

Dieter Henkel

Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus in den neuen Bundesländern

Seit dem Zusammenbruch der DDR und der Einführung kapitalistischer Eigentums-, Produktions- und Marktverhältnisse gibt es in den neuen Bundesländern Massenarbeitslosigkeit. Für verschiedene Länder (z.B. USA, BRD-West, Finnland) ist dokumentiert, daß sich die Massenarbeitslosigkeit negativ auf den Alkoholismus auswirkt und in der Gruppe der Arbeitslosen zu einem Anstieg von Alkoholproblemen in gesundheitspolitisch bedeutsamen Ausmaßen führt (zusammenfassend Henkel, 1989, 1992). Daher liegt es nahe, zu fragen, ob mit ähnlichen Entwicklungen und Problemen auch in den neuen Bundesländern zu rechnen ist. Da die Fragestellung zu einem Forschungsfeld gehört, über das noch wenig bekannt ist, nenne ich zunächst einige, für die Beziehung »Arbeitslosigkeit-Alkoholismus« allgemein wichtige Gesichtspunkte und stelle eine Auswahl empirischer Daten vor, insbesondere aus der alten BRD, um das Problem und dessen Relevanz zu verdeutlichen.

1. Forschungsstand, ausgewählte Aspekte

Zwischen ökonomisch-sozialen Krisen, Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus bestehen vielfältige Zusammenhänge. Sie aufzudecken, erfordert ein entsprechend differentielles Instrumentarium, auch in alkoholismus-diagnostischer Hinsicht. So reicht es keineswegs aus, lediglich die Entwicklung des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol in der Bevölkerung mit der Arbeitslosenquote zu korrelieren. Zumindest ist zwischen dem *konvivialen*, in kulturelle Kontexte und soziale Rituale eingebundenen und dadurch normierten Alkoholkonsum einerseits und dem *drogenhaften*, zur Beeinflussung persönlicher Probleme und zumeist exzessiv praktizierten Alkoholkonsum andererseits zu unterscheiden. Dann nämlich zeigt die Forschung, daß die Annahme, die Arbeitslosigkeit habe eine generelle alkoholkonsumreduzierende bzw. sogar alkoholismus-präventive Wirkung, weil sie das Geld für den Kauf von Alkohol verknappt, keineswegs zutrifft. Epidemiologisch betrachtet wirkt sich die Arbeitslosigkeit auf der Ebene des temporären und manifesten Gebrauchs des Alkohols als Droge (psychische Alkoholgefährdung, Alkoholabhängigkeit) und der damit verbundenen somatischen Folgekrankheiten

deutlich intensivierend und chronifizierend und nur beim konvivialen Alkoholkonsum und der dadurch hervorgerufenen körperlichen Alkoholprobleme neutral oder eher reduzierend aus (Henkel, 1992).

Die psychosozialen Problemlagen, die Arbeitslose zum Gebrauch des Alkohols als Droge motivieren, können sehr verschiedenartig sein. So kann der Alkohol für arbeitslose Jugendliche z.B. ein Mittel darstellen, um über den gesellschaftlichen Symbolwert des Alkohols einen Erwachsenenstatus zu demonstrieren, der für sie durch die Vorenthaltung bzw. den Verlust der Arbeit vorerst unerreichbar bleibt, oder um eine Zeit lang der Monotonie zu entfliehen, der sie ohne Arbeit und Geld ausgesetzt sind, oder um ihre Angst vor sozialer Desintegration zu betäuben, da mit dem Eintritt ins Berufsleben die früheren sozialen Beziehungen, z.B. aus der Schulzeit, häufig verloren gehen und im Verlauf der Arbeitslosigkeit auch die neuen, über die Arbeit gewonnenen sozialen Kontakte zerbrechen (vgl. auch Weber & Schneider, 1982; Schmitt, 1988). Für arbeitslose Erwachsene kann der Alkohol z.B. die Funktion haben, arbeitslosigkeitsbedingte Schlafstörungen vorübergehend zu beseitigen, oder die durch den Verlust der Arbeit erfahrene Handlungslosigkeit wenigstens zeitweilig in ein Gefühl (scheinbar) souveräner Beherrschung der Lebensprobleme umzukehren, oder um mit dem Alkohol Gedanken an die Zukunft zu betäuben, vor der sie Angst haben, weil sie befürchten müssen, auf unbestimmte Zeit ohne Arbeit zu bleiben.

Zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus existieren jedoch keine zwangsläufigen Zusammenhänge, weder auf der individuellen noch auf der gesellschaftlichen (epidemiologischen) Ebene. Die Beziehungen hängen von einem Bündel ökonomischer und sozialer, kultureller und ideologischer Bedingungen ab und sind dementsprechend von Land zu Land z.T. sehr verschieden. Das gilt selbst für die so homogen erscheinenden westlichen Industriestaaten. Zwar sind alle führenden Industrieländer »Arbeitsgesellschaften«, bestimmt dort überall die gesellschaftliche Arbeit (Erwerbsarbeit) die Tätigkeiten und Beziehungen der Menschen, deren materielle Existenz und psychische Entwicklung, gesellschaftliche Wertschätzung und moralische Integrität in umfassender Weise, so daß erzwungene Arbeitslosigkeit dort regelhaft eine Lebensform mit psychopathogener Potenz darstellt, d.h. bei vielen Betroffenen z.B. Existenz- und Zukunftsängste, Erschütterungen des Lebenssinns und Verletzungen des Selbstwerts, soziale Isolation und kaum erträgliche Monotonie und Langeweile nach sich zieht. Doch wenn,

wie z.B. in Italien, der Alkohol als Droge nicht zur gesellschaftlichen Normalität gehört, nur partiell und relativ schwach in den Alltagsroutinen der Menschen verankert ist, dann ist das epidemiologische Ausmaß der arbeitslosigkeitsbedingten Alkoholprobleme vergleichsweise gering.

Wo aber der drogenhafte Alkoholgebrauch traditionell und aktuell weit verbreitet ist, kommt ihm unter Verhältnissen von Massenarbeitslosigkeit eine herausragende Bedeutung zu, sogar auch dann, wenn der Alkohol extrem teuer ist. Das belegen z.B. Untersuchungen aus Finnland. Dort wuchs die Quote der an akuter Alkoholintoxikation verstorbenen Arbeitslosen im Zeitraum zwischen 1980 und 1985 mit der Dauer der Arbeitslosigkeit kontinuierlich an und überstieg die Quote bei den Berufstätigen während eines gleich langen Beobachtungszeitraums um mehr als das Vierfache (Martikainen, 1990). Ist der Alkohol, wie z.B. in der Bundesrepublik Deutschland, zudem relativ billig und jederzeit verfügbar, so erhöht sich das Risiko, daß Arbeitslose ihn als Droge benutzen, um ihre Probleme und Belastungen subjektiv erträglicher zu machen. Dazu einige ausgewählte Daten, die die epidemiologische Größenordnung und Relevanz des Zusammenhangs zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus in den alten Bundesländern verdeutlichen (alle nachfolgenden Daten aus Henkel, 1992):

Repräsentativerhebungen zufolge liegt bei arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 29 Jahre) die Quote der in psychischer Hinsicht stark Alkoholismusgefährdeten derzeit bei 12,6, bei Berufstätigen gleichen Alters hingegen nur bei 5,3 Prozent. Bei etwa 10 bis 30 Prozent der Arbeitslosen (Männer) intensivieren sich im Verlauf längerer Arbeitslosigkeit zumindest temporär drogenhafte Formen im Umgang mit Alkohol. Auch bilden sich bei Arbeitslosen häufiger als bei Berufstätigen polytoxikomane Gefährdungen heraus (Alkohol-Medikamente, Alkohol-Nikotin). Bei Alkoholabhängigen kommt es unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit 3- bis 4mal häufiger als unter Bedingungen von Berufstätigkeit zu einer signifikanten Verdichtung und Chronifizierung der Suchtstruktur. Seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit 1974-75 hat sich der Anteil der arbeitslosen Alkoholabhängigen unter den Patienten im Bereich der Fachkliniken für Suchtkranke, primär verursacht durch arbeitslosigkeitsbedingte Verschärfungen der Suchtproblematik, im Vergleich zur Arbeitslosenquote in der Bevölkerung extrem überproportional auf inzwischen rund 35 Prozent vergrößert. Die allermeisten Personen, die als Arbeitslose eine Behandlung beginnen,

bleiben auch danach für längere Zeit arbeitslos. Und hier zeigen verschiedene Untersuchungen, daß Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen etwa doppelt so häufig Rückfälle erleiden. Dadurch hat sich im Verlauf der Massenarbeitslosigkeit von 1975 bis heute im Bereich der Rehabilitation eine immer schärfere Diskrepanz entwickelt: Wo die objektive Notwendigkeit für Maßnahmen der Rehabilitation und auch ihre tatsächliche Nachfrage mit Abstand am größten geworden ist, nämlich in der Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen, bleiben rehabilitative Maßnahmen am häufigsten erfolglos. Eine Folge davon wird eine Beschleunigung in der Zunahme der Frühinvalidität, der vorzeitigen Ausgliederung von Alkoholabhängigen aus dem Erwerbsleben sein, weil die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, d.h. der Gesundheit und der Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gelingt (vgl. auch Henkel, 1988).

2. Fakten und Thesen

Aus den neuen Bundesländern liegen bislang noch keine empirischen Studien vor, doch es lassen sich bereits jetzt eine Reihe plausibler, gleichwohl nur hypothetischer Aussagen formulieren. Sie beziehen sich, wie nachfolgend im einzelnen dargelegt, überwiegend auf die gegenwärtige Phase des ökonomisch-sozialen *Systemumbruchs* und vergleichen die Situation im Osten mit der im Westen Deutschlands. Dabei ist, um tragfähige Hypothesen zu gewinnen, als erstes von folgendem Zusammenhang auszugehen, der sowohl für die individuelle als auch epidemiologische Ebene gilt (Henkel, 1992): Je ausgeprägter der drogenhafte Gebrauch des Alkohols als Coping-Muster in der Lebenspraxis von Individuen, Gruppen oder Gesellschaften schon vor Eintritt der (Massen-)Arbeitslosigkeit ausgebildet war, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß dieses Problembewältigungsmuster infolge der Arbeitslosigkeit verstärkt bzw. häufiger auftritt. Diese Beziehung konstituiert sich, weil zum einen die Arbeitslosigkeit häufig bedeutsame Lebensprobleme schafft bzw. bereits vorhandene eskaliert, zugleich aber die sozialen und psychischen Ressourcen zu deren Bewältigung reduziert und damit den Rückgriff auf den Alkohol als »bewährtes« Coping-Muster begünstigt, und zum anderen, weil es zur Spezifik negativer Arbeitslosigkeitserfahrungen gehört, daß sich gerade solche psychosozialen Effekte intensivieren (z.B. soziale Isolation, Lebensleere, Inkompetenzgefühle, Depressivität), die generell typische und bedeutsame drogenhafte Trinkmotive darstellen. Wenn also einer der zentralen

Effekte der Arbeitslosigkeit darin besteht, daß sie bereits ausgebildete Grundmuster im Umgang mit Alkohol aktiviert und intensiviert, dann ist, um die Entwicklungen in den neuen Bundesländer zu begreifen, ein Blick in die ehemalige DDR erforderlich. Denn Alkoholprobleme infolge von Arbeitslosigkeit bilden sich auch im Osten Deutschlands nicht voraussetzungslos heraus, sondern entwickeln sich vor dem Hintergrund der überkommenen Alkoholtraditionen aus DDR-Zeiten. Und in dieser Hinsicht stand die DDR der BRD um nichts nach, was die nachfolgenden Daten deutlich machen.

2.1 *Alkoholkonsum, Alkoholismus*

Der Gesamtalkoholkonsum war in der DDR seit 1950 wesentlich stärker angewachsen als in der BRD (Steigerung z.B. von 1960 bis 1983 um 145 versus 65 Prozent; Plant, 1989) und hatte spätestens seit 1986-88 mit über 11 Liter reinen Alkohols per Capita das Niveau in der BRD erreicht (Winter, 1991). Von Keyserlingk (1988) und Plant (1989) gehen sogar von 12 bzw. 14 Litern aus. Damit rückte die DDR im internationalen Vergleich mindestens auf den sechsten Platz vor. Im Spirituosenkonsum hatte die DDR die BRD seit 1975 weit überholt und nahm seitdem den dritten, seit 1987 sogar den ersten Rang unter den europäischen Ländern ein (Winter, 1991). Auf der Basis dieser und weiterer Verbrauchszahlen und definiert an Tagesdurchschnittsmengen an Reinalkohol schätzt Winter die Zahl der Alkoholabhängigen für 1989 auf 180 000 bis 290 000, die der Starktrinker (Alkoholismusgefährdete) auf 660 000 bis 1 160 000 Personen. Das wären 7 bis 12 Prozent *Alkoholgefährdete* bzw. *Alkoholabhängige* in der Bevölkerung (15 Jahre und älter).

Daß diese schon enorm hohen Zahlen und Quoten die wirklichen Verhältnisse noch stark unterschätzen, zeigen eine Reihe von Studien aus dem Bezirk Schwerin. Schleede (1986) diagnostizierte unter Lehrlingen im Alter von 14 bis 19 Jahren 15 Prozent Alkoholismusgefährdete, darunter 7 Prozent Alkoholabhängige. Unter Arbeitern (VEB Kombinat Kraftverkehr) wurden 19 Prozent als alkoholgefährdet, darunter 8 Prozent als alkoholabhängig beurteilt (Eggers, 1983). Eine ähnliche Studie in einem anderen Betrieb (VEB Grünanlagen) ermittelte 12 Prozent Alkoholabhängige und weitere 9 Prozent Alkoholgefährdete (Streichert, 1987). Entsprechende Zahlen aus der BRD liegen hier sowohl bei den Jugendlichen als auch den Erwachsenen um mehr als die Hälfte niedriger (vgl. z.B. Wieser & Feuerlein, 1976; Feuerlein & Kufner, 1977; Laufer, Schneider, Thiele & Bess,

1984; Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1987). Sicherlich gehen die Differenzen auch auf Unterschiede in der jeweils verwendeten Diagnostik und Definition des Alkoholismus zurück. Doch die in Ost und West ermittelten Quoten weichen so stark voneinander ab, daß von realen Unterschieden in bedeutenden Größenordnungen auszugehen ist (s. auch weiter unten).

Empirische Untersuchungen über die psychosozialen Probleme und Motive, die dem drogenhaften Alkoholkonsum und Alkoholismus zugrundeliegen, gibt es aus der DDR nicht. Während es möglich war, die Alkoholverbrauchszahlen und deren Entwicklung differenziert aufzufächern (vgl. z.B. Walther, 1979), wurde der Weg in die Analyse der dahinter stehenden sozialen Problemstrukturen kaum beschritten (Winter, 1990). Im Gegenteil, sie wurden überwiegend entweder stillschweigend übergangen oder sogar strikt geleugnet. Die politisch-offizielle, aber auch von großen Teilen der Sozialwissenschaften mitgetragene, als konkrete Utopie durchaus akzeptable, aber für die tatsächliche Situation der DDR unzutreffende, somit problemverschleiende Formel, der Alkoholismus sei eine »dem Sozialismus wesensfremde Lebensäußerung« (s. Lekschas, 1979), oder gar die törichte Auffassung, der Alkoholismus habe in der DDR keine sozialökonomische Basis, sei mithin ein »Überbleibsel des Kapitalismus« (kritisch dazu Winter, 1991), haben die Aufklärung der gesellschaftlichen Ursachen des Alkoholismus in der DDR massiv behindert.

Dennoch bestand unter einer Reihe von Experten Übereinstimmung darin, daß der enorme Anstieg des Alkoholkonsums in der DDR keineswegs nur Folge expandierter konvivialer Alkoholbedürfnisse war, sondern wie in der BRD auch Konsequenz und Ausdruck sich zuspitzender gesellschaftlicher Mißstände, sozialer Konflikte und psychischer Probleme, die zum Alkohol als Droge motivierten (z.B. Maaz, 1985; Kielstein, 1990). In der DDR hatten nicht nur somatische Alkoholkrankheiten aufgrund des gewohnheitsmäßig-starken Alkoholkonsums sondern auch drogenhafte Alkoholkonsummuster und psychische Alkoholabhängigkeiten massenhafte Dimensionen erreicht. Vergleichbar mit Entwicklungen in der BRD war der Anteil der Alkoholabhängigen an der Gesamtaufnahmerate in psychiatrischen Kliniken Ende der 80er Jahre auf 30 bis 50 Prozent gestiegen und hatte sich damit gegenüber den 60er Jahren mehr als versechsfacht (Kerber, 1988; Kielstein, 1990). Damit wurde der Alkoholismus, wiederum wie in der BRD, die mit Abstand häufigste psychiatrische Aufnahmediagnose in der DDR (Giercke, 1988; von

Keyserlingk, 1990). Für mehr und mehr Menschen wurde der Alkohol zu einem Ventil, um die durch gegenseitiges Mißtrauen, staatliche Repressivität, Kritikverbote und Denktabus zunehmend weniger artikulierbaren, systemspezifischen sozialen und politischen Spannungen und individuellen Ängste vor der Gegenwart und Zukunft aushalten zu können. Doch weitaus häufiger entwickelte sich der Alkohol in der DDR, wiederum wie in der BRD, zu einer gewöhnlichen Alltagsdroge, z.B. um Einsamkeitsgefühle und Depressivität zu überwinden, Gefühlsgehemmtheiten aufzubrechen, um erdrückende Langeweile und Monotonie z.B. im Arbeitsbereich zu vertreiben oder um kleinbürgerlich erstarrte Lebensformen ertragen zu können (Maaz, 1985; von Keyserlingk, 1990).

Beide Probleme, die gegenüber Westdeutschland ausgeprägteren konvivialen und drogenhaften Alkoholkonsumgewohnheiten dokumentiert auch die erste in Ost- und Westdeutschland durchgeführte (postalische) Repräsentativumfrage zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabak in der Gruppe der 12 bis 39jährigen, die vom Institut für Therapieforchung (IFT, München) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in den Jahren 1990/91 realisiert wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 1991). 8 Prozent der Befragten im Osten und 11 Prozent im Westen geben an, alkoholabstinent zu leben. Jeder siebte (über 14 Prozent), im Westen hingegen nur jeder zwölfte (rund 8 Prozent) trinkt *täglich* Alkohol. Speziell bei den *Frauen* ist hier die Differenz zwischen Ost und West mit 4.2 zu 0.8 Prozent noch wesentlich größer. Auch bei den verwendeten Indikatoren, die situativ oder motivational auf eine *drogenhafte* Verwendung des Alkohol verweisen, liegen die Prozentsätze in den neuen Bundesländern durchgängig erheblich höher. Als *alkoholabhängig* bezeichnen sich 2.6 Prozent der Befragten in den neuen und 2.2 Prozent in den alten Bundesländern. Das sind im Osten 170000 und im Westen 480000 Personen im Alter zwischen 12 und 39 Jahren. Dabei handelt es sich in beiden Fällen zweifellos um Mindestzahlen, da bekanntlich insbesondere bei postalischen Erhebungen erhebliche Bagatellisierungen des Alkoholismus auftreten. Da die Befragung nicht nur aktuelle Trends seit dem Systemumbruch 1989 sondern auch Grundhaltungen zum Alkohol erfaßt, spiegeln sich in den Ergebnissen die Konsumgewohnheiten vor und nach 1989 wider. Danach ist im Verbund mit den bereits genannten Daten davon auszugehen, daß nicht nur der konviviale Alkoholkonsum in der Bevölkerung der neuen Bundesländer nach Frequenz und Menge größere Ausmaße hat als in Westdeutschland.

Auch die Alkoholismusquote ist höher und die Verwendung des Alkohols als Droge deutlich weiter verbreitet.

2.2 Arbeitslosigkeit – Alkoholismus

Da Grundhaltungen im Umgang mit dem Alkohol als Droge unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit sich eher intensivieren als abbauen, und in den neuen Bundesländern beide Probleme, der (traditionelle) drogenhafte Gebrauch des Alkohols und die Arbeitslosigkeit, massenhafte Ausmaße haben, erscheint die Hypothese gerechtfertigt, daß auch dort mit arbeitslosigkeitsbedingten Alkoholproblemen in epidemiologisch relevanten Dimensionen zu rechnen ist. Im Vergleich zu Westdeutschland werden sich wahrscheinlich sogar bei einem größeren Teil der Arbeitslosen alkoholismus-ätiologische Prozesse entwickeln. Dies aus drei Gründen:

(1) Die Rate der Koinzidenz von Arbeitslosigkeit und Alkoholismus ist von *vorneherein* größer. Das heißt, unter den Arbeitslosen werden sich aufgrund der höheren Alkoholismusquote in Ostdeutschland prozentual mehr Personen befinden, die bereits alkoholgefährdet bzw. alkoholabhängig waren, als sie arbeitslos wurden. Und für diese Gruppe der Arbeitslosen zeigt die Forschung, daß sich deren Alkoholprobleme im Verlauf der Arbeitslosigkeit häufig verstärken und chronifizieren, weitaus öfter als dies unter Bedingungen von Berufstätigkeit der Fall gewesen wäre (Smart, 1979; Henkel, 1992). Insbesondere bei bereits Alkoholabhängigen verschärft sich sehr häufig die psychische Zentrierung und Fixierung auf den Alkohol, verdichtet sich die Frequenz des Alkoholkonsums, verschlechtert sich die körperliche Gesundheit, und es entwickeln sich darüberhinaus Risiken, in polytoxikomane Suchtstrukturen (Alkohol-Medikamente) zu geraten (Fruensgaard, Benjaminsen, Joensen & Helstrup, 1983; Henkel, 1989, 1992).

(2) Unter den arbeitslosen *Frauen* wird die Quote derer, bei denen sich alkoholismus-ätiologische Prozesse entwickeln, höher sein als in Westdeutschland. Denn es treffen zwei Probleme häufiger zusammen: Zum einen waren in der ehemaligen DDR weitaus mehr Frauen intensiv und dauerhaft in das Erwerbsleben integriert, woraus häufiger negative Arbeitslosigkeitserfahrungen resultieren, die durch sogenannte Alternativrollen bzw. konservative Rollenzuschreibungen (Hausfrau, Mutter) kaum kompensierbar sind (vgl. Gnegel & Mohr, 1982). Zum anderen ist in Ostdeutschland der Konsum von Alkohol bei weitaus mehr Frauen eine alltägliche Gewohnheit. Daher ist

auch der Griff zum Alkohol als Droge wahrscheinlicher, wenn infolge der Arbeitslosigkeit psychosoziale Probleme und Krisen auftreten.

(3) Theoretischen und empirischen Analysen zufolge wird die Herausbildung alkoholismus-ätiologischer Prozesse begünstigt, wenn im Verlauf längerer Arbeitslosigkeit folgende Probleme auftreten: *Monotonie, Stigmatisierung und Desintegrationsangst, Selbstwertminderungen, Hilflosigkeit und Depressivität*, deren Entwicklung wesentlich abhängen vom Ausmaß der finanziellen Deprivation, dem Grad der sozialen Isolation, der subjektiven Relevanz der verlorenen Arbeitstätigkeit sowie dem Stellenwert, den die Gesellschaft der Erwerbsarbeit generell beimißt (ausführlich Henkel, 1992). Mit solchen Problemen werden sich auch in den neuen Bundesländern viele Arbeitslose konfrontiert sehen, während der gegenwärtigen Umbruchphase aber vermutlich mehr und in gravierenderen Formen, als dies bei den Arbeitslosen in den alten Bundesländern der Fall ist. Denn die psychosozialen Folgen der individuellen Arbeitslosigkeit intensivieren sich durch bestimmte historisch überkommene Haltungen und Reaktionsweisen und überschneiden sich zudem mit negativen Effekten, die aus der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse insgesamt resultieren. Dazu einige Beispiele:

(a) Wie die westdeutschen so erleiden auch die ostdeutschen Arbeitslosen massive Einkommenseinbußen. Jedoch in Kaufkraft umgerechnet verfügen die Arbeitslosen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt über erheblich weniger Geld. Materielle Verarmung produziert in der Regel ein Bündel negativer Effekte. Unter anderem hat sie häufig eine soziale Vereinzelung und kulturelle Verarmung und damit auch eine erhebliche Monotonisierung des Lebens zur Folge (z.B. Warr & Payne, 1983). Diese durch die Arbeitslosigkeit verursachten Probleme werden in den neuen Bundesländern verstärkt durch die generelle soziale und kulturelle Stagnation und Erosion, die seit dem Zusammenbruch der DDR viele Lebensbereiche charakterisiert. Die Trostlosigkeit der Städte, die Atmosphäre von Anomie, die weite Teile Ostdeutschlands erfaßt hat, und der neue starke Trend hin zu einer umfassenderen Individualisierung und Privatisierung der Lebensformen haben vor allem für junge Menschen destruktive Konsequenzen, zumal auch kommunale soziale Infrastrukturen (z.B. Jugendzentren), die eine kulturelle Verarmung, soziale Vereinzelung und Entwurzelung verhindern könnten, kaum existieren, jedenfalls weitaus weniger als in

Westdeutschland. Unter solchen Verhältnissen bleibt arbeitslosen Jugendlichen bekanntlich oftmals keine andere Möglichkeit, als mit Hilfe des Alkohols einen Zusammenhalt mit Gleichaltrigen und eine Gruppenidentität zu finden, um der sozialen Isolation und Desintegrationsangst entgegenzuwirken und um die Einförmigkeit und Abgestandenheit ihres Alltags wenigstens zeitweilig hinter sich lassen zu können (vgl. dazu z.B. Wulff, 1980; Schenk, 1982; Feser, 1981, 1986; Feser & Renn, 1982).

(b) Die allermeisten Arbeitslosen verlieren mit ihrer Arbeit nicht nur einen Teil ihres Einkommens, sondern auch einen Lebensinhalt, der sich durch andere Lebenstätigkeiten kaum kompensieren läßt. Auch die DDR war in ihrer sozialen Struktur eine »*Arbeitsgesellschaft*«. Daher wird der Verlust der Arbeit mindestens so negativ erfahren werden, insbesondere zu starken Selbstwertminderungen führen, wie dies die psychologische Arbeitslosenforschung generell und für die BRD im besonderen inzwischen hinreichend dokumentiert hat (im Überblick Kieselbach, 1988, 1992; Kieselbach & Wacker, 1985, 1991). Vermutlich aber hatte die Erwerbsarbeit in der DDR die Lebensführung der Menschen noch stärker beeinflußt, z.B. weil die Erwerbsquote, vor allem bei den Frauen, deutlich höher und die Wochen- und Lebensarbeitszeit expansiver war. Auch bestanden zwischen dem Arbeitsbereich und den übrigen Lebenssektoren engere Beziehungen, besonders deshalb, weil sich um die betriebliche Arbeitsstätte vielfältigere soziale Aktivitäten zentrierten. Auch waren in der ehemaligen DDR sehr viele der jetzt Arbeitslosen über wesentlich längere Zeit *ununterbrochen* beschäftigt, z.T. über Jahrzehnte und zudem häufig in ein und demselben Betrieb. Durch diese feste Bindung an Arbeit, Beruf und Betrieb erfahren die Menschen den Verlust der Arbeit in der Regel als ein biographisch einschneidenderes Ereignis, das zudem *erstmalig* den gewohnten Zeit- und Lebensrhythmus, die existentielle Sicherheit, die soziale Integration und gesellschaftliche Wertschätzung zerstört. Daher wird das Verlustgefühl insgesamt in der Regel schmerzhafter und dementsprechend auch das Risiko höher sein, die Trauer und Verbitterung zumindest zeitweilig mit dem Alkohol zu betäuben. Hinzu kommt, daß stärker als im Westen die Verletzungen des Selbstwerts, die Beschädigungen der Identität, die Entwürdigungen und Enttäuschungen, die die Menschen in Ostdeutschland bereits infolge des Verlusts ihrer Arbeit erleben, überlagert und intensiviert werden durch weitere negative Erfahrungen, die sie in anderen Lebensbereichen bzw. Rollen machen, z.B. als Mieter, die für schlechte

Wohnungen nun maßlose Mieten zu zahlen haben, als Frauen, denen Selbstbestimmungsrechte genommen werden (z.B. durch den § 218 STGB), als Ostdeutsche, die die Arroganz der Westdeutschen zu spüren bekommen, als Konsumenten, die sich nun in der lang ersehnten westlichen Warenwelt bewegen können, aber kein Geld für den Erwerb der gewünschten Güter haben.

(c) Zudem muß man sehen, daß auch die aus DDR-Zeiten tradierte, ideologische Überformung der Erwerbsarbeit das Handeln und Denken der Menschen in den neuen Bundesländern nachhaltig bestimmt. Denn die über Jahrzehnte propagierte Arbeits- und Leistungsideologie der DDR implizierte wesentliche Elemente der »protestantischen Arbeitsethik« (Weber, 1920), die historisch mit dem Kapitalismus entstand und die gesellschaftliche Arbeit im Westen bis heute, wenngleich gebrochener als früher, ideologisch durchdringt. Wie diese erklärte auch die »sozialistische Arbeitsethik« der DDR die Erwerbsarbeit zur sozialen und sittlichen Pflicht, sah nur in ihr die Basis für ein moralisch gutes und wertvolles Leben (vgl. die »Helden der Arbeit«) und stigmatisierte die Arbeitspflichtverletzung und auch die Arbeitslosigkeit, soweit es sie in der DDR gab, als moralisch-sittliches Versagen, als arbeitsscheues, sozialnegatives bzw. antisoziales Verhalten. Daher wird auch die Arbeitslosigkeit heute trotz des klaren Bewußtseins über ihre offen zu Tage liegenden objektiven Ursachen und trotz gewisser »Normalisierungseffekte« aufgrund der enormen hohen Arbeitslosenquote bei vielen von Selbst- und Fremdstigmatisierungen, schamhafter Selbstisolierung und Distanzierung durch andere und damit von Problemen begleitet sein, die den drogenhaften Gebrauch des Alkohols begünstigen.

(d) Was in der DDR positiv war, nämlich daß es Arbeitslosigkeit nur sehr vereinzelt und dann auch zumeist nur kurzfristig gab, wirkt sich jetzt unter den veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen negativ aus. Denn es existiert weder ein persönlicher noch ein gesellschaftlicher Erfahrungsschatz im Umgang mit der Arbeitslosigkeit. In der DDR war die berufliche und soziale Existenz in hohem Maße gemeinschaftlich organisiert und abgesichert. Jetzt ist der Einzelne zum ersten Mal gezwungen, existentielle Herausforderungen *individuell* lösen zu müssen. Die Bewältigung der Arbeitslosigkeit verlangt also eine fundamentale Umorientierung in der Lebensführung, die viele Menschen in kurzer Zeit sicher kaum herstellen können. Dies bereits erschwert die Entwicklung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen und begünstigt die Entwicklung von

existentiellen Ängsten, von Machtlosigkeits-, Inkompetenz- und depressiven Gefühlen, die im System der Motive, die zum drogenhaften Gebrauch des Alkohols führen, einen herausragenden Rang einnehmen. Diese Probleme werden zudem durchdrungen und verschärft durch die Fülle von Anpassungszwängen, die als Folge der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse insgesamt auf den Menschen lasten und vermutlich bei vielen zu erheblichen Überforderungen und normativen Orientierungskrisen führen. Unter den besonderen Verhältnissen der gegenwärtigen Umbruchphase werden daher aller Wahrscheinlichkeit nach mehr Arbeitslose als im Westen in schwer erträgliche Widersprüche zwischen Problemdruck und Bewältigungskompetenzen geraten und darin für längere Zeit *vereinzelt* eingeschlossen bleiben. Unter solchen Bedingungen ist das Risiko besonders groß, auf den Alkohol als den gewohnten »Problemlöser« zurückzugreifen. Denn das Gefühl, von den Lebensproblemen überwältigt zu werden, weil man sich allein gelassen und zu schwach und hilflos erlebt, spielt als Ausgangsmotiv und Schrittmacher im Prozeß der Alkoholismusgefährdung eine bedeutende Rolle.

2.2.1 Weitere Zusammenhänge

In den neuen Bundesländern werden sich die Alkoholprobleme vermutlich auch häufig schneller und in schwereren Formen herausbilden. Zum einen, weil die Erfahrungen der Arbeitslosigkeit regelhaft negativer ausfallen, und zum anderen aber auch, weil die gesellschaftliche Bewertung des Alkoholabusus und Alkoholismus schärfere Formen sozialer *Isolierung* und *Stigmatisierung* nach sich zieht als in den alten Bundesländern. Denn ähnlich wie die Arbeitslosigkeit ist auch der Alkoholmißbrauch und Alkoholismus in der ehemaligen DDR stärker als in der BRD als individuelles Fehlverhalten interpretiert, als moralisches Versagen diskreditiert und als Ausdruck von Asozialität gebrandmarkt worden. In den offiziellen Verlautbarungen staatlicher Organe, ebenso in den Parteiprogrammen der SED wurde der »Kampf gegen den Alkoholmißbrauch« fortwährend in einem Atemzug mit der Bekämpfung von Kriminalität und »Rowdytum« genannt (Lekschas, 1979). Wahrscheinlich wirken diese Bewertungs- und Reaktionsweisen auch heute noch in der Bevölkerung nach. Aus der Fachliteratur ist bekannt, daß Diskriminierungen, negative Etikettierungen und Sanktionen den drogenhaften Alkoholkonsum bzw. die Karriere zum Alkoholiker oftmals

beschleunigen und verfestigen (s. z.B. Berger, Legnaro & Matakas, 1980; & Scheerer & Vogt, 1989).

Wie schon erwähnt war die sozialwissenschaftliche, insbesondere die sozialpsychologische Analyse des Alkoholismus in der ehemaligen DDR nur ansatzweise entwickelt. Bedingt durch politische Vorgaben war der Alkoholismus primär Gegenstand der Medizin und Psychiatrie, im Wissenschaftsbereich ebenso wie in den Praxiseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Winter, 1990, 1991; von Keyserlingk, 1990). Was fast alle Suchtexperten (z.B. auch Winter, 1991) als Erfolg bewerten, daß nämlich die Sozialversicherung der DDR (übrigens zeitgleich mit einer entsprechenden Grundsatzentscheidung in der BRD) Ende der 60er Jahre den Alkoholismus endlich als Krankheit anerkannte und infolgedessen auch die Behandlungskosten voll übernahm, war in Wirklichkeit ein Rückschlag in der Gesundheitspolitik der DDR, nicht in bezug auf die Kostenübernahme sondern hinsichtlich des Umgangs mit dem Alkoholismus als gesellschaftliches Problem. Denn das damit übernommene Krankheitskonzept des Alkoholismus von Jellinek (1960), daß die Ursachen des Alkoholismus extrem *individualisiert* und *medizinisiert*, radikalisierte die konservative Alkoholpolitik der DDR, die immer weniger die sozialen Verhältnisse und immer nachdrücklicher das individuelle Verhalten als gesundheitsrelevant thematisierte, und zwar in dem Maße, wie die innere soziale und politische Dynamik der DDR verlorenging und zusammenbrach (vgl. auch Niehoff & Schrader, 1991). Die Folge war (weitaus massiver als in der BRD), daß die gesundheitspolitischen Leitbilder und Praxisformen im Umgang mit dem Alkoholismus hochgradig medizinisch besetzt blieben. Erst gegen Ende der 70er Jahre entwickelten und organisierten sich psychotherapeutische Initiativen zur Behandlung Alkoholabhängiger (Stoiber, 1979, 1991; Kielstein, 1990). Die Dominanz der verengten medizinisch-psychiatrischen Sichtweise des Alkoholismus wurde damit jedoch bis heute nicht überwunden. Daher ist im Vergleich zu den alten Bundesländern für eine längere Übergangszeit damit zu rechnen, daß die Beschäftigten in den Institutionen der Suchtkrankenhilfe in Ostdeutschland die spezifischen psychosozialen Probleme von arbeitslosen Alkoholgefährdeten und Abhängigen seltener adäquat diagnostizieren und damit häufiger zu deren Chronifizierung beitragen, z.B. durch die mit dem medizinischen Verständnis der Sucht verbundene Auffassung, langanhaltende Arbeitslosigkeit sei nicht Ursache, sondern ausschließlich Folge des Alkoholismus und würde daher auch wieder überwunden, sobald

die Abstinenz erreicht ist (ausführlich Henkel, 1992). Ein solches Praxiskonzept ist kontraproduktiv. Denn unter Verhältnissen von Massenarbeitslosigkeit unterliegt die Arbeitslosigkeit bei Alkoholabhängigen nicht primär der Dynamik der Sucht sondern in erster Linie der *Logik des Arbeitsmarkts* und erfordert daher entsprechende berufsfördernde Maßnahmen. Für Arbeitslose reicht es heute nicht mehr aus, nur die Abstinenz als Behandlungsziel anzustreben, ohne die Voraussetzungen für ihr Durchhalten zu schaffen.

Chronifizierungsprozesse entstehen im Osten aber auch schon deshalb häufiger als im Westen, weil insgesamt weniger *psychosoziale*, besonders ambulante Behandlungskapazitäten für Alkoholgefährdete und Alkoholabhängige bestehen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des staatlichen Gesundheitswesens. *Selbsthilfegruppen*, die im Westen einen erheblichen und unverzichtbaren Teil der Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der Nachsorge leisten, paßten in der ehemaligen DDR nicht ins Konzept einer ausschließlich staatlich organisierten und kontrollierten Gesundheitspolitik (vgl. Niehoff & Schrader, 1991). Ende 1989 gab es in der DDR etwa 250 Alkoholikerselbsthilfegruppen («Rundbrief 1989» der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten, Leipzig). Gemessen an der Prävalenz des Alkoholismus war das ein Tropfen auf den heißen Stein, und es scheint, daß es aufgrund der jahrzehntelangen Fixierung der Bevölkerung auf Gesundheitsprogramme »von oben« noch lange dauern wird, bis eine bedarfsdeckende Zahl von Selbsthilfeinitiativen erreicht ist. Die ohnehin bestehende Diskrepanz zwischen dem objektiven Behandlungsbedarf und den tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten wird sich durch die voraussichtlich starke Zunahme von Alkoholproblemen in der Gruppe der Arbeitslosen noch vergrößern, so daß sich dadurch wahrscheinlich auch ein deutlicher Anstieg der alkoholbedingten Morbidität, Frühinvalidität und Mortalität einstellt.

Derartige Probleme betreffen auch die Gruppe der alkoholgefährdeten und alkoholabhängigen *Berufstätigen*, wengleich über andere Zusammenhänge vermittelt. Denn noch mehr als für die westlichen Bundesländer muß davon ausgegangen werden, daß viele Beschäftigte mit Alkoholproblemen unter den gegenwärtigen Bedingungen der Massenarbeitslosigkeit im Osten auf notwendige Gesundheitsmaßnahmen verzichten, weil sie bei der außerordentlich scharfen Personalselektion, die die Unternehmensleitungen bei den Verringerungen der alten Belegschaften derzeit vornehmen, befürchten

müssen, bei der Inanspruchnahme von (stationären) Behandlungen aufzufallen und früher oder später entlassen zu werden. Mittelfristig wird dieses Problem bei der Entwicklung der alkoholbedingten Morbidität, Frühinvalidität und Mortalität in nicht unerheblichem Maße zu Buche schlagen, weil es schon seit Beginn des Jahres 1990 massenhaft auftritt und aller Voraussicht nach noch für längere Zeit bestehen bleibt. In den alten Bundesländern entwickeln sich solche Probleme schon deshalb nicht so häufig, auch nicht in so scharfen Formen, weil dort inzwischen mehr als 1.200 öffentliche Verwaltungen und private Betriebe über eigene Suchtberatungsangebote verfügen und mit den Betriebs- und Personalräten Vereinbarungen und Regelungen getroffen haben, Personen mit Alkoholproblemen besser als bislang vor Kündigungen zu schützen (Rußland, 1988, 1991; Ziegler, 1991).

Die Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren, kann das psychische und gesundheitliche Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Wie verbreitet diese Angst in den neuen Bundesländern ist, zeigt eine repräsentative Umfrage, die der Bundesverband der Betriebskrankenkassen beim Meinungsforschungsinstitut Infas in Auftrag gegeben hat. Danach leiden über 20 Prozent der Beschäftigten, weil sie Angst haben, arbeitslos zu werden, unter schlechtem Schlaf oder Schlaflosigkeit (Frankfurter Rundschau, 9. März 1992). Aus der Alkoholforschung gibt es eine Reihe empirischer Hinweise, daß Arbeitnehmer, die sich von Arbeitslosigkeit bedroht fühlen, im Vergleich zu jenen, die einen sicheren Arbeitsplatz haben, deutlich mehr und öfter Alkohol trinken, um ihre Angst und Nervosität zu betäuben (Reuter, 1984; Mensch & Kandel, 1988). Insofern ist auch aus diesem Grund in der gegenwärtigen Phase extremer ökonomischer Instabilität und beruflicher Unsicherheit in den neuen Bundesländern damit zu rechnen, daß massenarbeitslosigkeitsbedingte Alkoholprobleme sich dort nicht nur bei Arbeitslosen sondern auch bei *Berufstätigen* häufiger entwickeln als in Westdeutschland.

Auch dem Zusammenhang von *Armut, sozialer Deklassierung und Alkoholismus* wird eine erhebliche Bedeutung zukommen. Die arbeitslosigkeitsbedingte Armut hat im Osten schon jetzt dramatische Ausmaße und Formen angenommen. In Zukunft wird das Armutsgefälle eher zu- als abnehmen (Hanesch, 1991). Die Zerstörung der materiellen und sozialen Existenzgrundlagen wird bei einem wachsenden Teil der davon Betroffenen zu Dauerarbeits- und Wohnungslosigkeit, somit auch zu sozialen Deklassierungsprozessen führen, die sehr häufig alkoholismusätiologische und alkoholismus-

chronifizierende Prozesse in Gang setzen. Legt man die Armutsprognosen für die neuen Bundesländer zugrunde (Hanesch, 1991), so ist zu erwarten, daß das Ausmaß des *Elendsalkoholismus* im Osten in den nächsten Jahren westdeutsche Dimensionen erreichen wird. In den alten Bundesländern leben gegenwärtig etwa 100 000 bis 120 000 Personen ohne Arbeit und Wohnung. Etwa jeder Zweite ist alkoholabhängig (Albrecht, 1981). Entgegen einem verbreiteten Vorurteil wurden die meisten dieser »nichtseßhaften« Personen erst im Prozeß der Marginalisierung und Deklassierung alkoholabhängig, d.h. nach dem Verlust der Arbeit und der Wohnung und somit *infolge* der menschenunwürdigen Verhältnisse, in denen sie leben (Petry, 1984; Specht, 1985; Brendgans & Kullmann-Schneider, 1986; Henkel, 1992). Unter den 100 000 bis 120 000 »Nichtseßhaften« in Westdeutschland sind bereits seit dem Fall der Mauer (November 1989) relativ viele Personen aus der ehemaligen DDR, die übersiedelten, weil sie ihre Existenz verloren haben, aber im Westen in beruflicher und sozialer Hinsicht nicht Fuß fassen konnten (Pressemitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtseßhaftenhilfe, März, 1991).

Schließlich ist anzunehmen, daß Intensivierungen und Chronifizierungen im Bereich des drogenhaften Alkoholkonsums nicht nur bei Arbeitslosen und akut von Arbeitslosigkeit bedrohten Berufstätigen auftreten. Generell ist davon auszugehen, daß die Menschen in der ehemaligen DDR auf den Alkohol als Trostspender in dem Maße zurückgriffen, wie sie nicht mehr Subjekte der Geschichte waren sondern Objekte westdeutscher Politik, wie ihr revolutionärer Elan zusammenbrach und ihre Hoffnung auf eine bessere Zukunft angesichts der verheerenden ökonomischen, sozialen und psychischen Folgen der Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse, vor allem angesichts steigender Arbeitslosenzahlen und explodierender Mieten bitter enttäuscht wurde. Die Freude, in politischer Freiheit zu leben, ist wohl bei vielen Menschen inzwischen zu sehr verblaßt, um die negativen Folgen ihrer neuen Lebenslage auffangen und kompensieren zu können.

3. *Schlußbemerkungen*

Die Prognose, daß in Relation zu Westdeutschland höhere Quoten arbeitslosigkeitsbedingter Alkoholprobleme zu erwarten ist, bezieht sich auf die gegenwärtige *Umbruchphase* in Ostdeutschland. Der Hinweis, daß diese irgendwann überwunden sein wird, ist ein

schwacher und unsicherer Trost. Denn zum einen kann heute niemand verlässlich abschätzen, wie lange diese Phase dauert. Vorliegende Prognosen gehen eher von einer Verschärfung der Verhältnisse in den nächsten Jahren aus (z.B. Kühl, 1991; Hanesch, 1991). Zum anderen: Auch wenn die Arbeits- und Sozialverhältnisse in Ost und West sich angeglichen haben, werden Effekte der derzeitigen Übergangsphase nachwirken. Denn wer heute infolge der Arbeitslosigkeit Suchtprobleme entwickelt, überwindet diese nicht automatisch mit der Wiedergewinnung von Arbeit. Dies betrifft vor allem den Bereich der alkoholbedingten somatischen Schädigungen, die die Zeit der Arbeitslosigkeit weit überdauern können. Insofern muß davon ausgegangen werden, daß sich die *Kranken von morgen* in Ostdeutschland zu einem größeren Teil als in Westdeutschland aus den *Arbeitslosen von heute* rekrutieren werden. Und schließlich muß man mit Blick auf die Verhältnisse in Westdeutschland sehen, daß bereits die »gewöhnlichen« Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit im Bereich des Alkoholismus hochrelevant sind.

Wie bereits eingangs vermerkt, haben die hier vorgetragenen Schlußfolgerungen überwiegend hypothetischen Charakter. Sie zu überprüfen, erfordert entsprechende empirische Forschungsarbeiten. Doch nicht erst dann (sollten sich die Annahmen bestätigen) sind Maßnahmen zu ergreifen, um die negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit abzufangen und zu reduzieren. Die Notwendigkeit, in den neuen Bundesländern bereits jetzt arbeitsmarkt- und sozialpolitisch massiver als bislang zu intervenieren (z.B. durch Aufstockung des Arbeitslosengeldes, verbesserte Sozialpläne, mehr ABM-Stellen, Moratorium bei den Mietpreisen), muß nicht erst durch Untersuchungen zur speziellen Beziehung Arbeitslosigkeit-Alkoholismus begründet werden. Analoges gilt für die Forschung und Praxis im Bereich des Alkoholismus. Das Erfordernis, Theorie und Praxis stärker als bisher sozialwissenschaftlich zu fundieren, besteht bereits unabhängig von der besonderen Problematik der Massenarbeitslosigkeit. Darüberhinaus aber sind spezifische Forschungsarbeiten zur Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus, aber auch für den Suchtbereich insgesamt (Medikamente, illegale Drogen, Nikotin) unerlässlich, z.B. um gezielte präventive Maßnahmen entwickeln zu können.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. D. Henkel
Fachhochschule
Nibelungenplatz 1 – W-6000 Frankfurt 1

Literaturverzeichnis

- Albrecht, G. (1981). Nichtsehaftigkeit und Sucht. In W. Feuerlein (Hrsg.), *Sozialisationsstörungen und Sucht* (S.63-94). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft
- Berger, H., Legnaro, A. & Matakas, F. (1980). Die Problematisierungsphase in der Alkoholikerkarriere. In H. Berger, A. Legnaro & K.H. Reuband (Hrsg.), *Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit* (S.99-110). Stuttgart: Kohlhammer
- Brendgens, K.U. & Kullmann-Schneider, J. (1986). *Alleinstehende Wohnungslose in Nordrhein-Westfalen* (hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen). Düsseldorf: Eigenverlag
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.). (1987). *Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen*. Bonn: BMJFG
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (1991). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren*. Bonn: BMG, hektografiertes Manuskript
- Eggers, D. (1983). *Prävalenz des Alkoholmißbrauchs und der Alkoholabhängigkeit unter männlichen Berufskraftfahrern im VE(K) Kraftverkehr des Bezirkes Schwerin*. Schwerin: Unveröffentlichte Dissertation
- Feser, H. (1981). *Entwicklung eines psychologisch-pädagogischen Unterrichtsprogramms zur Vorbeugung von Alkoholmißbrauch* (Techn. Bericht, BMVgP II 4). Bonn: Bundesministerium für Verteidigung
- Feser, H. (1986). *Sozialpsychologische Beiträge zu einer Theorie von Mißbrauch und Abhängigkeit*. In W. Feuerlein (Hrsg.), *Theorie der Sucht* (S.1-14). Berlin: Heidelberg: Springer
- Feser, H. & Renn, H. (1982). *Alkoholmißbrauch junger Soldaten. Problemskizze und Modellentwicklung*. *Suchtgefahren*, 26, 225-240
- Feuerlein, W. & Küfner, H. (1977). *Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden. Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 89-106
- Fruensgaard, K., Benjaminsen, S., Joensen, S. & Helstrup, K. (1983). *Psychological characteristics of a group of unemployed patients consecutively admitted to a psychiatric emergency department*. *Social Psychiatry*, 18, 137-144
- Giercke, K. (1988). *Die Bedeutung der evaluativen Forschung für die psychiatrische Versorgung*. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 40, 704-711
- Gnegel, A. & Mohr, G. (1982). *Wenn Frauen ihren Arbeitsplatz verlieren*. In G. Mohr, M. Rummel & D. Rückert (Hrsg.), *Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation* (S.88-102). München: Urban & Schwarzenberg
- Hanesch, W. (1991). *Kein ausreichender Schutz vor Armut vorhanden. Über die soziale Lage der Bürger in den fünf neuen Bundesländern*. *Frankfurter Rundschau*, 2./3. Oktober 1991, S.39
- Henkel, D. (1988). *Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation*. *Das Argument*, (AS 155, Jahrbuch für kritische Medizin 13), 100-117
- Henkel, D. (1989). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Stand der Forschung*. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 12 (1/2), 3-14
- Henkel, D. (1992). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

- Jellinek, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Univ. Press
- Kerber, H. (1988). Möglichkeiten der Sofortbehandlung bei Alkoholikern. In G. Rabending, H.A.F. Schulze & K. Ernst (Hrsg.), Psychiatrie und Neurologie in der medizinischen Grundbetreuung (S.97-98). Leipzig: Hirzel Verlag
- Keyserlingk von, H. (1981). Zum Problem des Alkoholismus im Bezirk Schwerin. Eine sozialmedizinische Studie unter besonderer Berücksichtigung neuropsychiatrischer Gesichtspunkte. Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR: Unveröffentlichte Dissertation
- Keyserlingk von, H. (1990). Stand und Perspektiven der Suchtkrankenversorgung in der DDR. Vortrag auf der Jahrestagung des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke am 3./4. April 1990 in Oldenburg
- Keyserlingk von, H., Schломann, I. & Voigt, M. (1979). Der Alkoholismus im Bezirk Schwerin, eine sozialpsychiatrische Studie über 500 Alkoholranke. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholriminalität (S.64-75). Jena: VEB Gustav Fischer
- Kielstein, V. (1990). Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 13 (2), 11-18
- Kielstein, V. (1990). Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. Zeitschrift für Klinische Medizin, 45 (1), 69-72
- Kieselbach, T. (1988). Arbeitslosigkeit. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), Handwörterbuch der Psychologie (S.43-51). München: Psychologie Verlags Union
- Kieselbach, T. (Hrsg.). (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Neuere Ergebnisse der psychologischen Arbeitslosenforschung (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Bd.4). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Kieselbach, T. & Wacker, A. (Hrsg.). (1985). Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit. Psychologische Theorie und Praxis. Weinheim: Beltz
- Kieselbach, T. & Wacker, A. (Hrsg.). (1991). Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen (Reihe 'Psychologie sozialer Ungleichheit' Bd.2). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Kühl, J. (1991). Wirken die Milliarden in Ostdeutschland? (Prognose des Kieler Instituts für Wirtschaft). Arbeit und Beruf, 10, 303-305
- Laufer, A., Bess, R., Thiele, W. & Schneider, B. (1986). Alkoholkonsum und Prävention in der Arbeitswelt (BASIG-Forschungsbericht 86-17). Berlin: Technische Universität
- Lekschas, J. (1979). Persönlichkeit, Gesellschaft, Alkohol. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholriminalität (S.15-26). Jena: VEB Gustav Fischer
- Maaz, H.J. (1985). Wurzeln und Erscheinungen der Suchterkrankungen. Berlin: Unveröffentlichtes Manuskript
- Martikainen, P.T. (1990). Unemployment and mortality among finnish men 1981-5. British Medical Journal, 30 (1), 407-411
- Mensch, B. & Kandel, D. (1988). Do job conditions influence the use of drugs? Journal of Health and Social Behavior, 29, 169-184
- Niehoff, J.U. & Schrader, R.R. (1991). Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik. In T. Elkeles, J.U. Niehoff, R. Rosenbrock & F. Schneider (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe (S.51-74). WZB Berlin: Edition Sigma

- Petry, J. (1984). Nichtsehaftenalkoholismus: eine Gruppenanalyse. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 16, 19-25
- Plant, M.A. (1989). Alcohol-related problems in high-risk groups. Report on a WHO Study (EURO Reports and Studies 109). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro
- Reuter, U. (1984). Zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Alkoholkonsum. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Alkohol und Arbeitswelt (S.10-21). Köln: Eigenverlag
- Rußland, R. (1988). Suchtverhalten und Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Fischer
- Rußland, R. (1991). Das Suchtbuch für die Arbeitswelt. Frankfurt am Main: Schriftenreihe der IG Metall
- Scheerer, S. & Vogt, I. (1989). Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt am Main: Campus
- Schenk, J. (1982). Die Persönlichkeit des Drogenkonsumenten. Göttingen: Hogrefe
- Schleede, S. (1986). Eine psychologische Analyse zum Trinkverhalten Jugendlicher. Rostock: Unveröffentlichte Dissertation
- Schmitt, A. (1988). Jugendliche und Alkoholmißbrauch. Eine empirische Untersuchung zu Ausprägung und Präventionsmöglichkeiten des Alkoholmißbrauchs arbeitsloser Jugendlicher. Regensburg: Roderer
- Smart, R. (1979). Drinking problems among employed, unemployed and shift workers. Journal of Occupational Medicine, 21, 731-736
- Specht, T. (1985). Die Situation der alleinstehenden Wohnungslosen in Hessen. Nichtsebhafte und alleinstehende Obdachlose. Eine Bestandsaufnahme des Systems sozialer Dienste und seiner Klienten. Frankfurt: Reha-Werkstatt Rödelheim
- Stoiber, I. (1979). Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung des Alkoholmißbrauchs. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.269-279). Jena: VEB Gustav Fischer
- Stoiber, I. (1991). Suchttherapie und Möglichkeiten der Therapeuten in der DDR. Sucht, 37, 86-89
- Streichert, G. (1987). Untersuchungen zum Alkoholismus in der Belegschaft eines Mittelbetriebes unter Beachtung von anamnestischen Angaben, klinischen Befunden, Laborparametern und Krankenstandsziffern – ein ausgewählter Beitrag zur komplexen betriebsärztlichen Betreuung. Schwerin: Unveröffentlichte Dissertation
- Walther, J. (1979). Entwicklung des Alkoholverbrauchs in der Welt. In H. Szewczyk (Hrsg.), Der Alkoholiker – Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität (S.27-32). Jena: VEB Gustav Fischer
- Warr, P. & Payne, R. (1983). Social class and reported changes after job loss. Journal of Applied Psychology, 13, 206-222
- Weber, M. (1965, orig. 1920). Die protestantische Leistungsethik. München: Siebenstern
- Weber, G. & Schneider, W. (1982). Jugendlicher Drogenkonsum und Arbeitslosigkeit. Ein Beitrag zum Entstehungszusammenhang jugendlicher Desorientierung. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 13, 44-64
- Wieser, S. & Feuerlein, W. (1976). Über die Prävalenz des Alkoholismus im Bundesland Bremen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 44, 447-461

- Winter, E. (1990). Zur Alkoholpolitik in der DDR – vor und nach der Wende. Bad Tönissteiner Blätter, Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, Juni, 25-40.
- Winter, E. (1991). Alkoholismus im Sozialismus der Deutschen Demokratischen Republik – Versuch eines Rückblickes. Sucht, 37, 71-85
- Wulff, E. (1980). Drogen, Arbeit, Sprache. Das Argument, 120, 194-199
- Ziegler, H. (1991). Neue Arbeitswelt – neue Konsumgewohnheiten. Vortrag auf dem Internationalen Symposium »Neue Wege in der Suchtbetreuung« in Baden bei Wien, 23. Mai 1991.