erkrankter Beschäftigter kann nicht ersetzt werden. Das ist nicht nur bei der vorherrschenden Arbeitslosigkeit unrealistisch. Der überwiegende Teil der Suchterkrankungen betrifft Personen mit eher geringer Qualifikation und niedrigem Sozialstatus. Sie üben ge-

wöhnlich Berufe aus, die am Arbeitsmarkt rasch ersetzt werden können. Insofern dürfen selbst bei Verwendung des FKA kaum Kosten angesetzt werden, wodurch aber die indirekten Kosten aus diesem Titel quasi gegen Null tendieren müssten. Einzig aus den Produktivitätsverlusten von Krankentage (in aufrechten Dienstverhältnissen) könnten relevante Beträge abgeleitet werden. Auch für Nichtmarktstätigkeiten dürften in einschlägigen Berechnungen keine Kosten angesetzt werden. Denn anders als zu Zeiten, als die neoklassische Unternehmenstheorie das wirtschaftliche Denken beherrschte, und auf der der HKA aufbaut, sind heutzutage etwa auch verstorbene Lebenspartner (Haushalt) und Vereinsmitglieder (Ehrenamt) mittelfristig „ersetzbar“. Auch wenn es manchen schwer fällt, sich das zu vergegenwärtigen. Bei einer Scheidungsrate von 50 Prozent sind alle anderen Ansätze weltfremd.

Eine weitere Fehlerquelle und mögliche Ursache für unterschiedliche Bewertungsergebnisse sind - wie ebenfalls bereits angesprochen - die verwendeten Daten zur Prävalenz von Alkohol, Rauchtak, Drogen und Glücksspiel. Auf das Problem der kleinen Fallzahlen wurde bereits eingangs hingewiesen. Bei einem Vergleich der geläufigen österreichischen und deut-

Tab.18: Jahres-Prävalenz nach Segmenten | Österreich vs. Deutschland

Jahres-Prävalenz	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel
in % der Bevölkerung 15 - 90 Jahre				
Österreich	82	33	5	42
Deutschland	81	30	5	51

Abhängigkeit (DSM IV)	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel
in % der Bevölkerung 15 - 90 Jahre				
Österreich¹	4,97	6,50	0,97	0,66
Deutschland	2,40	6,30	1,01	0,49

Anm: ¹Abhängigkeit "Alkohol": Expertenschätzung nach Behandlungsbedürftigkeit, nicht DSM-IV
Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER | Marktanalyse

schen Werte gibt es in zwei Bereichen eine nachvollziehbare Übereinstimmung und in zwei Fällen schwer begründbare Abweichungen. In Tab.18 wird für beide Länder und alle in dieser Studie behandelten Bereiche sowohl die Jahres-Prävalenz, als auch die diagnostizierte Abhängigkeit (bis auf Alkohol in Österreich nach DSM IV) dargestellt. Demzufolge ist bei Tabak und illegalen Drogen die Ausgangslage in beiden Ländern nahezu identisch. Obgleich in Deutschland in der Gastronomie ein rigoroseres Rauchverbot umgesetzt ist, liegt die Jahres-Prävalenz mit 30 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 90 Jahren nur unwesentlich unter dem österreichischen Wert (33 Prozent). Auch bei der DSM IV-Abhängigkeit gibt es mit 6,5% bzw. 6,3%, jeweils der Bevölkerung zwischen 15 und 90 Jahren, keinen signifikanten Unterschied. Anders sieht es bei Alkohol und Glücksspiel aus. Obwohl die Jahres-Prävalenz im Ländervergleich im Großen und Ganzen dasselbe Niveau erreicht (in Deutschland setzen, übers Jahr betrachtet, etwas mehr Menschen zumindest einmal im Glücksspiel), werden für Österreich anteilmäßig mehr Abhängige ausgewiesen. Bei Alkohol ist die Quote beinahe doppelt so hoch. Im Glücksspiel überzieht der österreichische Wert um fünfzig Prozent. Warum in Österreich mehr Menschen von Alkohol bzw. vom Glücksspiel abhängig sein sollen als in Deutschland ist, bei etwa gleich hoher Prävalenz, nicht ganz schlüssig. Möglicherweise sind aber auch die deutschen Werte zu niedrig. So wirklich wissen wird man das nie. Zumindest nicht, so lange keine Repräsentanzerhebungen durchgeführt werden, die auch für die Ausprägung „DSM IV“ statistisch belastbare Fallzahlen liefern. Denn aktuell ist bekanntermaßen der Konfidenzintervall für die Er-

gebnisse aus einschlägigen Erhebungen in beiden Ländern relativ hoch. Schlussendlich leidet die Aussagekraft aller der im Rahmen der Meta-Analyse evaluierten Studien unter der Nichtberücksichtigung von gegebenenfalls auftretenden Komorbiditäten. Unter Komorbidität oder Begleiterkrankung versteht man in der Medizin, wenn patientenbezogen mehrere diagnostisch abgrenzbare Störungen oder Krankheitsbilder auftreten, also wenn etwa bei ein und derselben Person mehrere Abhängigkeiten diagnostiziert werden. Denn wenngleich es aus medizinischer Sicht evident ist, dass in vielen Fällen multifaktorielle Abhängigkeiten vorliegen, wird dieses Erkenntnis in den Berechnungen sozialer Folgekosten völlig ausgeblendet. Bei einer singulären Darstellung ist das mit viel gutem Willen auch tolerierbar, werden doch für die angesetzten Krankheits- und Todesfälle nur die relativen Krankheitsrisiken nach CDC herangezogen. Besser wäre es natürlich, auch die konkurrenzierenden Risiken aus anderen Abhängigkeiten zu erfassen - am besten mittels Single-Source-Ansatz - und diese in die Berechnungen einfließen zu lassen. Doch dazu fehlen einmal mehr die Daten. Perfekt wäre es wenn dann, in einem zusätzlichen Schritt, die finanziellen Belastungen aus dem Untersuchungsgegenstand um jene Kosten, die von konkurrenzierenden Risiken stammen (also anderen Krankheiten und den daraus resultierenden Todesfällen) von den errechneten Belastungen abgezogen würden. Konkurrenzierende Risiken betreffen nämlich nicht die Süchte allein, es ist auch vorstellbar, dass jemand, wenn er nicht an einer Leberzirrhose gestorben, früher oder später einem Schlaganfall erlegen wäre.

Und deshalb ist auch eine Addition der Ergebnisse von beispielsweise zwei

Studien zu unterschiedlichen Konsum- (Sucht)-Gruppen nicht so einfach möglich. Weil durch die Komorbidität rein hypothetisch ein und dieselbe Person in beiden Studien als „Fall“ gezählt werden könnte. In weiterer Folge würde zweimal Krankengeld und Invaliditätsperson kassiert und schlussendlich auch zweimal gestorben, mit doppeltem Produktivitätsverlust. Nichtsdestotrotz gipfelt ein solcher Unsinn in einer Schlagzeile der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 26. September 2010. Dort titelte die FAZ „Süchtige kosten die Gesellschaft 60 Milliarden Euro“. Ein Redakteur hat einfach die volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums und des Alkoholmissbrauchs in Deutschland nach Adams/Effertz summiert und sich so eine besonders große Zahl gebastelt.

In einer für diese Studie durchgeführten empirischen Befragung von 32 österreichischen und deutschen Suchtexperten wird das Ausmaß der Komorbidität bei Suchterkrankungen erstmals in Zahlen festgemacht (Details dazu im nächsten Kapitel). Nach Einschätzung der Befragten haben etwa 70 Prozent der Drogenabhängigen auch ein akutes oder latentes Alkoholproblem. Unter den pathologischen Spielern wird die Alkoholiker-Quote im Mittel auf vierzig Prozent geschätzt. Und ein überdurchschnittlich großer Anteil der Abhängigen sind auch starke Raucher (> 19 Zigaretten pro Tag). Diese Zahlen - wenn gleich auch ebenfalls statistisch schwach abgesichert - lassen zumindest erahnen, welche Unwägbarkeiten sich im Zahlenschungel der geläufigen Studien zum Thema noch befinden könnten.

Im Übrigen stehen wir auch der gerne suggerierten Belastung des BIP durch Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Glücksspiel-induzier-

te Folgekosten skeptisch gegenüber. Und das aus gutem Grund, tragen doch sämtliche errechneten Kosten vielmehr zum Bruttoinlandsprodukt bei, genauso wie ein Schaden aus einer Naturkatastrophe. Sie reduzieren das BIP nicht, sondern sie erhöhen es. Ausgaben steht immer eine Wirtschaftsleistung gegenüber, auch wenn diese entbehrlich ist. Und nicht immer ist sicher gestellt, dass das Geld, wenn nicht für die eine (entbehrliche) Sache, für eine andere (sinnvolle) ausgeben werden würde.

Soziale Folgekosten in Österreich

I Volkswirtschaftliche Kosten

Dass man zum Verbildlichen der negativen Folgen eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel auf Geldbeträge zurück greift, ist in einer ökonomisierten Gesellschaft keineswegs moralisch verwerflich, sondern bloß naheliegend. Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, gibt es aber dessen ungeachtet nicht nur berechtigte Zweifel an der Aussagekraft so mancher geläufigen Studie. Durch die enormen Unterschiede in den Ergebnissen, ist auch das Vertrauen in möglicherweise schlüssige Resultate berechtigterweise erschüttert.

Der Grund für die Misere liegt nicht alleine in der oftmals deplorablen Qualität der Basisdaten, sondern auch im Versuch, die Auswirkungen von Alkohol, Tabak etc. breitmöglichst zu erfassen und monetär zu bewerten. Es geht also nicht nur um die nachvollziehbaren Kosten, sondern auch um hypothetische Folge- und Folge-Folge-Kosten. Gepaart mit untauglichen methodischen Ansätzen (z.B. Humankapital-Ansatz) ermöglicht erst dieses Ansinnen das Auftürmen gewaltiger Geldbeträge, die dann unreflektiert als „Große Zahl“ im Raum stehen. Aus diesem Umstand den Studienautoren aber gleich Unseriosität zu unterstellen, geht entschieden zu weit. Vielmehr sind sie Gefangene ihres eigenen Anspruchs, eine allumfassende Analyse zu liefern. Doch dabei werden sie von der prekären Datenlage derart ausgebremst, dass sie an zahlreichen Stellen ihrer Berechnungen mit Schätzungen arbeiten müssen. Mit komplexen Formeln in den Modellen versucht man, sich selbst darüber hinweg zu täuschen, dass es sich in den Arbeiten zu großen Teilen um Annahmen handelt. Natürlich könnte man auch kürzer treten und lediglich jene Zahlen veröffentlichen, die einem ehrlichen, wissen-

schaftlichen und realwirtschaftlichen Belastbarkeitstest standhalten. Doch wäre dann anzunehmenderweise die „Suppe dünner“, also die Zahlen deutlich kleiner als heute und wahrscheinlich nur ein Teil der negativen Folgen berücksichtigt. Kurzum, erst der „Fehlende Mut zur Lücke“ diskreditiert das redliche Unterfangen, die Folgen von unkontrolliertem Konsum anschaulich zu machen.

Im Folgenden wird daher der Versuch gewagt, aus einigen der diskutierten Arbeiten nachvollziehbare Werte für Österreich zu extrahieren, indem diese von jenem Zahlenballast befreit werden, der primär aus der Zurechnung hypothetischer Folgekosten resultiert. Bevorzugt beziehen wir uns dabei auf die Studien des Instituts für Höhere Studien. Und das aus gutem Grund, erachten wir doch - nach eingehender Evaluierung - die ermittelten Gesundheitsausgaben und sozialen Kosten (Pensionen, Krankengeld, Pflegegeld) aus dem Lebenszyklus-Modell sowohl zu Alkohol als auch Tabak als weitgehend realistische Annahme. Das hat nicht zuletzt mit der Längsschnitt-Betrachtung des Lebenszyklus-Modells zu tun, die unseres Erachtens der temporären Darstellung des einperiodigen Modells vorzuziehen ist. Allfällige Änderungen im Konsumverhalten erfolgen langfristig und sind deshalb auch über die Zeitachse zu betrachten. Wer suggeriert, dass ein aus einem einperiodigen Modell resultierender Geldbetrag kurzfristig eingespart werden kann, der täuscht. Der überwiegende Teil der Kosten ist mittelfristig gebunden, weil er vergangenheitsbezogen ist. Abhängigkeiten bauen sich gewöhnlich langsam, oftmals über Jahrzehnte auf. Insofern sollten auch Betrachtungen von volkswirtschaftlichen Kosten weniger auf

den Staus Quo ausgerichtet werden, sondern die Projektion. Einperiodige Modelle bilden lediglich die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Vergangenheit ab, nicht aber die sozialen Folgekosten der Zukunft. Die Annuität aus dem Lebenszyklus-Modell berücksichtigt hingegen auch gegenläufige Entwicklungen in der Zukunft, etwa durch verstärkte Prävention. Und folglich greifen auch wir für unsere Darstellung nur auf die Annuität, nicht die Werte aus dem einperiodigen Modell zurück.

Die sozialen Folgekosten aus dem unkontrollierten Glücksspiel leiten wir in dessen von den Berechnungen für den deutschen Markt ab, da uns diese hinsichtlich der indirekten Kosten (FKA) weitaus realistischer erscheinen als die Hochrechnungen der steirischen Werte von Köberl/Prettenthaler. Dabei fällt auch weniger ins Gewicht, dass Becker ein einperiodiges Modell verwendet. Da es sich bei der Spielsucht um eine Verhaltensstörung, nicht um eine substanzbezogene Sucht handelt, sind, abgesehen von den Therapiekosten, der medizinische Aufwand und der Arbeitsausfall eher vernachlässigbar.

Über die volkswirtschaftlichen Kosten illegaler Drogen gibt es weder für Österreich noch Deutschland brauchbare Studien, sodass wir hierfür erstmals eigene Berechnungen anstellen. Aus der Schweizer Studie können wir nur bedingt Zahlen ableiten, da diese einerseits ein einperiodiges Modell verwendet und andererseits sich viele Annahmen für Österreich als ungeeignet erweisen, etwa die Kosten pro Patient für Behandlung und Therapie. So wird in Österreich etwa der stationäre Aufwand nach dem LKF (Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) abgerechnet, einem komplexen System mit Basisdotierung und Zusatzpunkten. In der Schweiz gilt seit

2012 das SwissDRG-System, welches zum österreichischen LKF deutliche Unterschiede aufweist in den Berechnungsmethoden der Inlier/Outlier und der Bezugsgrößen für die Kostengewichte sowie in den Abrechnungsregeln. Zuvor gab es kantonspezifisch unterschiedliche Abrechnungsverfahren.

Basis jeder Berechnung von sozialen Folgekosten im gesundheitsökonomischen Bereich sind die Prävalenzraten. Je nach Blickwinkel wird die Nutzung insgesamt als Bemessungsgrundlage herangezogen oder erst ab einer bestimmten Nutzungshäufigkeit bzw. Nutzungsquantität. Bei den besprochenen Studien zum Alkoholkonsum zielt etwa das IHS auf die Alkoholabhängigkeit ab, während alle anderen Studien bereits den Alkoholmissbrauch, also den problematischen Alkoholkonsum erfassen. Auch bei Studien zur Spielsucht setzen die einen erst beim pathologischen Spiel (bspw. Becker) an, andere bereits beim problematischen Spiel (bspw. Köberl/Prettenthaler). Praktisch keine Abweichungen hinsichtlich der in den Studien verwendeten Prävalenz gibt es bei Tabak und illegalen Drogen. Bei letzteren baut die Berechnung der gesundheitsökonomischen Kosten durchgehend auf der Anzahl der Abhängigen auf, gemessen an der 12-Monats-Prävalenz. Bei Rauchtobak wird in dessen die Anzahl der Raucher insgesamt erfasst und bloß Gelegenheitsraucher ausgeklammert. Die Prävalenz der Nikotin-Abhängigen spielt keine Rolle. Von in Österreich rund 2,4 Millionen Rauchern gelten knapp 470.000 als Nikotinsüchtig. Das sind 6,5% Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 90 Jahren und knapp 20 Prozent der Raucher. Die Anzahl der von illegalen Drogen Abhängigen liegt nach Hoch-

rechnungen deutscher Studien im Übrigen bei knapp 70.000 Personen. Das sind weniger als ein Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 90 Jahre, aber wie bei Tabak knapp 20 Prozent der regelmäßigen Nutzer.

Deutlich geringer ist der Anteil der Abhängigen im Vergleich zur Anzahl der Konsumenten insgesamt bei Alkohol und speziell beim Glücksspiel. Zum Alkohol haben nach österreichischer Berechnung etwa sechs Prozent der regelmäßigen Alkohol-Konsumenten ein Abhängigkeitsverhältnis. Spielsüchtig sind überhaupt nur 1,6% aller regelmäßigen Spieler.

nicht mehr als rund 2.000 Verstorbene. Die Dunkelziffer ist indessen weitaus höher. Denn eine Reihe von Erkrankungen und Todesursachen, die oftmals kausal (jedoch nicht zwingend) in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehen, werden in der öffentlichen Statistik nicht dem Alkohol zugeordnet. Dazu zählen etwa eine entzündete Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis), Herzmuskel-Erkrankungen oder Krebserkrankungen im Nasenrachenraum und Kehlkopfkrebs, um nur einige zu nennen. Insgesamt schätzt man die Anzahl der direkt oder indirekt an Alkoholmiss-

Tab.19: Prävalenz, Behandlungen und Sterbefälle | Österreich

	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel
DSM IV-Abhängige	356,1	465,7	69,5	47,3
in tausend Personen Österreichische Bevölkerung 15-90 Jahre (7.164)				
Medizinische Behandlung ¹	64,0	-	24,8	0,3
Sterbefälle ²	2,0	8,6	0,2	-
Anteil Sterbefälle total in %	2,60	11,10	0,30	-

Anm: ¹krankheitsbedingte medizinische/psychologische Behandlungen, stationär/ambulant | ²suchtbedingte Sterbefälle

Quelle: IHS - Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens, 2008 | Statistik Austria | ÖBIG-Drogenbericht 2012 | KREUTZER FISCHER & PARTNER, 2013

Die aus der Prävalenz resultierende Morbidität und Mortalität wird in allen Arbeiten mittels mathematischer Modelle errechnet. Das ist deshalb notwendig, weil die zur Verfügung stehenden Kranken- und Sterbestatistiken wenig aussagekräftig sind. So werden in Österreich etwa unter alkoholbedingten Sterbefällen nur „Alkoholpsychose“ (F10.4, F10.5-F10.7), „Alkoholmissbrauch“ bzw. „Alkoholabhängigkeit“ (ICD-10: F10.0 F10.1, F10.2, F10.3), „alkoholbedingte Lebererkrankung“ (ICD-10: K73, K74 = Fettleber) und „Alkoholvergiftungen“ (ICD-10: T51, T51.0, T51.9) ausgewiesen. Dazu kommen noch rund 50 Tote aus „Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss“. Insgesamt summiert sich die Liste auf jährlich

brauch vorzeitig Verstorbenen auf etwa 5.000 bis 6.000 Personen pro Jahr. Das entspricht etwa dem dreifachen der offiziell diagnostizierten Sterbefälle.

Noch schwieriger ist es beim Rauchen, wo selbst ein Bronchialkarzinom nicht eindeutig auf Aktiv- oder Passivrauchen zurückzuführen ist, wengleich das IHS den Rauchen-attributablen Anteil (SAF) bei Männern mit rund neunzig Prozent festlegt. Bei Frauen über 65 Jahre sind es indessen nur noch 55 Prozent. Infolge werden offiziell durch das Rauchen bedingte Sterbefälle überhaupt nicht ausgewiesen. Sämtliche einschlägige Veröffentlichungen sind Berechnungen, basierend auf den relativen Gesundheitsrisiken. Das IHS kommt

so für 2003 auf die erwähnten 8.600 frühzeitig Verstorbene. Allerdings ist die Zuordnung dieser relativen Gesundheitsrisiken zu spezifischen Krankheiten überaus komplex, wie das folgende Beispiel veranschaulichen soll. So gilt etwa Diabetes und Rauchen als enormes Gesundheitsrisiko für einen Schlaganfall. Aufgrund seiner gefäßerweiternden Wirkung ist Alkohol indessen ein eher geringer Treiber. Allerdings kann ein übermäßiger Konsum von Alkohol zu Diabetes führen und so indirekt wieder zu einem Schlaganfall. Wie bereits erörtert, zeigt sich auch an diesem Beispiel augenscheinlich das Problem der sich rivalisierenden Risiken. Gleichzeitig zeigt es die Grenzen von Modellberechnungen auf.

gesichert ist durch das seit 2006 österreichweit installierte Dokumentations- und Berichtssystem zur Drogenhilfe „DOKLI“ die Anzahl der Personen, die sich in einer Drogen-Substitutionsbehandlung befinden (wenngleich von Experten bezweifelt wird, ob Allgemeinmediziner - wegen des hohen Aufwandes - geschlossen an der Dokumentation teilnehmen). Im Jahr 2011 sind es knapp 16.800 Personen, davon fast 90% in fortgesetzter Behandlung. Dazu kommen noch etwa 5.000 Personen in einer anderwärtigen ambulanten und rund 3.000 Personen in stationärer Behandlung. Die beiden letzten Werte sind jedoch abermals nur Schätzungen, weil das DOKLI diesbezüglich nur Behandlungsbeginne ausweist. Insgesamt

Tab.20: Risikofaktoren für einen Schlaganfall

Risiken	Frauen	Männer	p
Höhere Wahrscheinlichkeit eines Schlaganfalls in %			
Diabetes	20,6	22,3	0,545
Rauchen	16,1	24,2	0,001
Alkohol	0,3	2,9	0,010
Adipositas	9,7	7,6	0,320

Quelle: Santalucia et al. (2013)

Die Anzahl der Sterbefälle durch den Konsum von illegalen Drogen liegt seit Jahren nahezu stabil bei 200 Personen pro Jahr²¹. Allerdings handelt es sich dabei (ähnlich wie in der Alkoholstatistik) nur um jene Fälle, wo die Droge direkt zum Tod führt, also etwa durch eine Überdosis. Zu indirekten Todesfolgen durch Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS), Verletzungen oder andere Morbiditäten gibt es keine statistischen Aufzeichnungen.

Ebenfalls mit großer Vorsicht sind die offiziellen Zahlen zu den suchtbezogenen medizinischen Behandlungen zu interpretieren, gibt es denn auch dafür nur rudimentäre Daten. Vergleichsweise gut ab-

gesamt befinden sich also rund 25.000 Drogenabhängige in einem einschlägigen Programm, einer medizinischen Behandlung oder Therapie. Das wären rund 35% der als drogenabhängig eingestuften Personen.

Für Alkohol gibt es überhaupt keine einschlägigen Statistiken. Vielmehr arbeitet man mit den Ergebnissen von Expertenschätzungen, die von der WHO (Global Alcohol Database) gesammelt und publiziert werden. Demnach werden in Österreich 22.400 Patienten stationär behandelt. Die Schätzung zu den ambulanten Behandlungen inklusive allfälliger Therapien durch den Hausarzt liegt zwischen 10.600 und 41.600 Patienten. Insgesamt kommt

man daher auf maximal 64.000 Personen, die sich in einer alkoholbezogenen Behandlung bzw. Therapie befinden. Das wären weniger als 20% der angenommenen Alkoholabhängigen.

Auch über das Ausmaß der wegen Spielsucht behandelten Patienten gibt es keine offiziellen Daten. Eine aktuelle Abfrage von KREUTZER FISCHER & PARTNER | Marktanalyse unter den einschlägigen Einrichtungen wie API, Delatour, Maria Ebene, Grüner Kreis uvm. kommt aber gerade mal auf rund 300 stationäre und ambulante Patienten, die wegen Spielsucht (als Indexerkrankung) behandelt werden. Dazu kommen möglicherweise noch ein paar Dutzend weitere Personen, bei denen Spielsucht, als Begleiterkrankung einer anderen Abhängigkeit, diagnostiziert wird. In jedem Fall erscheint die mediale Präsenz des Themas Spielsucht in einem disproportionalen Verhältnis zum tatsächlichen Ausmaß der Erkrankung zu stehen. Diese Zahlen erschüttern auch einmal mehr die Ergebnisse jener Repräsentanzbefragung, die eine DSM IV-Abhängigkeit bei mehr als

Volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholmissbrauchs

Zur Berechnung der volkswirtschaftlichen Effekte der Alkoholkrankheit zieht das IHS bekanntlich eine Prävalenz von fünf Prozent der Bevölkerung (15-90 Jahre), also rund 350.000 Personen heran. Aus unserer Sicht ist dieser Anteil zu hoch angesetzt, zumindest für eine Abhängigkeit nach DSM IV. Der Anteil von Alkoholabhängigen liegt in Deutschland bei 2,4% der Bevölkerung (15-90 Jahre) und wurde anders als in Österreich in einer statistisch vertretbaren Repräsentativerhebung ermittelt. Es gibt keine schlüssigen Begründungen, warum die Alkoholsucht in Österreich doppelt so hoch sein sollte wie in Deutschland. Der Alkoholkonsum selbst liegt nur 10% über dem deutschen Wert. Stutzig macht auch das Verhältnis zwischen der angenommenen Anzahl an Alkoholabhängigen, einschlägiger Spitalsdiagnosen und der Anzahl von alkoholbezogenen Behandlungen und Therapien. Laut ÖBIG gab es im Jahr 2010 insgesamt rund 39.000 suchtrele-

Tab.21: Suchtrelevante, alkoholbezogene Spitalsdiagnosen | Österreich

	Hauptdiag.	Nebendiag.	Total
Total	18,2	21,0	39,2
<small>Anzahl der Diagnosen in tausend</small>			
Alkoholabhängigkeit	15,9	14,8	30,7
Chronische Lebererkrankung	2,3	6,2	8,5

Quelle: ÖBIG 2010

47.000 in Österreich lebenden Personen identifizierte. Denn demnach wären aktuell nur 0,6% aller Spielsüchtigen in Behandlung. Die Dunkelziffer läge daher bei mehr als 20.000%.

vante alkoholbezogenen Spitalsdiagnosen. Etwa 30.000 lauten auf Alkoholabhängigkeit (Haupt- und Nebendiagnose). Etwas mehr als doppelt so viele Menschen befinden sich in einer Behandlung oder Therapie. Der Anteil der alkoholbezogenen Diagnosen liegt daher bei zehn Prozent der angenommenen Suchterkrankten, die Be-

handlungs- und Therapie-Quote bei zwanzig Prozent. Wenn man davon ausgeht, dass über kurz oder lang jeder wirklich Alkoholabhängige in einer stationären Einrichtung behandelt werden muss, decken sich diese Zahlen in keinsten Weise mit der Schätzung der Alkoholabhängigen.

Tab.22: Volkswirtschaftliche Kosten von Alkoholmissbrauch in Österreich | KFP- Berechnung in Mio. Euro

	Annuität
Saldo	12
Werte in Mio. €	
Kosten total	373
Gesundheitsausgaben total	54
Arbeitslosenentgelt	147
Krankengeld	5
Pflegegeld	14
Pensionssaldo	29
Soziale Ausgaben	195
Produktivitätsverlust	124
Einnahmen total	385
Alkoholsteuer + MwSt	385

Quelle: IHS | KREUTZER FISCHER & PARTNER

Namhafte Suchtexperten, wie etwa Dr. Reinhard Haller, hegen deshalb große Zweifel an der hohen Quote. Sie gehen davon aus, dass der Anteil der Alkoholabhängigen in Österreich nur unwesentlich über dem deutschen Wert liegt. Die fünf Prozent sind daher offenbar nicht das Maß für Alkoholsucht, sondern für den problematischen, unkontrollierten Alkoholkonsum; also den Alkoholmissbrauch. Da aber auch in Deutschland geläufige Studien auf der Prävalenz von Alkoholmissbrauch aufbauen, sehen wir keinen Grund - für Österreich - den Wert nach unten zu korrigieren. Man muss lediglich die Interpretation nachschärfen. Insofern können wir auch einen großen Teil der Berechnungen (Annuität, $r=3\%$) des IHS übernehmen, u. a. die **Gesundheitsausga-**

ben (direkte medizinische Kosten) von € 54 Mio. pro Jahr. In die Kategorie **Soziale Ausgaben** übertragen wir das Krankengeld der Sozialversicherungen von € 5 Mio. p.a., das Pflegegeld von jährlich € 14 Millionen, sowie den Pensionssaldo (also Invaliditätspensionen abzüglich der Mindereinkommenleistung durch vorzeitigen Tod, exklusive allfällige Hinterbliebenenansprüche) von € 29 Millionen pro Jahr. Dazu kommt noch der staatliche Aufwand durch alkoholinduzierte Arbeitslosigkeit (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe etc.) im Ausmaß von jährlich € 147 Millionen. Das IHS subsumiert diesen Betrag unter Produktivitätsverlust. Im Gegensatz zu illegalen Drogen und Spielsucht setzen wir bei Alkohol keine Kosten für Kriminalität & Justiz an, wenngleich die deutsche Kriminalstatistik²² dokumentiert, dass rund 30% der aufgeklärten Fälle von Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss verübt wurden (in Österreich gibt es dafür keine Erfassungen) und diese Werte durchaus auf Österreich umgelegt werden könnten. Doch zum einen handelt sich dabei nicht zwingend um Personen mit einer chronischen Alkoholkrankheit, zum anderen finden wir keinen Ansatz, wie Gewaltdelikte und die Folgen daraus geldwertig berechnet werden sollen. Hier gilt also der „Mut zur Lücke“.

Korrekturbedarf besteht daher allein beim **Produktivitätsverlust**, da auch das IHS diesen mittels HKA berechnet. Verwendet man den Friktionskosten-Ansatz für die verlorene Arbeitszeit von in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis befindlichen Personen, so kommt man auf rund 4.100 Vollzeit-Äquivalente. Multipliziert mit dem Median des Bruttojahresgehalts inklusive Arbeitgeberbeiträge (€ 30.310) ergibt das ein jährliches Einsparungspotential von € 124 Millionen.

Insgesamt betragen die **volkswirtschaftlichen Kosten** aus dem Alkoholmissbrauch in der Längsschnittbetrachtung € 373 Millionen pro Jahr. Dem gegenüber stehen **Einnahmen** aus der Alkoholsteuer und der auf alkoholische Getränke eingekommenen Mehrwertsteuer von € 385 Millionen. Wenngleich also die Kosten aus dem Alkoholmissbrauch unbestritten eine relevante Größe sind, liegen sie doch unter den alkoholbezogenen Steuern. Der Saldo ist mit rund zwölf Millionen Euro pro Jahr leicht positiv.

Volkswirtschaftliche Kosten des Rauchens

Für die Prävalenz des Rauchens bedient sich das IHS der Daten aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 von Statistik Austria. In dieser Repräsentativbefragung wird nur das Rauchen an und für sich, jedoch nicht die Rauchintensität erhoben. Gelegenheitsraucher (nicht täglich) werden nicht als Aktiv-Raucher erfasst. Infolge ist der Anteil der Aktiv-Raucher mit 23 Prozent der Bevölkerung auch vergleichsweise gering. Auf den ersten Blick erscheint daher der verwendete Prävalenzwert als zu niedrig angesetzt. Ein Vergleich mit der Situation in Deutschland bestätigt jedoch die Studienautoren in der berechneten Prämisse. Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 deklarieren sich dreißig Prozent der Befragten zwischen 15 und 90 Jahre als Raucher. Davon sind wiederum 30 Prozent Gelegenheitsraucher und 22 Prozent rauchen weniger als zehn Zigaretten am Tag. Der Anteil der Aktiv-Raucher liegt daher je nach Sichtweise zwischen rund 15 Prozent (> 10 Zigaretten/Tag) oder 20 Prozent der relevanten Bevölkerung.

Tab.23: Raucher-Jahresprävalenz | Österreich

Raucher-Typen	Aktiv-Raucher	Ex-Raucher	Nie-Raucher	
			Passiv-Raucher	Nichtpassiv-Raucher
Anteile in %	23	21	10	46

Quelle: IHS-Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens, 2008

Tab.24: Rauchintensität | Deutschland

Rauchfrequenz	nicht täglich	täglich < 10	tägl. 10-19	täglich > 19
Anteile in %	30	22	23	25

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2009

Demzufolge können wir auch hinsichtlich der volkswirtschaftlichen Effekte des Rauchens sämtliche vom IHS berechnete Annuitäten ($r=3\%$) übernehmen, soweit es sich um direkte Kosten handelt: die **Gesundheitsausgaben** (direkte medizinische Kosten) von € 54 Mio. pro Jahr, das Krankengeld der Sozialversicherungen von € 9 Mio. p.a. und das Pflegegeld von jährlich € 26 Millionen. Aufgrund der deutlich kürzeren Lebenserwartung von Rauchern weist das IHS am Pensionskonto eine Ersparnis von rund fünf Millionen pro Jahr aus. Gestützt wurde diese Berechnung auch durch den niederländischen Lebensversicherungs-Konzern Paerel Leven, der starken Rauchern einen Rabatt von 20 Prozent einräumte. Und Versicherungsmathematiker kalkulieren gewöhnlich exakt. Auch wenn das Produkt - aus politischen Gründen - mittlerweile nicht mehr angeboten wird, ist es doch ein Indiz für die Validität dieses Ergebnisses. Insgesamt belaufen sich die **Sozialen Ausgaben** auf jährlich € 30 Millionen. Ein Aufwand für die Arbeitslosigkeit muss nicht angesetzt werden, da Rauchen per se kein Einstellungshindernis ist oder einen Kündigungsgrund darstellt, übermäßiger Alkoholkonsum jedoch zweifelsohne. Genauso wenig berücksichtigen wir Staatliche Kosten aus der Rechtsdurchsetzung des Rauchverbots in der Gastronomie. Einerseits liegt der behördliche Aufwand bei österreichweit 2.500 bis 3.000 Anzeigen p.a. und durchschnittlich € 200,- pro Anzeige im Vernachlässigungsbereich, andererseits stehen den Kosten auch mehr als kostendeckende Einnahmen gegenüber.

Deutlich nach unten revidiert werden muss hingegen abermals der **Produktivitätsverlust**. Die Gründe dafür sind offensichtlich. Erstens können nur die 8.900 Vollzeit-Äquivalente aus durch Kran-

kenstand verlorener Arbeitszeit angesetzt werden. Zweitens muss der vom IHS ange-setzte Betrag pro Vollzeit-Äquivalent von € 81.500 auf € 30.310 (analog zu Alkohol) reduziert werden. Der Produktivitätsverlust beträgt demnach pro Jahr € 270 Millionen. Insgesamt liegen **die volkswirtschaftlichen Kosten** des Rauchens in der Längsschnitt-betrachtung daher bei € 354 Millionen pro Jahr. Dem gegenüber stehen aber jährliche **Einnahmen** aus der Tabaksteuer und der auf Rauchwaren eingenommenen Mehrwertsteuer von rund € 1,6 Milliarden. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist Rauchen daher nach wie vor ein positives Geschäft. Der Saldo liegt bei mehr als € 1,2 Milliarden pro Jahr.

Tab.25: Volkswirtschaftliche Kosten des Rauchens in Österreich | KFP- Berechnung in Mio. Euro

	Annuität
Saldo	1.233
Werte in Mio. €	
Kosten total	354
Gesundheitsausgaben total	54
Krankengeld	9
Pflegegeld	26
Pensionssaldo	-5
Soziale Ausgaben	30
Produktivitätsverlust	270
Einnahmen total	1.587
Alkoholsteuer + MwSt	385

Quelle: IHS | KREUTZER FISCHER & PARTNER

Volkswirtschaftliche Kosten illegaler Drogen

Mangels tauglicher, existierender Arbeiten werden die sozialen Folgekosten des Konsums illegaler Drogen von uns zur Gänze selbst berechnet. Wir möchten aber an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es sich dabei lediglich um eine grobe Abschätzung handelt. Auf der Detailebene sind Abweichungen von vierzig Prozent und mehr möglich. Für die Berechnungen verwenden wir die vom IHS entwickelten Modelle aus der einschlägigen Raucher-Studie. Diese werden zum Teil adaptiert oder vereinfacht, nicht zuletzt infolge unterschiedlicher Gewichtung von Einflussgrößen oder fehlender Inputdaten. Ergänzend berücksichtigen wir offizielle Statistiken, u.a. von ÖBIG und dem Bundeskriminalamt (BKA), insbesondere aber die Ausführungen von Metz, Schwarz und Fischer in dem Buchbeitrag „Kosten der medizinischen Behandlung von Substanzabhängigkeit“²³.

Die Prävalenz der DSM IV-Abhängigkeit (15-90 Jahre) schätzen wir analog zu Deutschland auf knapp ein Prozent, in Ermangelung eigener für Österreich verfügbarer Werte. Für die Berechnung der direkten medizinischen Kosten gehen wir von rund 17.000 Personen in einer Opioid-Erhaltungstherapie (OET), etwa 5.000 weiteren Person in einer anderwärtigen ambulanten und 620 Vollzeit-Äquivalenten in stationärer Behandlung aus. Eine OET ist vergleichsweise günstig. Die reinen Medikationskosten für eine Opioid-Erhaltungstherapie liegen - je nach verwendetem Präparat - zwischen € 1.400,- (Levomethadonhydrochlorid), € 2.660 (Substitol) und € 3.250,- (Buprenorphin/Naloxon) pro Jahr (jeweils Kassenpreis). Dazu kommen noch ambulante Behandlungskosten im Ausmaß

von rund € 1.000,- pro Jahr. Insgesamt schlägt sich die OET jährlich mit Kosten von etwa fünfzig Millionen Euro nieder. Für anderwärtige ambulante Behandlungen kalkulieren wir fünf Millionen Euro. Eine stationäre Drogentherapie muss hingegen nach Auskunft der im Rahmen dieser Studie befragten wichtigsten Einrichtungen Österreichs im Mittel mit € 30.000,- angesetzt werden. Pro Jahr rechnen wir daher mit stationären Kosten von € 19 Millionen. Davon trägt das Bundesministerium für Justiz (BMJ) - im Rahmen des Programms §39 SMG „Therapie statt Strafe“²⁴ - etwas weniger als ein Drittel (2011: € 8,8 Mio.). Allerdings ist infolge des Budgetbegleitgesetzes 2011 die Kostenübernahme durch das BMJ künftig auf sechs Monate eingeschränkt. Danach zahlen die Länder.

Tab.26: Volkswirtschaftliche Kosten illegaler Drogen in Österreich | KFP- Berechnung in Mio. Euro

	Annuität
Saldo	-300
<small>Werte in Mio. €</small>	
Kosten total	300
Gesundheitsausgaben total	135
Arbeitslosenentgelt	45
Krankengeld	2
Pflegegeld	6
Pensionssaldo	-2
Soziale Ausgaben	51
Polizei	55
Justiz	41
Staatliche Kosten	96
Produktivitätsverlust	18
Einnahmen total	-

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER

Da eine Suchterkrankung in der Regel mit körperlichen Komorbiditäten einhergeht, kommt es zu weiteren Kosten aufgrund erhöhter Inanspruchnahme von medizini-

schen Leistungen. Dabei fallen stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern besonders ins Gewicht. Die jeweiligen Kosten sind abhängig vom Behandlungsaufwand. Abgerechnet wird dieser in Österreich nach LKF, der Leistungsorientierten Krankenanstaltsfinanzierung. Je nach Krankenanstalt, Bundesland und Herkunft des Patienten liegt die Pflegegebühr pro Tag zwischen rund 600 und 1.200 Euro. Dazu kommen fallweise LKF-Zusatzpunkte, etwa für Intensivbetreuung oder längere Aufenthalte. Im Extremfall können vom Krankenhaus pro Tag alleine für die Pflege bis zu € 3.000,- verrechnet werden. Basierend auf dem von uns verwendeten Berechnungsmodell ergeben sich daher **Gesundheitsausgaben** von jährlich insgesamt € 135 Millionen. Das ist um 150 Prozent mehr als für Alkoholmissbrauch und Rauchen.

Den Aufwand für die **Sozialen Ausgaben** berechnen wir stringent nach dem IHS-Raucher-Modell. Die Ausgaben für Krankengeld belaufen sich demnach auf zwei Millionen pro Jahr, das Pflegegeld kostet sechs Millionen p.a. und das Arbeitslosenentgelt liegt bei € 45 Millionen jährlich. Wie beim Rauchen ist der Pensionssaldo negativ, d.h. Drogenabhängige zahlen um zwei Millionen mehr in den Pensionstopf

ein, als sie jährlich kumuliert heraus bekommen. In Summe liegen die Sozialen Ausgaben bei € 51 Millionen.

Eine entscheidende Größe der volkswirtschaftlichen Kosten illegaler Drogen sind die **Staatlichen Kosten**. Darunter verstehen wir zum einen den monetären Aufwand von Polizei und Justiz, der notwendig ist, um das Suchtmittelgesetz zu exekutieren. Zum anderen zählen wir die Kosten, welche für die Bekämpfung der drogeninduzierten Beschaffungskriminalität anfallen. Für beides liegen nur sehr grobe Schätzungen vom BKA sowie vom BMJ vor. Das BKA schätzt etwa den jährlichen Aufwand für Ermittlungen nach §§ 27, 30 SMG zwischen € 4,5 und € 9,2 Millionen. Die Kosten für Ermittlungen nach §§ 28, 28a, 31 SMG können nicht beziffert werden, sind aber sicher deutlich höher als die o.a. Werte. Ebenfalls nicht quantifizierbar sind Kosten für Übersetzungen/Dolmetsch (etwa bei Telefonüberwachungen), Spezialtechnik (TU-Anlagen, Observationstechnik usw.) sowie für Drogen-Streifentätigkeit. Auch statistische Zahlen hinsichtlich der Beschaffungskriminalität sind nicht verfügbar. Dr. Stefan Ebensperger²⁵ von der Universität Innsbruck schätzt, dass etwa ein Drittel des Drogenkonsums durch Beschaf-

Tab.27: Anzeigen nach dem SMG | Österreich 2011

	Erstfälle	Wiederholer	Total
Gesamtanzeigen	21.828	3.247	25.075

Gehandelte oder konsumierte Suchtmittelarten

Anteile in %	
Cannabis	57
SG-Medikamente	11
Kokain	11
Heroin	8
(Meta-)Amphetamin	7
Sonstige	7

Quelle: Jahresbericht Suchtmittelkriminalität 2011 | BKA

fungskriminalität finanziert wird, in überwiegenden Fällen durch KFZ-Diebstähle und Wohnungseinbrüche. Bei einem von uns geschätzten Drogenmarkt von rund € 350 Millionen, liegt die Schadenssumme durch Beschaffungskriminalität demnach bei etwa € 115 Millionen. Den Aufwand der Polizei für die Verfolgung dieser Straftaten schätzen wir auf fünf bis zehn Millionen Euro. Berücksichtigt man also auch den Aufwand in Zusammenhang mit drogensuchtbedingter Beschaffungskriminalität, kann der jährliche Personalaufwand bei der Polizei mit etwa € 55 Millionen quantifiziert werden. Das sind 2,8% der Aufwendungen für den gesamten Sicherheitsapparat. Diesem finanziellen Aufwand steht folgende Tätigkeitsbilanz für das Jahr 2011²⁶ gegenüber: Insgesamt werden mehr als 25.000 Anzeigen nach Straftatbeständen des Suchtmittelgesetzes erstattet. Mehr als 90% davon betreffen Erstfälle. Mit beinahe 60% ist Cannabis die mit Abstand meist gehandelte bzw. konsumierte Suchtmittelart. Dahinter folgen mit jeweils elf Prozent SG-Medikamente und Kokain. Heroin hält einen Anteil von acht Prozent. Ob der enorme polizeiliche Aufwand die Verfolgung des mehrheitlich vergleichsweise harmlosen Cannabis-Konsums rechtfertigt, mag jeder für sich selbst entscheiden. Möglicherweise gibt es aber einen selektiveren und effektiveren Weg, das Suchtmittelgesetz zu exekutieren. Beispielsweise in dem (Erst-)Delikte im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis nicht mehr dem Strafrecht, sondern dem Verwaltungsrecht unterliegen und gleichzeitig Gegenstand der Gesundheitspolitik (Stichwort Prävention) sind.

Die Anzahl der Haftinsassen (Strafhaft) aufgrund eines Verstoßes nach dem Suchtmittel-

gesetz (SMG) liegt im Jahresdurchschnitt bei etwa 900 Personen. Das entspricht circa 15% der Belegung. Rund 800 Häftlinge sind in einer OET. Die durchschnittlichen Kosten pro Hafttag und Insasse werden vom BMJ mit € 100,- angegeben. Insgesamt belaufen sich die Haftkosten daher pro Jahr auf rund € 36 Millionen, davon rund € 2,5 Millionen für die OET. Auch die Ausgaben für die Gerichtsbarkeit können nur sehr grob geschätzt werden. Wir setzen fünf Millionen Euro an. Insgesamt belaufen sich die Staatlichen Kosten daher auf € 96 Millionen. Das entspricht etwa einem Drittel der gesamten sozialen Folgekosten.

Relativ gering ist dafür der **Produktivitätsverlust**. Nach dem adaptierten IHS-Modell kommen wir nur auf € 18 Millionen p.a. Verantwortlich dafür ist die vergleichsweise geringe Anzahl an Drogenabhängigen und die unterdurchschnittliche Beschäftigungsquote. Insgesamt belaufen sich folglich die **volkswirtschaftlichen Kosten** des illegalen Drogenkonsums auf jährlich € 300 Millionen. Diesem Aufwand stehen keine staatlichen Einnahmen aus Steuern oder Abgaben gegenüber. Bestenfalls könnte man die im Land verbliebene Wertschöpfung aus dem Drogenhandel als Beitrag zur **Kaufkraft** vermessen, quasi so wie Handwerksleistungen aus der Schattenwirtschaft. Wie zuvor ausgeführt schätzen wir den österreichischen Drogenmarkt auf rund € 350 Millionen zu Verkaufspreisen, abgeleitet aus den Daten des aktuellen deutschen REITOX-Berichts²⁷, in dem von etwa € 3,5 Milliarden ausgegangen wird. Allerdings schrumpfen die Endverkaufspreise für Suchtmittel seit Jahren substantiell, wie eine aktuelle Studie²⁸ aus den USA zeigt, publiziert von einem Forscherteam unter der Leitung von Evan Wood. So sank etwa zwischen 2000 und 2009 in 18

Ländern Europas der Preis für Kokain um 51 Prozent und für Heroin um 74 Prozent, bei durchschnittlich steigendem Reinheitsgrad. Cannabis ist heute um etwa die Hälfte zu bekommen wie noch zu Beginn des Jahrtausends. Durch den Preisverfall werden aber die Margen für die Dealer kleiner. Im Mittel kann nur noch von etwa zwanzig Prozent ausgegangen werden. Bei einem Markt von € 350 Mio. wären das also rund € 70 Millionen an Wertschöpfung, die als Kaufkraft in Österreich umgesetzt wird.

Tab.28: Volkswirtschaftliche Kosten von Spielsucht in Österreich | KFP- Berechnung in Mio. Euro

	Annuität
Saldo	257
<small>Werte in Mio. €</small>	
Kosten total	13
Gesundheitsausgaben total	4
Soziale Ausgaben	1
Staatliche Kosten	5
Produktivitätsverlust	3
Einnahmen total	270
Spielbezogene AG + MwSt	270

Quelle: Becker | KREUTZER FISCHER & PARTNER

Volkswirtschaftliche Kosten von Spielsucht

Dass die Spielsucht in der öffentlichen Meinung im Vergleich zu ihrer tatsächlichen Verbreitung und dem gesamtgesellschaftlichen Schaden überschätzt wird, wurde bereits angemerkt. Aber offenbar gilt noch immer, was der Historiker Hermann Oncker vor rund hundert Jahren über sie (die öffentliche Meinung) schrieb: „Öffentliche Meinung ist ein Komplex von gleichartigen Äußerungen größerer oder geringerer Schichten eines Volkes über Gegenstände des öffentlichen Lebens, bald spontan hervorbrechend, bald künstlich gemacht, ansteckend wie eine Epidemie, launisch und treulos und herrschsüchtig wie Menschen selbst, und dann doch wieder nichts als ein Wort, mit dem sich die Machthaber betrogen.“

Alleine die Tatsache, dass sich aktuell wegen Spielsucht nur rund 300 Personen in ambulanter oder stationärer Behandlung befinden (im Gegensatz zu mehr als 60.000 in Therapie befindlichen Alkoholabhängigen und etwa 25.000 Drogensüchtigen) rückt die Dimension ins rechte Licht. Das gilt im Übrigen auch dann noch, wenn man das Faktum der ethnischen Schieflage unter den Spielsüchtigen berücksichtigt und annimmt, dass diese womöglich zögerlicher als autochthone Österreicher den Weg in einschlägige Beratungsstellen finden.

Für die Berechnungen der volkswirtschaftlichen Kosten der Spielsucht greifen wir auf das Modell von Becker zurück. Den Anteil an pathologischen Spielern legen wir analog zu Deutschland mit 0,49 Prozent der Bevölkerung (15-90 Jahre), also rund 35.000 Personen fest. Als Behandlungs-

und Therapiekosten für die rund 300 wegen pathologischer Spielsucht behandelten Personen verwenden wir Kostensätze, die - wie die Anzahl der Patienten - im Rahmen dieser Studie empirisch erhoben wurden. Für eine stationäre Behandlung setzen wir im Mittel € 21.000,- an, für eine ambulante € 2.800,-. Stationäre Therapien dauern im Schnitt circa sechs Monate, ambulante Behandlungen sieben Monate.

Insgesamt belaufen sich die **Gesundheitsausgaben** auf vier Millionen Euro jährlich. Dazu kommt etwa eine Million an **Sozialen Ausgaben**, vorwiegend aus Arbeitslosigkeit und den daraus resultierenden Folgekosten. Die **Staatlichen Kosten** setzen wir mit fünf Millionen Euro an. Die Personalkosten der SOKO Glücksspiel belaufen sich nach Auskunft des BMF auf geschätzte 15% des Personalaufwandes, also drei Millionen Euro. Den Aufwand der Polizei setzen wir mit zusätzlichen zwei Millionen Euro an. In beiden Fällen rechnen wir die Rückflüsse aus Verwaltungs- und Finanzstrafen im Ausmaß der jeweiligen Gemeinkostenanteile an. Die suchtbetragenen **Produktivitätsverluste** quantifizieren wir mit drei Millionen Euro, da wir ausschließlich Krankenstände aus psychischen Gründen berücksichtigen. Insgesamt belaufen sich die **volkswirtschaftlichen Kosten** aus Spielsucht auf € 13 Millionen p.a.. Dem gegenüber stehen aber jährliche **Einnahmen** aus spielbezogenen Steuern (ohne Lotteriespiele) inkl. anteiligen Mehrwertsteuer von € 270 Millionen. Der Saldo aus Einnahmen abzüglich Kosten liegt also bei plus € 257 Millionen jährlich. Neben dem Rauchen ist aus volkswirtschaftlicher und steuerlicher Sicht daher auch das Glücksspiel zweifelsohne ein Gewinn. Umso mehr, wenn man die Komorbidität von Suchterkrankungen in die Berechnungen einfließen

lässt. Wie bereits angedeutet, liegt dieser Berechnung eine empirische Befragung von 32 österreichischen und deutschen Suchterxperten zugrunde. Dabei wurden die Respondenten gebeten aus ihrer Erfahrung heraus einzuschätzen, wie oft verschiedene Abhängigkeiten bei einer Person gleichzeitig vorkommen. Basierend auf den von uns verwendeten Prävalenzen ergeben sich im Mittel folgende Schnittmengen:

Tab.29: Komorbidität von Suchterkrankungen | Expertenschätzung

	Alkohol	Drogen	Glücksspiel
n	356	69	35
in tausend Personen			
Tabak	249	66	21
Alkohol		48	14
Drogen			2

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER

Von den pathologischen Spielern sind rund 60 Prozent auch regelmäßige Raucher. Bezogen auf 35.000 Spielsüchtige ergibt das eine Schnittmenge von 21.000 Personen. Etwa 40 Prozent der pathologischen Spieler haben auch ein akutes Alkoholproblem (14.000 Personen) und etwa 2.000 Personen sind auch drogenabhängig (5 Prozent). Als singuläre Abhängigkeit tritt Spielsucht daher eher selten auf; nach Einschätzung der Experten in etwa einem Drittel aller diagnostizierten Fälle. Hochgerechnet auf die Anzahl der pathologischen Spieler insgesamt wären das etwa 10.000 bis 12.000 Fälle. Von den rund 70.000 Drogenabhängigen sind praktisch alle regelmäßige Raucher. Etwa 70% aller Drogenabhängigen haben auch einen problematischen Alkoholkonsum. Speziell bei Drogenabhängigen ist Alkohol oftmals eine Art Ersatzdroge. So kommt es immer wieder vor, dass ein dro-

getherapierter Patient Jahre später wegen Alkoholkrankheit behandelt wird. Besonders häufig ist auch die Kombination Alkoholmissbrauch und Rauchen. Die Experten schätzen, dass etwa 70% aller Alkoholabhängigen auch regelmäßig rauchen. Die Schnittmenge liegt bei gut 250.000 Personen. Genau diese große Überschneidung macht es in der Praxis so schwierig, die Kosten eines (unkontrollierten) Konsums exakt der jeweiligen Substanz (Alkohol vs. Tabak) zuzuordnen. Denn wenngleich die Berechnungen nur die relativen Risiken berücksichtigen, werden doch die rivalisierenden Risiken außen vor gelassen. In den Modellen kommen Komorbiditäten einfach nicht vor. Vielmehr führt die Verwendung der relativen Krankheitsrisiken zu Doppel- und Mehrfachzählungen. Auf die Gefahr hin uns zu wiederholen: im Extremfall wird der rauchende Alkoholiker, mit Drogenvergangenheit, der sich einer Behandlung wegen pathologischer Spielsucht unterzieht vier Mal gezählt. Er bekommt dann vier Mal Arbeitslose, vier Mal Krankengeld, vier Mal Invaliditätspension und steht zuletzt für vier Todesfälle. Und deshalb ist es auch unzulässig, die Ergebnisse aus singulären Betrachtungen einfach zu addieren. Einzig bei dem medizinischen Kosten, also den Gesundheitsausgaben und den Staatlichen Kosten ist eine Addition legitim.

Singulär betrachtet stellt sich die Lage hinsichtlich der volkswirtschaftlichen Kosten eines (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Rauchtabak, Drogen und Glücksspiel in Österreich wie folgt dar: Mit jährlich etwas mehr als € 370 Millionen verursacht Alkoholmissbrauch die höchsten sozialen Folgekosten. Rauchen kostet der Volkswirtschaft rund € 350 Millionen im Jahr und damit mehr als der Konsum illegaler Drogen (€ 300 Millionen p.a.). Vergleichsweise gering ist der gemeinwirtschaftliche Schaden aus dem Glücksspiel (Spielsucht) mit € 13 Millionen. Diesem Einsparungspotential stehen aber auch staatliche Einnahmen aus dem Konsum dieser Produkte und Dienstleistungen gegenüber. Aus der Alkoholsteuer und der auf alkoholische Getränke abgeführten Mehrwertsteuer resultieren rund € 385 Millionen im Jahr. Das Rauchen bringt dem Staat jährlich sogar Einnahmen von rund € 1,6 Milliarden (Tabaksteuer plus MwSt.) und das Glücksspiel dotiert den öffentlichen Haushalt mit € 270 Millionen p.a.. Infolge ist der Saldo aus Einnahmen und Kosten in allen Bereichen positiv, mit Ausnahme der Suchtmittel, wo der Staat infolge der Illegalität schwerlich Einnahmen erzielen kann. Dabei unberücksichtigt bleibt aber nach wie vor die Überschätzung des Aufwandes durch die Nicht-

Tab.30: Volkswirtschaftliche Kosten im Überblick | Österreich

	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel
Saldo	12	1.233	-300	257
in Mio. Euro				
Kosten total	373	354	300	13
Medizinische Ausgaben	54	54	135	4
Soziale Ausgaben	195	30	51	1
Staatliche Kosten	0	0	96	5
Produktivitätsverlust	124	270	18	3
Einnahmen	385	1.587	0	270

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER

Berücksichtigung von Komorbiditäten. Bereinigt man die Kosten um Doppel- und Mehrfachzählungen, verbessert sich die Bilanz signifikant.

Möglich wird das durch die Verwendung multivariater Verfahren unter Einbeziehung der von den Suchtexperten geschätzten Faktoren. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Begleiterkrankungen nicht zwingend gleichzeitig, sondern zumeist zeitversetzt vorkommen. Die dadurch entstehende „Streckung“ der Krankengeschichte reduziert aber wiederum die Multiplikationseffekte durch Dop-

gaben eine komorbiditätsbedingte Überschätzung nicht ganz auszuschließen ist, setzen wir hier (genauso wie bei den Staatlichen Kosten) die im themenbezogenen Modell ermittelten Werte an, um der Gefahr einer Unterschätzung der sozialen Folgekosten auszuweichen.

Erwartungsgemäß reduzieren sich die Kosten bei gesamtheitlicher Betrachtung in allen Segmenten. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs und des Rauchens sinken um jeweils etwas mehr als dreißig Prozent auf rund € 255 Mio. bzw. € 234 Millionen pro Jahr. Vergleichs-

Tab.31: Volkswirtschaftliche Kosten bei Berücksichtigung von Komorbiditäten | Österreich

	Alkohol	Tabak	Drogen	Glücksspiel	Total
Saldo	130	1.353	-278	260	1.465
in Mio. Euro					
Kosten total	255	234	278	10	777
Medizinische Ausgaben	54	54	135	4	247
Soziale Ausgaben	113	17	34	0	164
Staatliche Kosten	0	0	96	5	101
Produktivitätsverlust	88	163	13	1	265
Einnahmen	385	1.587	0	270	2.242

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER

pel- oder Mehrfachzählungen. Signifikante monetäre Auswirkungen aus Doppel- oder Mehrfachzählungen sind primär in den Kostensegmenten Sozialen Ausgaben und Produktivitätsverluste zu erwarten, da es sich hier um indirekte Kosten, also krankheitsbezogene Folgekosten handelt. Bildlich gesprochen besteht genau hier die Gefahr, dass der rauchende Alkoholranke etwa zweimal in denselben Krankenstand „geschickt“ wird oder doppeltes „Pflegegeld“ bekommt. Auch der Pensionssaldo verändert sich bei einer gesamtheitlichen Betrachtung verständlicherweise substanzuell. Wenngleich auch bei den Gesundheitsaus-

weise gering ist indessen der Rückgang der sozialen Folgekosten bei Drogen mit minus sieben Prozent auf € 278 Millionen jährlich. Grund dafür sind die hohen Kostenanteile der Gesundheitsausgaben und der Staatlichen Kosten, die wir unverändert übernommen haben. Das gemeinwirtschaftliche Einsparungspotential aus der Spielsucht liegt nur noch bei zehn Millionen Euro. Insgesamt betragen die volkswirtschaftlichen Kosten aus dem (unkontrollierten) Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und Glücksspiel € 777 pro Jahr. Dem stehen aber staatliche Einnahmen aus den einschlägigen Konsumsteuern im Aus-

maß von mehr als € 2,2 Milliarden gegenüber. Die volkswirtschaftliche Bilanz ist daher mit knapp € 1,5 Milliarden positiv.

Das mindert natürlich keineswegs das Ausmaß der sozialen und ökonomischen Folgen von Substanzmissbrauch und Spielsucht auf der individuellen Ebene. Dort ist zweifelsohne jeder Fall ein Fall zu viel. Durch den ermittelten überraschend hohen Überschuss aus Kosten und Einnahmen sollte es aber für die öffentliche Hand möglich sein, mehr Mittel als bisher für Sucht-Forschung, Prävention und Therapie zur Verfügung zu stellen. Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, ist speziell der Bedarf an belastbarem, aussagekräftigem Datenmaterial enorm. Datenmaterial, um die Sucht-Forschung ein gutes Stück weiter zu bringen, etwa um exakter zu verorten, wo die Hebel in der Prävention, in der Therapie angesetzt werden sollten, oder um effektivere Therapien entwickeln zu können. Die Politik wird nicht müde, Investitionen in Forschung & Bildung zu fordern. Für die Sucht-Forschung hat man bislang verdammt wenig Interesse. Wovor fürchtet man sich?

Soziale Folgekosten in Österreich

II Verlorene Lebensjahr

Der aus pekuniärer Sicht positive Saldo ist für die Gesundheitsökonomie eine gute Nachricht. Offenbar werden vielerorts die Kosten überschätzt. Für den Einzelnen gibt es aber keine Entwarnung. Denn was unbestritten bleibt, ist der mit Alkoholmissbrauch, mit Rauchen und Drogenkonsum verbundene gesundheitliche Schaden und

holmissbrauch, Rauchen oder Drogenkonsum. Spielsucht ist als bloße Verhaltensstörung keine Kategorie. Die Berechnung der DALY erfolgt in drei Schritten. Zuerst wird die Anzahl der verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod ermittelt (YYL), danach die Anzahl der mit Behinderung gelebter Jahre (YLD) bis zur Heilung bzw. bis

Tab.32: DALY nach Gesundheitsrisiken | Österreich

	Jahre	Anteile %
Total	1.623	100
<small>"Verlorene Lebensjahre" in tausend</small>		
Alkohol	117	7
Tabak	239	15
Illegale Drogen	41	3
Ernährung Bewegung	840	52
Andere	386	24

Quelle: IHME

die daraus resultierende kürzere Lebensdauer. Um diesen Schaden aus einem (unkontrollierten) Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen anschaulich zu machen, bedarf es nicht zwingend der monetären Analyse. Eine ebenso eindrucksvolle Darstellung, weil näher am Menschen, ist die Konvertierung von alkohol-, rauchen- und drogenbedingter Komorbidität und Mortalität in „Verlorene Lebensjahre“. Ein solches Konzept wurde erstmals im Jahr 1990 von der Weltbank vorgestellt, entwickelt von der Harvard Universität und im Jahr 1996 von der WHO übernommen. Die Rede ist von den „disability-adjusted life years“, kurz DALY genannt. DALY sind ein Maß für die Krankheitslast ausgedrückt in der Anzahl an „verlorener Lebensjahren durch krankheitsbedingte Behinderung und vorzeitigen Tod“. Sie werden berechnet für eine ganze Reihe von Risiken, beginnend bei Unterernährung, unzureichender Hygiene und Vitaminmangel bis hin zu Übergewicht, Alko-

zum Tod. Die YLD werden gewichtet nach der Schwere der Behinderung und dem Lebensstandard des Landes. Zum Schluss werden YLD und YYL zu DALY addiert. Die Anzahl der verlorenen Lebensjahre bezieht sich immer auf ein Kalenderjahr. Zuletzt aktualisiert wurden die Daten für Österreich vom IHME aus Seattle, USA im Jahr 2013 mit Zahlen aus 2010 in der Studie „The Global Burden of Disease: GENERATING EVIDENCE, GUIDING POLICY“²⁹.

In Summe „kosten“ die erfassten gesundheitlichen Risiken nach Berechnung des IHME die österreichische Bevölkerung pro Jahr **1,6 Millionen Lebensjahre**. Unberücksichtigt der tatsächlichen persönlichen gesundheitlichen Risiken, sind das im Durchschnitt pro Einwohner beinahe 2½ Monate. Auf zehn Jahre berechnet ergibt das etwas mehr als zwei Jahre, in 25 Jahren fünf Jahre. Die gesundheitlichen Risiken eines missbräuchlichen Konsums von **Alkohol** liegen

bei **117.000 DALY**. Alleine 88.000 DALY entfallen auf vorzeitigen Tod. Bei rund 6.000 alkoholbedingten Todesfällen p.a. bedeutet das im Durchschnitt fünfzehn „verlorene Lebensjahre“. Die restlichen DALY entsprechen in etwa der durchschnittlichen Therapiedauer. Nicht minder hart fällt die Lebenszeitverkürzung beim **Rauchen** aus. Das IHME berechnet dafür insgesamt **239.000 DALY**, davon 187.00 DALY für vorzeitigen Tod. Setzt man hierfür die 8.600 vom IHS errechneten rauchen-attributablen Sterbefälle an, kommt man im Mittel sogar auf 22 Jahre. Möglicherweise gewichtet das IHME die Todesfälle durch Passivrauchen höher als das IHS. Dem **Drogenkonsum** werden insgesamt **41.000 DALY** zugerechnet. 13.200 DALY entfallen auf vorzeitigen Tod. Bei 200 drogenbezogenen diagnostizierten Todesfällen liegt der Mittelwert bei 66 „verlorenen Lebensjahren“. Drogenabhängige sterben früh.

Insgesamt stehen die in dieser Studie behandelten gesundheitlichen Risiken für rund ein Viertel der gesamten DALY. Und das überrascht. Könnte man doch aus der Heftigkeit und Quantität des öffentlichen Diskurses und den veröffentlichten Studien zu den sozialen Folgekosten den Schluss ziehen, dass deren Bedeutung um ein Vielfaches höher ist. Dabei steht Alkohol lediglich für sieben Prozent aller DALY, Rauchen für 15 Prozent und illegale Drogen für nur drei Prozent der „verlorenen Lebensjahre“. Was wirklich verblüfft, sind die wahren „Lebenszeit-Killer“, obgleich man es irgendwie auch ahnte. Mehr als die Hälfte aller DALY entfallen auf Gesundheitsrisiken, die direkt oder indirekt mit falscher Ernährung und mangelnder Bewegung zu tun haben. Alleine Adipositas (Fettleibigkeit) kommt auf etwa gleich viele DALY wie das Rauchen.

Und demzufolge verwundert es auch nicht, dass auch die ökonomischen Kosten von Adipositas zunehmend in den Fokus der Gesundheitsökonomien rücken. Tobias Effertz von der Universität Hamburg hat erst kürzlich dazu die ersten Zahlen für Deutschland geliefert³⁰. Demzufolge übersteigen die Kosten von Adipositas alleine im Gesundheitswesen mit über € 20 Milliarden p.a. die direkten Kosten von Alkohol und Tabak bei weitem. Effertz folgert daraus: „Es ist dringend erforderlich, Adipositas mit wirksamen gesundheitspolitischen Maßnahmen aus der dem Bereich der Verhältnisprävention, etwa Steuern auf ungesunde Nahrungsmittel, zurückzuführen, da hier deutliche Einsparungen für das Gesundheitssystem möglich sind. Adipositas resultiert aus der allmählichen Akkumulation ernährungsbedingter unausgeglichener Ernährungsbilanzen. Diese sind Resultat stark habitueller Ernährung und schwer durch Aufklärung- und Informationskampagnen veränderbar. Angesichts der aktuellen Entwicklung - der Zunahme der Adipositas in Deutschland - ist dringend Handlungsbedarf erforderlich.“

Anhang

Literatur- & Quellenverzeichnis

- ¹ Edwards et al, Nature 2012
- ² Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit | IHS-Institut für höhere Studien, T. Czypionka, M. Pock, G. Röhrling, C. Sigl | 2013
- ³ Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch - Erhebung 2008 | Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit market - Institut für Markt-, Meinungs- und Mediaforschung | Alfred Uhl, Julian Strizek, Alexandra Puhm, Ulrike Kobra, Alfred Springer
- ⁴ Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich | Jens Kalke, Sven Buth, Moritz Rosenkranz, Christian Schütze, Harald Oechsler, Uwe Verth | 2011
- ⁵ GEDA ff | Josef Koch Institut
- ⁶ Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens | IHS-Institut für höhere Studien, M. Pock, T. Czypionka, S. Müllbacher, A. Schnabl | 2008
- ⁷ Adams, M., Effertz, T. | Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums, in Singer, Batra, Mann: Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen | Thieme Verlag | 2009
- ⁸ Epidemiologischer Suchtsurvey 2009 | IFT Institut für Therapieforshung München | Ludwig Kraus, Alexander Pabst & Stefanie Müller
- ⁹ Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : Tabagisme et consommation excessive d'alcool | Institut de recherches, Université de Neuchâtel | C. Jeanrenaud, S. Fueglistler-Dousse, D. Kohler, J. Marti | 2009
- ¹⁰ Die sozialen Kosten des Drogenmissbrauchs | Walter Hauptmann/Elenora Hübner | NWV 2008
- ¹¹ Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse | Institute de recherches économiques et régionales, C. Jeanrenaud, G. Widmer, S. Pellegrini | 2005
- ¹² The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society | National Drug Intelligence Center, US Department of Justice | 2011
- ¹³ Nation Household Survey on Drug Use and Health (NSDUH) 2009 (SAMHSA 2010)
- ¹⁴ Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis | DJ Nutt, LA King, LD Phillips | The Lancet, 2010
- ¹⁵ Statistics on Smoking 2011 | NHS
- ¹⁶ WHO Global Alcohol Database, 2011
- ¹⁷ Über das Trinken | Peter Richter | Goldmann-Verlag 2011
- ¹⁸ Kleines Glücksspiel – Großes Leid? Empirische Untersuchung zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark | J. Köberl, F. Pretenthaler, Joanneum Research | Leykam, 2009
- ¹⁹ BRANCHENRADAR Glücksspiel & Sportwetten in Österreich 2007 | KREUTZER FISCHER & PARTNER, Marktanalyse
- ²⁰ Soziale Folgekosten des Glücksspiels in Deutschland | Tilman Becker, Forschungsstelle Glücksspiel, Universität Hohenheim | 2011
- ²¹ Bericht zur Drogensituation 2012 | ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- ²² Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2012 | Bundesministerium für Inneres | Deutschland
- ²³ Metz V, Schwarz B, Fischer G.: Kosten der medizinischen Behandlung von Substanzabhängigkeit. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel (straft)recht | Soyer R, Schumann S., Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen Band 19 Neuer wissenschaftlicher Verlag Recht Wien Graz ISBN 978-3-7083-0797-8 (2012)
- ²⁴ §39 SMG „Therapie statt Strafe“ eröffnet der Justiz den Vollzug einer Verurteilung aufzuschieben, wenn sich der Verurteilten einer gesundheitsbezogene Maßnahmen oder einer stationäre Therapie unterzieht. Die OET ist eine der Möglichkeiten.
- ²⁵ Begriff, Abgrenzung und Bedeutung der Beschaffungskriminalität | Dr. Stefan Ebensperger | Universität Innsbruck, 2000
- ²⁶ Jahresbericht Suchtmittelkriminalität | Bundeskriminalamt | 2011
- ²⁷ Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD | Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
- ²⁸ The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems | D. Werb, Th. Kerr, B. Nosyk, St. Strathdee, J. Montaner, E. Wood | 2013
- ²⁹ THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE: GENERATING EVIDENCE, GUIDING POLICY | Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle | 2013
- ³⁰ Die ökonomischen Kosten von Adipositas in Deutschland | T. Effertz, R. Linder, F. Verheyen | Vortrag b. d. 8. JT DGep Universität Leipzig | 2013

