Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität

1. Vorbemerkung

Frägt man nach mehr als 150 Jahren Geschichte des Alkoholismus als Massenkrankheit und als Forschungsgegenstand nach dem Erkenntnisniveau heute, ist die Antwort deprimierend. Speziell auf dem Gebiet der Epidemiologie, insbesondere der Sozialätiologie hat die Forschung in der BRD noch nicht einmal den Stand eingeholt, den namhafte Sozialmediziner wie etwa *Grotjahn*¹ oder *Laquer*² bereits um die Jahrhundertwende erreicht hatten. Andererseits hat die reale Entwicklung des Alkoholismus in der BRD mit derzeit etwa 1,6 Millionen Betroffenen Dimensionen angenommen, die Fragen nach dem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Fehlentwicklungen geradezu herausfordern.

Verantwortlich für den mangelhaften Wissensstand im Bereich der Sozialepidemiologie, in dem sich Fortschritte nur mittels Großforschungsprogrammen realisieren lassen, ist in erster Linie die verfehlte Forschungspolitik des Staates. Zwar läßt sich beim Alkoholismus seit 1970 eine staatliche Förderung der Forschung erkennen³, doch gemessen an der Größenordnung des Problems und nicht zuletzt auch im Verhältnis zum Alkoholsteueraufkommen von rd. 5,5 Milliarden DM allein 1978⁴, sind die aus Bundes- und Landesetats bereitgestellten Mittel so verschwindend gering und derart unkoordiniert eingesetzt⁵, daß allein schon diese Planlosigkeit und finanzielle Restriktivität auf der Ebene der Forschungspolitik das entgegen aller öffentlichen Propaganda⁶ reale Ausmaß der Gleichgültigkeit des Staates gegenüber den Problemen des Alkoholismus und der Alkoholkranken sichtbar werden läßt und damit die allgemeine Begrenztheit und Interessengebundenheit gesundheitspolitischer Interventionen des Staates bestätigt, die aus seiner Funktion als Garant des Monopolprofits⁷ resultiert.

Als weitere wesentliche Schranke gegen eine umfassende Analyse des Alkoholismus, vor allem seiner gesellschaftlichen Ätiologie, und zugleich als Basis zur Verteidigung der Rotstiftpolitik des Staates (s. dazu Pkt. 7) muß die parallel zum Anstieg der Alkoholkrankenzahlen zunehmende Verfestigung ideologischer Positionen begriffen werden. Dieser ideologische Trend dokumentiert sich geradezu beispielhaft im Begriff des sog. *Wohlstandsalkoholismus*, der inzwischen fast schon als Dogma propagiert wird: in der wissenschaftlichen Literatur⁸ nicht weniger als auf der

Ebene staatlicher Öffentlichkeitsarbeit.⁹ Diese Entwicklung überrascht kaum. Ist doch die Formel des Wohlstandsalkoholismus gerade heute in einer Zeit, in der die Krisenhaftigkeit des kapitalistischen Systems wieder in aller Schärfe zutage tritt und mit zunehmendem Verlust an Lebensstandard und sozialer Sicherheit, mit Armut und Arbeitslosigkeit immer größer werdende Teile der Bevölkerung trifft, äußerst dienlich, die systembedingten Ursachen für den Anstieg von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit zu verdecken.

Die *ideologische Einheit* von Wohlstand und Alkoholismus negiert nicht nur die Pathogenität z.B. von ökonomischer Instabilität, beruflicher Dequalifikation und sozialer Perspektivlosigkeit¹⁰, sondern suggeriert zudem ein spezifisches, vorgeblich nur auf wohlhabende Schichten ausgerichtetes Verteilungsmuster des Alkoholismus und bestärkt damit die Tendenz des völligen Vorbeigreifens der administrativen Planung am wirklichen Gesundheitsbedarf. Dieser Problematik ist im folgenden im Zusammenhang mit der Bestimmung des Größenpotentials des Alkoholismus in der BRD, seiner sozialstrukturellen Verteilung sowie der sozialen Ungleichheit in der Behandlung anhand verschiedener Einzelmaterien und eigener Untersuchungsbefunde nachzugehen.

2. Schätzung der Gesamtprävalenz des Alkoholismus (Alkoholgefährdete einschl. bereits Alkoholabhängige*)

Bei der gesundheitspolitisch so relevanten Frage nach dem tatsächlichen Ausmaß des Alkoholismus in der BRD wird die Fehlorientierung der staatlichen Forschungspolitik besonders offenkundig. Denn es zeigt sich, daß die ohnehin schon knappe Forschungskapazität zu dieser Thematik überwiegend von Studien absorbiert wird, die unter dem Etikett der 'Soziopsychiatrie des Alkoholismus'¹¹ wissenschaftlich bereits entwickelte Standards der Sozialepidemiologie weit unterschreiten und mit ihrer eingegengten Perspektive lediglich auf das Konsumverhalten der Bevölkerung auf der Ebene von *Marktanalysen*¹² verbleiben, damit objektiv mehr dem Verwertungsinteresse der Alkoholmonopole i.S. einer möglichen Raffinierung von Absatzstrategien dienen als der Planung präventiver und kurativer Gesundheitsmaßnahmen.¹³ Da diese Studien wie zahlreiche andere von der unzulänglichen Prämisse ausgehen, von Alkoholkonsumdaten auf die Prävalenz des Alkoholismus schließen zu können¹⁴, sind sie für unsere Fragestellung sämtlich unbrauchbar. Es existieren überhaupt nur drei Untersuchungen, die das Ausmaß des Alkoholismus *direkt* und *repräsentativ* zu erheben versuchten. Sie datieren aus den Jahren 1973 (Bremen), 1974 (BRD u. West-Berlin) und 1976 (Bayern): s. Tabelle 2 und 3.

* Soweit auf Studien zur Gesamtprävalenz (wahre Prävalenz) Bezug genommen wird, ist der Begriff des Alkoholismus, wenn nicht ausdrücklich anders definiert, in diesem Sinne zu verstehen.

2.1. Zur Entwicklung der Gesamtprävalenz

Wenngleich aus früheren Jahren lediglich Grobschätzungen vorliegen, die aufgrund unterschiedlicher Methodik und statistischer Güte mit den jüngsten Daten (s. Tab. 2) nur sehr begrenzt vergleichbar sind, kann in Übereinstimmung mit mehreren Autoren¹⁵ angenommen werden, daß die Gesamtprävalenz (wahre Prävalenz) des Alkoholismus in der BRD seit 1950 bei offensichtlich gleichzeitig zunehmender Angleichung der Geschlechter¹⁶ um ein Mehrfaches angestiegen ist.¹⁷ Diese Entwicklung findet ihre (wenn auch nur indirekte) Bestätigung in verschiedenen administrativ erfaßten Verlaufsdaten z.B. aus dem Bereich der Rentenversicherung (Frühinvaliditätsentwicklung infolge von Alkoholismus: s. dazu gesondert Pkt. 6.) oder aus dem stationär-psychiatrischen Sektor (s. Tab. 1), dessen enorm hohen Zuwachsraten auf der Ebene der Prävalenz (Erst- und Wiedereinweisungen) insbesondere der Inzidenz (nur Erstaufnahmen) keineswegs nur strukturelle, institutionelle oder versicherungsrechtliche Veränderungen und kapazitäre Ausweitungen im Versorgungsangebot widerspiegeln, sondern unzweifelhaft auch reale Zunahmen des Alkoholismus in der Bevölkerung.¹⁸

Tabelle 1:

Entwicklung der behandelten Prävalenz und Inzidenz des Alkoholismus in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH) des Landschaftsverbandes Rheinland von 1960 bis 1978

Jahr	Patientenzugang ¹ insgesamt		Alkoholranke Prävalenz		Alkoholranke Inzidenz	
	A		B	C	D	E
	abs.		abs.	% von A	abs.	% von A
1960 ²	9685		513	5,3	282	2,9
1962	10441		679	6,5	313	3,0
1964	11686		900	7,7	468	4,0
1966	12628		1237	9,8	685	5,4
1968	14008		1375	9,8	764	5,5
1970 ³	15941		2842	17,8	1301	8,2
1972	18321		3940	21,5	1935	10,6
1974 ⁴	21032		5719	27,2	2870	13,6
1976	23074		6371	27,6	3030	13,1
1978	24006		7233	30,1	3658	15,2
Zuwachsrate:	2,5-fach		14,0-fach		13,0-fach	

1 alle Diagnosen

2 PLKH Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld, Viersen

3 ab 1969 zusätzlich Fachklinik Brauweiler

4 ab 1973 zusätzlich PLKH Mönchengladbach und Essen; ab 1974 zusätzlich PLKH Köln

Quelle: Landschaftsverband Rheinland, Abt. Gesundheitspflege, Köln, 1978.

Ich danke Herrn Engels für die EDV-Bearbeitung meiner Fragestellungen.

2.2. Zum derzeitigen Umfang der Gesamtprävalenz

Wurde die Gesamtprävalenz 1968 noch allgemein mit rd. 600000 eingeschätzt¹⁹, so gelangt man heute (s. Tab. 2) auf der Basis der schon genannten und wegen ähnlicher Operationalisierung des Alkoholismusbegriffs ineinander überführbaren Repräsentativerhebungen von 1974 und 1976 zu einer Gesamtzahl von über 1,6 Millionen Alkoholgefährdeten bzw. bereits Alkoholabhängigen im Alter von 15 bis 64 Jahren (= 4,2 % dieser Bevölkerungsgruppe), bei denen präventive, vor allem Frühbehandlungs-, aber auch schon kurativ-rehabilitative Gesundheitsmaßnahmen notwendig wären (vgl. die Prävalenzraten der Bremen-Studie, die bereits *abhängige* Trinker ausweisen, jedoch aufgrund der spezifisch großstädtischen Bedingungen nicht in eine Hochrechnung auf

Tabelle 2:

Gesamtprävalenz des Alkoholismus¹ nach Geschlecht und Alter in Prozent und Absolutzahlen der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

Jahr	Gebiet	Stichprobe	Gesamt	Männer	Frauen
1973 ²	Bundesland Bremen	N = 510 über 16 J	4,1 ³	5,1 ⁵	3,2 ⁵
1974 ³	BRD und West-Berlin	N = 1952 20-64 J	4,0	7,0	1,0
1976 ⁴	Bundesland Bayern	N = 2441 12-24 J 15-20 J	6,0 5,5	8,0	4,0

1976 absolut: ca. 240.000 (15-20 J) BRD u. West-Berlin⁶

1974 absolut: ca. 1.400.000 (20-64 J) BRD u. West-Berlin

gesamt: ca. 1.640.000 (15-64 J) BRD u. West-Berlin

- 1 erhoben auf der Basis von Fragebögen (Selbsteinschätzung). Unter Alkoholismus wird ein Trinkmuster verstanden, das sich durch abhängiges Trinkverhalten und durch alkoholbedingte Folgen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht definiert (in Bremen-Studie ohne somatische Schäden; näheres s. Feuerlein u. Kufner, 1977, S.90-93).
- 2 Wieser, St. u. Feuerlein, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. In: Fortschr. Neurol. Psychiat., 8, 1976, S.447-461.
- 3 Feuerlein, W. u. Kufner, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Arch. Psychiat. Nervenkr., 224, 1977, S.89-106.
- 4 Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Dokumentation über eine Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern 1976, hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren, München, 1978.
- 5 bezogen auf psychisch abhängiges Trinken (morgendliches Trinken, Kontrollverlust, psychosoziale Belastungen), s. Wieser u. Feuerlein, a.a.O., S.460.
- 6 berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse 1975, Bonn, S.15.

die BRD eingehen können.²⁰ Mit diesen Studien liegt erstmals eine empirisch begründete Direktschätzung zur Alkoholismusprävalenz in der BRD vor. Jedoch ist einschränkend zu betonen, daß die schmale Datenbasis von lediglich zwei bzw. drei Erhebungen und darüberhinaus eine Reihe methodischer Probleme der Untersuchungen selbst²¹ es nicht erlauben, die Frage nach dem tatsächlichen Ausmaß des Alkoholismus in ihrer Komplexität und im Verhältnis zu ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung mit dieser Schätzung als hinreichend gesichert beantwortet anzusehen.

3. Sozialstrukturelle Verteilung der Gesamtprävalenz des Alkoholismus*

Die Zahl der Studien, die sozialstrukturelle Kriterien überhaupt nicht miteinbeziehen, ist außerordentlich groß. Der damit zum Ausdruck kommende Anachronismus rein biologischer Betrachtung des Alkoholismus widerspiegelt die Rückständigkeit, aber auch die Interessengebundenheit epidemiologischer Forschung in der BRD und ihrer Auftraggeber in Staat und Gesellschaft. Sofern Sozialdaten Berücksichtigung finden, unterliegen ihnen stets implizite oder explizite Schichtungsmodelle, deren Problematik bei der Bestimmung sozioökonomischer Positionen in kapitalistischen Systemen sich darin gründet, daß sie lediglich Oberflächenstrukturen gesellschaftlicher Vorgänge erfassen, da sie Kernbereiche der Gesellschaftsverfassung, vor allem Besitz-, Herrschafts- und Abhängigkeitsverhältnisse eliminieren und damit qualitative Differenzen in der Sozialstruktur zu bloß graduellen verflachen.²² Mehr Realitätsnähe wird erreicht, wenn Schichttraster in Berufshierarchien operationalisiert werden. Jedoch sind deren Kategorien in der Regel uneinheitlich und diffus, somit wenig kontrollierbar (wie z.B. die Gesamtgruppe: Selbständige, s.u.), oder es werden subjektive Bewertungen mit objektiven Positionen im Organisationssystem der gesellschaftlichen Arbeit (z.B. bei der Kennzeichnung: leitende Angestellte und Beamte) ebenso vermischt wie formale Berufsklassifizierungen mit den je konkreten Qualifikations- und Tätigkeitsstrukturen.

Wenngleich diese theoretisch-methodische Problematik zusammen mit der begrenzten Datenbasis präzise Bestimmungen sozialstruktureller Zusammenhänge erschwert (z.Z. gibt es insgesamt nur 3 auf Gesamtprävalenz, Sozialdaten *und* direkte Erfassung des Alkoholismus bezogene Repräsentativerhebungen in der BRD), so lassen sich eine Reihe allgemeiner Aussagen aus den vorliegenden Einzelstudien extrapolieren (s. Tab. 3). Entgegen der aus der Ideologie des Wohlstandsalkoholismus abgeleiteten These (s. Pkt 1.) und entgegen der in der Fachliteratur ebenso nicht seltenen Behauptung der Gleichverteilung²³ (auch in der Psychiatrie-Enquête²⁴) zeigt Tabelle 3 eine innerhalb der Sozialstruktur erhebli-

* siehe Punkt 2.

Tabelle 3:

Gesamtprävalenz des Alkoholismus¹ nach Berufsstand bzw. Schicht und Geschlecht in Prozent der jeweiligen Kategorie

Jahr:	1973 ²		1974 ²		1976 ²		
Gebiet:	Bremen		BRD und West-Berlin		Bayern		
Alter:	über 16 J		20-64 J		12-24 J		
Berufsstand	G	M	F	Berufsstand	G	Schicht	G
S + F	3,0 ³	9,0 ³	3,0 ³			OS	4,0
A + B 1	3,3	4,0	1,0*			o-MS	5,0
A + B 2	1,5	6,0	1,0	A + B	6,0	MS	6,0
F-Arb	4,2	6,0	3,0	F-Arb	8,0	u-MS	6,0
U-Arb	6,1	10,0	1,0*	U-Arb		US	8,0
				A-los	14,0		

*) kleiner 1,0

1 s. Anm. 1 Tab. 2

2 zur Quellenangabe s. Anm. 2-4 in Tab. 2; aus Bremen-Studie wurden die Prozentsätze der sog. Itemauswahlgruppe als härteste Kriteriengruppe ausgewählt; näheres s. Wieser u. Feuerlein, a.a.O., S.455.

3 diese Prozentsätze beziehen sich auf Selbständige einschließlich Landwirte und Freiberufliche; für 1974 zusammengefaßt berechnet nach: Infratest-Erhebung, München 1975. Die Infratest-Erhebung ist die ausführliche Datenerfassung der Publikation von Feuerlein u. Kufner, a.a.O.

Die Abkürzungen bedeuten: G: Männer u. Frauen zusammen; M: Männer; F: Frauen; S + F: Selbständige einschl. Landwirte u. Freiberufliche; A + B1: leitende Angestellte u. Beamte; A + B 2: ausführende Angestellte u. Beamte; F-Arb: Facharbeiter; U-Arb: un- und angelernte Arbeiter; A-los: Arbeitslose; OS: Oberschicht; MS: Mittelschicht mit 3 Unterteilungen wie üblich; US: Unterschicht.

che Variation der schicht- bzw. berufsstandbezogenen Alkoholismusraten, die in den untersten Schichten der Arbeiterklasse durchgängig am höchsten liegen. Für Männer kann dies als eindeutiger Befund gewertet werden.²⁵ Geht man weiterhin nach dem Kriterium der Übereinstimmung zwischen den Studien, dann ergibt sich für Facharbeiter (Männer und Frauen) die zweithöchsten Alkoholgefährdungs- bzw. Erkrankungsquoten. Bei allen anderen Kategorien sind die Zahlen schwer interpretierbar (auf die hohe, hier mit 14 % ausgewiesene Alkoholismusquote bei Arbeitslosen ist noch gesondert einzugehen, s. Pkt. 4.). Innerhalb der Angestellten- und Beamtengruppen fallen die Alkoholismusraten uneinheitlich aus, doch unterschreiten sie deutlich die der Arbeiterschaft. Einen Sonderfall stellt die Gesamtgruppe der Selbständigen dar (einschl.

Landwirte, Freiberufliche), nicht nur in den vorliegenden Untersuchungen. Man muß allgemein sehen, daß sich die so kategorisierten Erwerbstätigen aus recht heterogenen sozioökonomischen Positionen rekrutieren und nicht, wie so häufig, pauschal als Unternehmer, Spitzenverdiener oder sozial Gesicherte mystifiziert werden dürfen: Nur 11,1 bzw. 6,3 % der außerhalb der Landwirtschaft selbständigen Männer bzw. Frauen verfügen über mehr als 10 abhängig Beschäftigte, und 57,1 bzw. 81,3 % arbeiten allein oder mit einem Mitarbeiter.²⁶ Der weitaus größte Teil setzt sich demnach z.B. nach Einkommen, sozialer Sicherheit oder Arbeitsbelastungen sehr gemischt zusammen: aus niedergelassenen Ärzten, selbständigen Handwerkern, Kioskbesitzern, Gastwirten, ambulanten Händlern usw. Untergliedert man insbesondere die Gesamtgruppe der Selbständigen nicht²⁷, so sind, wie im Fall der vorliegenden Studien, aussagekräftige Dateninterpretationen kaum möglich. Zudem differieren gerade in dieser Kategorie die Alkoholismusraten beträchtlich, offensichtlich aufgrund unterschiedlicher Stichprobenzusammensetzung. So läßt sich für die Erhebung von 1974, deren Prozentsätze auffallend abweichen, eine deutliche Überrepräsentation der Selbständigen feststellen²⁸, die vermutlich die Alkoholismusraten i.S. einer systematischen Selektion nach oben verzerrt. Genauer ist die Bremen-Studie, deren Prozentsätze sich darüberhinaus direkt auf psychisch abhängige, durch morgendliches Trinken, Kontrollverlust und psychosoziale Belastungen charakterisierte Alkoholiker beziehen (s. auch Anm. 5, Tab. 2) und im Gegensatz zur 1974er Studie z.B. rechtliche oder somatische Folgen, die sich auch bei nur exzessivem Trinken einstellen können, ausgrenzen. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes und des Stichprobenfehlers von 1974 können die Ergebnismuster der Tabelle 3 i.S. einer fast kontinuierlichen Zunahme der Alkoholismusraten mit absteigender Schicht- bzw. Berufsposition interpretiert werden. Bei Männern offenbar eindeutiger als bei Frauen, da die Alkoholgefährdungs- bzw. Erkrankungsquote bei Facharbeiterinnen sichtbar höher liegt als bei Un- und Angelernten (s. auch Pkt 3.1., Tab. 4). Noch augenscheinlicher wird dieses (auch von anderen, jedoch nicht unmittelbar vergleichbaren Studien²⁹ bestätigtes) Gesamtverteilungsprofil, verlängert man die Hierarchie nach unten und gliedert die *Arbeitslosen* mit ein und vor allem die von der staatlichen Öffentlichkeitsarbeit und der Forschung nahezu völlig ignorierten *Armut- und Elendsschichten* in der BRD wie z.B. die etwa 800 000 seßhaften und nichtseßhaften *Obdachlosen*³⁰, deren Alkoholismusraten z.T. auf mehr als 50 % geschätzt werden.³¹ Sie stellten z.B. im Jahr 1977 mit 18,3 % den größten Anteil unter sämtlichen Alkoholkrankengruppen (u.a. Facharbeiter, Hausfrauen usw.) in den insgesamt etwa 90 Beratungsstellen der *Diakonie*.³²

Stellt sich das Alkoholismusproblem hinsichtlich der epidemiologi-

schen Verteilung je nach gesellschaftlicher Schicht verschieden, so muß dies zweifellos auch für die *Erscheinungsbilder des Alkoholismus* gelten. Doch außer einigen Erfahrungsberichten darüber, daß sich unter den drückendsten Arbeits- und Lebensbedingungen (einschließlich der besonderen Mißstände in der Gesundheitsversorgung der sozial schwachen Schichten, s. Pkt 5.) auch die schwersten Formen des Alkoholismus hausbilden³³, was sich durch Daten der Rentenversicherung indirekt bestätigen läßt (s. Pkt 6.), liegt zu dieser Thematik sonst kaum verlässliche Empirie vor. Allerdings gibt die Bremen-Studie einige Aufschlüsse: Un- und angelernte Arbeiter (Männer und Frauen zusammengefaßt) zeigen hinsichtlich Kontrollverlust, Rauschtrinken sowie sozialer und psychischer Probleme (Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Schuldgefühle und Fremdvorwürfe im Zusammenhang mit Alkohol) ein gegenüber allen anderen Berufsgruppen signifikant ausgeprägteres, damit progredienteres und einschneidenderes Alkoholismusmuster.³⁴

3.1. Sozialstrukturelle Verteilung der behandelten Prävalenz des Alkoholismus

Zieht man die relativ zahlreichen, entweder aufgrund unterschiedlicher methodischer Mängel oder infolge ihres gezielten Bezugs auf Einzelaspekte unbrauchbaren Studien ab (z.B. all jene, die lediglich die Patientenstrukturen in *einer* Institution analysieren³⁵), dann verbleibt auch zu dieser Thematik nur eine begrenzte Auswahl statistischer Materialien. Die von *Wanke* 1974 ermittelten Daten aus verschiedenartigen Einrichtungen (s. Tab. 4, Anm. 6) können für die gesamte stationäre Psychiatrie als ebenso repräsentativ gelten wie die Erhebungen der *Diakonie* und *Caritas* für den Beratungsstellenbereich innerhalb der ambulanten Alkoholkrankenversorgung. Aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte, der Fachärzte für Neurologie oder Psychiatrie und der Psychotherapeuten sind keine Untersuchungen zur Sozialstruktur ihrer Alkoholismusklientele bekannt, lediglich Zahlen zum Anteil des Alkoholismus an allen Diagnosen.³⁶ Ebenso fehlen Informationen über den Bereich der Selbsthilfegruppen³⁷, der Anonymen Alkoholiker usw. Daher können verlässliche Aussagen nur zu zwei, quantitativ allerdings sehr umfassenden Bereichen gemacht werden: dem stationär-psychiatrischen Sektor mit etwa 60000 Aufnahmen von Alkoholikern pro Jahr³⁸ und dem öffentlich organisierten, ambulanten Sektor, der durch die 90 bzw. 100 Fachambulanzen der *Diakonie* bzw. *Caritas* mit zusammen ca. 50000 alkoholgefährdeten bzw. abhängigen Patienten jährlich gut repräsentiert ist.³⁹

Zu Tabelle 4: Bezugsgrößen sind hier die jeweiligen Anteile innerhalb der *Erwerbstätigenstruktur* (vgl. E-Werte in Tab. 4). In Relation zu diesen Vergleichszahlen ist eine über alle Sektoren, Institutionen und Jahre übereinstimmend hohe Überrepräsentation der männlichen und weibli-

Tabelle 4 : Verteilung der behandelten Prävalenz (P) des Alkoholismus nach Berufsstand und Geschlecht (g: gesamt; m: Männer; f: Frauen) in ambulanten (A) und stationären (S) Institutionen im Vergleich zur Erwerbstätigenstruktur (E) in der BRD

Institution: Jahr :	Caritas (A) 1 1971			Caritas (A) 1 1974			Diakonie (A) 2 1976		
	P g	E g	P m	E m	P f	E f	P g	E g	P g
Berufsstand									
S + F	5,6	10,6	4,8	12,3	3,7	5,9	5,6	9,9	5,6
A + B 1							5,1 **	4,2	5,1 **
A + B 2							18,9	37,9	18,9
A + B 1/2	19,0	40,1	17,2	35,9	42,5	51,5			
F-Arb	35,3 **	19,8	34,7 **	26,9	11,6 **	2,2	24,7 **	17,2	24,7 **
U-Arb	40,2 **	29,5	26,5 **	23,1	24,0	37,4	20,0 *	26,1	20,0 *
A-los	100,0	100,0							
	nicht erfaßt		16,9 **	1,9	18,3 **	3,0	25,8 **	4,3	25,8 **
M 3	nicht bekannt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			9 802		1 533		7 254		

** Prävalenzanteil über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

* Prävalenzanteil unter Berücksichtigung des zu vermutenden Anteils unter den Arbeitslosen (vgl. die Zahlen von Caritas, 1971 u. 1977) wahrscheinlich ebenfalls über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

1 Hilfe für Suchtkranke, hrsg. vom Deutschen Caritasverband, Freiburg, 1975, S. 8.

2 Jahresbericht 1976, hrsg. vom Gesamtverband f. Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1977, S. 19.

3 die Klientele setzen sich allgemein aus Suchtkranken zusammen, davon ca. 75 - 90 % je nach Institution Alkoholkranken. Zu weiteren Anmerkungen s. Fortsetzung von Tabelle 4.

Fortsetzung von Tabelle 4 : Verteilung der behandelten Prävalenz des Alkoholismus

Institution: Jahr	Caritas (A) 4 1977				Diakonie (A) 5 1977				Wanke (S) 6 1974			
	P _m	E _m	P _f	E _f	P _g	E _g	P _m	E _m	P _f	E _f		
Berufsstand												
S + F	5,6	12,4	3,4	5,9	4,2	9,8	5,6	12,3	4,0	5,9		
A + B 1					6,9 ***	4,2						
A + B 2					16,5	38,3						
A + B 1/2	23,4	39,1	55,6	54,7			16,6	35,9	39,2	51,5		
F-Arb	41,6 **	26,1	14,7 **	2,1	27,8 **	17,1	29,9 **	26,9	8,6 **	2,2		
U-Arb	29,4 **	22,4	26,3	36,3	23,6 *	26,0	33,2 **	23,1	28,0	37,4		
A-lös	100,0	100,0	100,0	100,0								
II 3	30,3 **	3,7	34,4 **	6,0	21,0 **	4,2	14,8 **	1,9	20,2 **	3,0		
					100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
	5 678		1 358		ca. 8 000		1 400			421		

4 Hilfe für Suchtkranke, hrsg. vom Deutschen Caritasverband, Freiburg, 1978, S. 8.

5 Jahresbericht 1978, hrsg. vom Gesamtverband f. Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1979, S. 10.

6 Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychiatrie-Enquête, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S. 492. (Repräsentative Stichprobe verschiedener stationärer Einrichtungen: Psychiatrische Landeskrankenhäuser, Universitätskliniken, städtische Fachabteilungen, Privatklini; städtische, ländliche und gemischte Linzungsgebiete; unterschiedliche Größe bzw. Bettenzahl).

Zu den Berufsstandsabkürzungen s. Tabelle 3.

Eigene Berechnungen: von allen in den Erhebungen genannten Gruppen (zusätzlich waren z.B. noch Hausfrauen, Rentner erfaßt) wurden nur die o.a. Gruppen ausgewählt. Ihre Gesamtprävalenz wurde gleich 100 gesetzt und auf dieser Basis der jeweilige prozentuale Anteil berechnet. Die Erwerbstätigenstrukturdaten wurden berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, 9/10, 1978, S. 313; Leisewitz, A.: Klassen in der BRD heute. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt, 1977, S. 95 (zum Facharbeiteranteil in männlicher u. weiblicher Arbeiterschaft); Mikrozensus 1973 u. 1976 v. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, persönliche Mitteilung des Amtes vom 2. 4. 1979 (zum Anteil der leitenden Angestellten u. Beamten innerhalb der Gesamtgruppe der Angestellten u. Beamten).

lichen Arbeitslosen, der Facharbeiter (ebenfalls bei beiden Geschlechtern) sowie der un- und angelernten Arbeiter unter den Alkoholkranken festzustellen. Gegenüber diesen recht eindeutigen Befunden lassen sich die Ergebnisse bei den leitenden Angestellten und Beamten (s. *Diakonie* 1976, 1977; A + B 1) kaum interpretieren, da nicht ausgeschlossen werden kann, daß die Differenzen zwischen den Prävalenz- und Erwerbstätigenanteilen auf definitorischen Divergenzen beruhen.⁴⁰ Betrachtet man die Gruppe der Angestellten und Beamten insgesamt (A + B 1/2), dann scheinen die Erwerbstätigenquoten bei den Männern unterschritten zu werden (s. *Caritas* 1977, *Wanke* 1974), während sie bei den Frauen den Prävalenzraten in etwa entsprechen (s. *Caritas* 1977), auch unter Berücksichtigung ihres zu vermutenden Anteils unter den Arbeitslosen (s. *Caritas* 1974, *Wanke* 1974). Deutlich und durchgängig unterrepräsentiert unter den Alkoholkranken sind offenbar die un- und angelernten Arbeiterinnen (vgl. auch Tab. 3), aber auch die selbständigen bzw. freiberuflichen Männer und Frauen, deren Ambulanzanteil sich bei Einbeziehung aller Dienste (d.h. auch Fachärzte, Psychotherapeuten usw.) vermutlich etwas erhöhen dürfte.

Dieses Profil der Behandlungsprävalenz im gesamten stationären und öffentlich-ambulanten Sektor kann als weitgehende Bestätigung der aus Tabelle 3 abgeleiteten Schlußfolgerung zur Gesamtprävalenzstruktur des Alkoholismus gewertet werden. Jedoch nur summarisch, nicht in jedem Einzelergebnis, zumal ein unmittelbarer Vergleich infolge zu geringer empirischer Konsistenz in beiden Datenbereichen unmöglich ist. Eine solche direkte Vergleichsanalyse wäre allerdings wichtig, um z.B. ausgehend von Differenzen zwischen den sozialstrukturellen Verteilungen der Gesamt- und Behandlungsprävalenz klassen- und schichtspezifische Selektionsmechanismen im System der Gesundheitssicherung offenlegen zu können (s. speziell dazu Pkt 5.). Jedoch scheint zumindest für eine Gruppe ein derartiger Zusammenhang schon jetzt nachweisbar zu sein: Im ambulanten Bereich sind die un- und angelernten Arbeiter unter den Alkoholkranken offensichtlich nicht ihrem Anteil an der Gesamtprävalenz entsprechend vertreten (vgl. Tab. 3 mit Tab. 4: *Caritas* 1977). Für die Annahme, daß gerade diese Gruppe der Alkoholkranken nur in begrenztem Umfang Zugang zu ambulanten Institutionen und somit auch zu potentiellen Frühbehandlungsmaßnahmen findet (aber umso häufiger abrupt stationär eingewiesen wird), spricht auch ihre enorm hohe, bei ca. 40 % liegende Zwangseinweisungsquote im Bereich der psychiatrischen Anstalten⁴¹ (vgl. auch Pkt 5.).

3.2. Sozialstrukturelle Verteilung der behandelten Inzidenz des Alkoholismus

Prävalenzdaten spiegeln stets komplexe Zusammenhänge in der Bezie-

hung zwischen Alkoholismus und sozialer Lage wider.⁴² Ob die erhöhten Alkoholismusraten der unteren Sozialschichten Ergebnis einer Häufung und besonderen Schwere sozialer Belastungsmomente sind oder lediglich Resultat einer Kumulation der Alkoholkrankenzahlen infolge unzureichender Gesundheitsversorgung, ist auf der Ebene der Epidemiologie nur mittels Analysen der sozialstrukturellen Verteilung der Alkoholismuszinzidenz (Neuerkrankungen) näher bestimmbar.⁴³ Doch für eine wissenschaftlich ausreichende Klärung dieser Frage fehlt es immer noch an geeigneter Forschung. So liegen Erhebungen zur Gesamtinzidenz (wahre Inzidenz) überhaupt nicht vor, lediglich Untersuchungen zur Behandlungsinzidenz (Erstaufnahmen) einzelner Institutionen⁴⁴, die aufgrund nicht kontrollierter Selektionsprozesse jedoch zu geringe Aussagekraft besitzen. Es gibt allerdings eine nicht gezielt auf die Sozialstruktur gerichtete Repräsentativstudie zur Alkoholismuszinzidenz (und anderen psychischen Krankheiten), die dennoch geeignet ist, die Bedeutung der sozialen Lage als Ätiologiefaktor erkennen zu lassen. Anhand der Daten von ca. 3600 im Stadtgebiet Mannheims wohnhafter Patienten aller Altersklassen, die im Jahr 1965 in sämtlichen stationären, ambulanten und sozial-administrativen Einrichtungen (PLKH, Uni-Klinik, städt. Krankenhäuser, Beratungsstellen, Nervenarztpraxen, Sozialämter usw.) registriert waren, wurde von Häfner u.a.⁴⁵ unter Verwendung des sog. Stadtzonen-Modells in enger Anlehnung an die ökologische Methode von Faris und Dunham⁴⁶ festgestellt, daß sich die Alkoholkranken nicht gleichmäßig auf alle Stadtbezirke verteilen. Deutlich abweichend von der durchschnittlichen Inzidenzquote Mannheims (s. Tab. 5) finden sich die niedrigsten Alkoholismusraten in sozial privilegierten Stadtbezirken (z.B. 'Oststadt'), dagegen die höchsten in Arbeitervierteln (u.a. 'Östliche Oberstadt') und vor allem in Gebieten mit z.T. slumähnlichem Cha-

Tabelle 5:

Raten der behandelten bzw. administrativen Inzidenz des Alkoholismus in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Faktoren

Stadtbezirke	Inzidenzrate pro 1000 Einwohner ¹
Mannheim insgesamt	0,84
Oststadt	0,45 — 0,83
Östliche Oberstadt	1,58 — 1,95
Jungbusch	1,95 — 2,33

1 miteinbezogen sind auch andere Suchtformen wie z.B. Drogenabhängigkeit, die jedoch im Jahr 1965 kaum von Bedeutung gewesen sein dürften.

Quelle: Häfner, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse. In: Zeitschr. f. Psychotherapie und med. Psychologie, 3, 1969, S.85-114.

rakter, überwiegend bewohnt von unqualifizierten und Gelegenheitsarbeitern (s. 'Jungbusch'). Wenngleich mit diesem Ansatz nur die mittleren Alkoholismusquoten von Stadtgebieten ermittelt wurden, damit eine exakte Gruppierung der von Alkoholismus Betroffenen nach ihrer jeweiligen sozioökonomischen Position nicht möglich ist, können die Ergebnisse doch aufgrund der relativ hohen sozialstrukturellen Homogenität der einzelnen Stadtbezirke⁴⁷ als Beleg für den Einfluß der Schichtlage auf die Herausbildung des Alkoholismus i.S. einer hin zu den unteren Sozialschichten zunehmenden Häufung sozialer Risikofaktoren gewertet werden. Damit widerlegt die Inzidenzstudie von *Häfner u.a.* die These vom Wohlstandsalkoholismus nicht nur auf der Ebene der sozialstrukturellen Verteilung (wie auch schon die bisher vorgestellten Materialien), sondern auch in soziogenetischer Hinsicht. Denn typische Risikofaktoren, die mit überdurchschnittlich hohen Alkoholismusraten einhergehen, sind offensichtlich nicht Wohlstand und soziale Sicherheit, sondern Armut und desorganisierte Wohnverhältnisse sowie berufliche Probleme, Arbeitsbelastungen und Arbeitslosigkeit.

4. Alkoholismus, Lohnarbeit und Arbeitslosigkeit

Da sämtliche Studien zur Sozialstruktur des Alkoholismus entweder die Berufsposition direkt oder vermittelt als zentrales Kriterium der Schichtdefinition verwenden, läßt sich schon vor diesem allgemeinen Hintergrund eine Abhängigkeit der Alkoholismusedenese von Bedingungen der Arbeit klar erkennen. Eine ätiologische Theorie, der es um eine umfassende Transparenz der Alkoholismusedentstehung geht, hat daher den spezifischen Charakter der gesellschaftlichen Arbeit als Lohnarbeit, ihre Organisation und konkreten Bedingungen sowie ihre Abhängigkeit von ökonomischen Prozessen, Besitz- und Machtverhältnissen vorrangig miteinzubeziehen.⁴⁸ Der bedeutsame Einfluß der Produktions- und Arbeitsverhältnisse wird besonders augenscheinlich durch Ergebnisse anglo-amerikanischer Studien zum Zusammenhang von Alkoholismus und Arbeitslosigkeit. So wiesen *Warnberg und Horn*⁴⁹ eine enge Beziehung zwischen Arbeitsverlust und Alkoholkrankheit nach, deren kausale Verknüpfung von *Brenner* mehrfach auf makro-soziologischer Ebene analysiert wurde.⁵⁰ Dabei zeigte sich eine signifikante Zunahme der Gesamtprävalenz des Alkoholismus⁵¹ in Zeiten ökonomischer Rezession infolge einer Massierung psychosozialer Probleme durch Arbeitslosigkeit. Auch andere Indikatoren wiesen in die gleiche Richtung. So stiegen die Klinik-aufnahmen für alkoholbedingte psychische Störungen ebenfalls im Verlauf sich verschärfender wirtschaftlicher Instabilität sowie sinkendem Beschäftigungsindex.⁵²

Für die BRD sind analoge Trends feststellbar. Wenngleich keine kontinuierlich dokumentierten, sondern nur ausschnitthafte Längsschnittdaten

Tabelle 6:

Entwicklung der Prävalenzanteile arbeitsloser alkoholkranker Patienten in ambulanten und stationären Institutionen (Basis: erwerbstätige + arbeitslose Patienten = 100 Prozent)

Jahr	Fachambulanzen ¹ Caritas		Fachkliniken ² f. Suchtkranke		Uni-Klinik ³ Frankfurt/M.
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Gesamt
1969			4,0*	5,6*	
1970					16,1
1971	max. 5,0*		3,9*		18,0
1972					22,3
1973					16,8
1974	16,9	18,3	16,2 ⁴	24,0 ⁴	27,9
1975					46,4
1976					45,1
1977	30,3	34,4	35,0 ⁵	21,0 ⁵	
1978					
1979			35,2 ⁶	25,5 ⁶	

* Arbeitslose einschl. Rentner

** interpoliert, s. Hilfe für Suchtkranke, 1975, a.a.O., S.8

1 Hilfe für Suchtkranke, 1975, 1978, a.a.O., s. auch Tab. 4.

2 Datenquelle für 1969: Holzgrefe, W.: Sucht und Hilfe, Hamm, 1972, S.15 (Daten aus 26 Fachkliniken); Datenquelle für 1971: Holzgrefe, W. zit. nach Antons, K. u. Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Göttingen, 1977, Bd. 2, S.23 (Datenbasis 3743 Patienten).

3 Erhebungen von Täschner, K.L., Richtberg, W. u. Schmidt, K., Universitätsklinik Frankfurt/M., 1977, bisher unveröff. (Datenbasis zwischen 228 und 351 Patienten).

4 Hilfe für Suchtkranke, 1975, a.a.O., S. 15 (Daten aus 8 Fachkliniken).

5 Hilfe für Suchtkranke, 1978, a.a.O., S.15 (Daten aus 13 Fachkliniken).

6 eigene Erhebung März 1979 (Stichtagsprävalenz aus 34 Fachkliniken, s. auch Pkt 5.).

Eigene Berechnungen auf der Basis der angeführten Materialien.

zur Verfügung stehen⁵³, so läßt sich doch aus Tabelle 6 ein relativ sprunghafter, parallel zur 1974 einsetzenden Rezession und Massenarbeitslosigkeit verlaufender Zuwachs der alkoholkranken Arbeitslosen extrapolieren. Dieser Entwicklung liegen verschiedene, auch unterschiedlich gewichtige, aber sämtlich mit der Problematik der Arbeitslosigkeit verbundene Ursachenkomplexe zugrunde. Die absolute Höhe der seit 1974 ermittelten Quoten ist sicherlich der unter restriktiven Arbeitsmarktbedingungen besonders zugespitzten Problematik psychiatrischer Rehabilitation i.S. einer Erhöhung der Wiederaufnahmen besonders bei Arbeitslosen geschuldet, aber zweifellos auch der verstärkten repressiven Kontrolle alkoholgefährdeter Arbeitsloser i.S. einer weiteren Anhebung der

ohnehin schon außerordentlich hohen, bei ca. 50 % liegenden Zwangseinweisungsrate arbeitsloser Alkoholkranker.⁵⁴ Jedoch reichen diese Vorgänge als Erklärung allein keineswegs aus, um den seit 1974 einsetzenden Zuwachs hinreichend zu begründen. So fallen im ambulanten Bereich (s. Tab. 6: Fachambulanzen, *Caritas*) Zwangsüberweisungen o.ä. kaum ins Gewicht⁵⁵, in Fachkliniken spielen sie aufgrund des ausschließlich freiwilligen Aufnahmemodus überhaupt keine Rolle. Zudem wurden im Jahr 1979 von allen in Fachkliniken eingewiesenen arbeitslosen Alkoholkranken 49 % (Männer) bzw. 32 % (Frauen) erstmals psychiatrisch behandelt (Inzidenz), in den Alkoholikerstationen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser waren es 53 % bzw. 46 %.⁵⁶ Da drastisch andere Prävalenz-Inzidenz-Proportionen vor 1974 kaum bestanden haben dürften (vgl. auch den Zeitraum von 1974 bis 1977 in Tabelle 6), ist die massive Steigerung der Arbeitslosenquoten unter den Alkoholkranken also auch nicht allein auf eine Zunahme der Wiederaufnahmen zurückzuführen. Zweifellos werden in Zeiten ökonomischer Rezession und sinkendem Beschäftigungsindex gerade Alkoholgefährdete vermehrt entlassen (insbesondere gering qualifizierte, damit leicht austauschbare Arbeitskräfte).⁵⁷ Doch auch dieses Argument greift als Erklärung des Sachverhalts zu kurz, soweit sich damit die Annahme verbindet, daß der abrupte Anstieg der arbeitslosen Patienten seine Ursache darin habe, daß gerade alkoholgefährdete Arbeitslose überproportional häufig Gesundheitsdienste in Anspruch nähmen, gewissermaßen als Ausdruck eines nun aufgrund vermehrt verfügbarer Zeit usw. einlösbaren Nachholbedarfs an gesundheitlicher Versorgung. Abgesehen von vielleicht akut alkoholkrank Entlassenen ist hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens bei Arbeitslosen vielmehr von einer inversen Beziehung als Regelfall auszugehen, die sich erst längerfristig umkehrt (vgl. auch die Daten von 1974 und 1977 in Tab. 6), und zwar durch die zunehmend pathogeneren Wirkungen der Arbeitslosigkeit selbst in Richtung auf *Verfestigungen* und *Chronifizierungen* der bestehenden Alkoholgefährdung und Alkoholabhängigkeit z.B. im Verlauf wiederholter oder langanhaltender Arbeitslosigkeit. Die durch den erhöhten Druck der unmittelbaren materiellen Lebenssicherung erzwungene Zurückdrängung der Planung und Realisierung von Gesundheitsmaßnahmen wird in soziologischen und sozialpsychologischen Analysen der Situation Arbeitsloser⁵⁸ ebenso wie in den Studien von *Brenner*⁵⁹ belegt. Die daraus resultierenden erhöhten Gesundheitsgefährdungen spiegeln sich auch in der bereits erwähnten hohen Rate der Zwangseinweisungen bei alkoholkranken Arbeitslosen wider.

Die hier zur Diskussion stehende Gesamtproblematik wäre allerdings nur verkürzt erfaßt, würde man der Arbeitslosigkeit sozialätiologisch lediglich alkoholismusverstärkende Effekte zuschreiben. Mit dieser verengten Perspektive ließe sich z.B. die in der Gesamtprävalenzstudie aus Bay-

ern 1976 (vgl. Tab. 3) für Jugendliche ermittelte Alkoholismusquote von 14 % nicht hinreichend erklären. Vielmehr erwachsen durch Arbeitslosigkeit auch entscheidende soziale Risikofaktoren zur *Herausbildung* von Alkoholgefährdung und Abhängigkeit. Empirische Analysen zur Biographie Alkoholkranker⁶⁰ zeigen sogar, daß die mit ökonomischer Krisenhaftigkeit und Arbeitslosigkeit direkt oder mittelbar verbundenen Probleme einen gegenüber anderen Faktoren *herausragenden* Einfluß auf die soziale Genese des Alkoholismus ausüben, wie z.B. Instabilität der Arbeitsverhältnisse, erhöhte Konkurrenz am Arbeitsplatz, berufliche Dequalifikation, materielle Existenzbedrohung sowie soziale Isolation und Perspektivlosigkeit. Unzweifelhaft ist auch, daß sich gerade diese Probleme im Verlauf der Alkoholismusgenese für die Betroffenen häufig noch weiter verschärfen z.B. in Richtung auf vermehrte Entlassungen, betriebliche Sanktionen⁶¹, beruflichen Abstieg⁶² bis hin zu Dauerarbeitslosigkeit und Frühberentung (s. speziell dazu Pkt 6.).

Ebenso ist gesichert, daß all diese mit Konjunkturrückgängen und Arbeitslosigkeit eng verknüpfen Belastungsfaktoren keineswegs in allen Schichten gleich häufig auftreten, sondern mit abnehmendem sozioökonomischen Status deutlich kumulieren. Dies belegen allgemeine sozialstrukturelle Analysen⁶³ ebenso wie spezielle, auf Alkoholranke gerichtete Studien.⁶⁴ Auch *soziale Abstiegsprozesse* im Verlauf zunehmender Chronifizierung des Alkoholismus lassen sich größtenteils nur innerhalb der unteren Sozialschichten beobachten.⁶⁵ In der Fachliteratur wird diese Abwärtsmobilität fast ausnahmslos als Resultat der alkoholkranken Persönlichkeitsumwandlung, damit als kaum vermeidbare Folge krankheitsimmanenter Prozesse mißdeutet.⁶⁶ Solch individualisierenden und biologisierenden Positionen ist entschieden entgegenzuhalten, daß sämtliche Abstiegsindikatoren wie berufliche Dequalifikation, Dauerarbeitslosigkeit oder Frühberentung *nicht auf subjektive Defizite* verweisen, *sondern auf strukturelle Probleme* der kapitalistischen Organisation der Produktion und Arbeit sowie auf Mißstände im System der gesundheitlichen Sicherung.

5. Zur sozialen Ungleichheit im System der psychiatrischen Versorgung Alkoholkranker

Über die insgesamt rückständige Verfassung der Alkoholkrankenversorgung in der BRD informieren inzwischen zahlreiche Publikationen⁶⁷, jedoch zumeist i.S. einer alle Sozialschichten gleichermaßen belastenden Mangelsituation.⁶⁸ Greift man jedoch einzelne soziale Verteilungsmuster heraus, so wird offensichtlich, daß sich das Alkoholismusproblem nicht nur hinsichtlich der Verbreitung, der Ursachen und Krankheitsbilder je nach sozialer Lage, Schicht und Klasse verschieden stellt, sondern auch auf der Ebene gesundheitlicher Versorgung, wie dies *Feuerlein*⁶⁹ bereits

am Beispiel der *Nachsorge Alkoholkranker* hinreichend dokumentiert hat. Entsprechende Zusammenhänge zeigen eigene Untersuchungsbe- funde zur sozialstrukturellen Charakteristik der Patienten in *Fachkliniken für Alkohol Kranke* im Vergleich mit *Alkoholikerstationen in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH)*. Dazu muß man wissen, daß sich diese beiden Subsektoren innerhalb des stationären Alkoholkrankenbe- reichs im Versorgungsniveau erheblich voneinander unterscheiden. In der einschlägigen Literatur ist unbestritten⁷⁰, daß Fachklinikpatienten wesentlich effektiver behandelt, ebenso prognostisch günstiger versorgt werden. Die Gründe dafür liegen insbesondere in folgenden, von den PLKH-Stationen bedeutsam abweichenden *Strukturmerkmalen*: Selektion der Patienten durch die Klinik sowie auch umgekehrt infolge der nicht vorhandenen Aufnahmepflicht und des ausschließlich juristische Freiwilligkeit voraussetzenden Einweisungsmodus⁷¹, relativ lange Ver- weilzeit der Patienten (und zwar i.S. von Behandlungs- und nicht bloßer Hospitalisierungsdauer) von durchschnittlich mindestens sechs Monaten, materiell und therapiemethodisch befriedigende Klinikausstattung und hohe Therapieintensität vor allem durch die wesentlich bessere Personal- situation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich (s. Tab. 7) so- wie relativ gute Kontakte zu nachsorgenden Diensten.

Tabelle 7:

Patient pro Personal in Fachkliniken und Psychiatrischen Landeskranken- häusern (Alkoholkrankenstationen) März 1979

Personal	Fachkliniken	PLKH-Stationen
Fachärzte f. Psychiatrie	64,8	95,5
sonstige Ärzte	47,9	69,5
Psychologen	33,9	50,8
Sozialarbeiter und Sozialpädagogen	17,6	59,8
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	18,6	95,5
Krankenschwestern und Krankenpfleger	16,3	4,8

Quelle: Eigene Erhebung. Die Daten basieren auf 34 Fachkliniken und 15 PLKH- Stationen, s. Text.

Die Daten in Tabelle 8 basieren auf einer Stichtagserhebung im März 1979 in 34 Fachkliniken (von insgesamt ca. 55 in der BRD⁷²) und 16 von insgesamt rd. 50 PLKH-Stationen aus 7 Bundesländern⁷³) und können für beide Sektoren als ausreichend repräsentativ gelten. Die allgemeinste Aussage, die sich aus sämtlichen Einzeldatenreihen extrapolieren läßt,

* Mein Dank gilt allen Mitarbeitern der beteiligten Institutionen, die meine Arbeit wesentlich unterstützten.

kann wie folgt formuliert werden (vgl. dazu die Prävalenz- und Inzidenzquotienten in Tab. 8): Im Vergleich mit den Fachkliniken verschieben sich die Prävalenzanteile in den PLKH-Stationen noch mehr hin zu den unteren Berufspositionen. Noch prägnanter zeigt sich dieser Zusammenhang auf der Ebene der Inzidenz*, und insgesamt bei den Frauen mit Abstand deutlicher als bei den Männern. Diese soziale Ungleichheit in der institutionellen Verteilung der Patienten, damit auch in der Behandlung, läßt sich sowohl mit als auch ohne Einbeziehung der Gruppe der Arbeitslosen nachweisen (vgl. A- und B-Spalten in Tab. 8). Betrachtet man speziell die *Inzidenzstrukturen* im Verhältnis der Kliniktypen untereinander, kann gefolgert werden, daß die Chance, bei erstmaliger Behandlungsbedürftigkeit das weitaus bessere Versorgungsangebot einer Fachklinik zu erhalten und damit auch einem nicht so hohen Rückfallrisiko ausgesetzt zu sein, mit absteigender sozioökonomischer Position eindeutig abnimmt. Dieser Trend verläuft bis auf wenige Ausnahmen (s. Männer: S.2 und Lw) bruchlos, auch innerhalb der einzelnen Gruppen wie der Selbständigen (einschl. Landwirte), der Angestellten und Beamten und auch der Arbeiterschaft. Greift man einzelne Berufspositionen heraus, so wird offensichtlich, daß die Arbeitslosen und noch mehr die un- und angelernten Arbeiter jeweils beider Geschlechter der mit Abstand stärksten Benachteiligung unterliegen. Sie allein sind es auch, deren Prävalenz- und Inzidenzquoten in den PLKH-Stationen höher als im Fachklinikbereich liegen (vgl. Quotienten in Tab. 8; vgl. auch ihre Benachteiligung im ambulanten Sektor, s. Tab. 4, Pkt 3.1.). Es bestätigt sich demnach die oft geäußerte Vermutung, daß es nach wie vor die unqualifizierten Arbeiter und Arbeiterinnen sind, die das Hauptkontingent der PLKH-Patienten auch im Alkoholkrankenbereich stellen, und gegen die sich die *Selektivität der Fachkliniken* am schärfsten richtet.⁷³ Dagegen ziehen den vergleichsweise größten Nutzen aus dem Fachkliniksysteem die selbständigen Frauen, die leitenden Angestellten und Beamtinnen, jedoch auch die Facharbeiter (Männer und Frauen). Dies wird besonders dann augenscheinlich, stellt man den Prävalenz- und Inzidenzraten die jeweiligen Anteile innerhalb der Erwerbstätigenstruktur gegenüber (s. Tab. 8). Bilanziert man die Resultate in ihrer Gesamtheit, so dokumentiert sich eine signifikante schichtspezifische Ungleichheit in der Alkoholkrankenversorgung in der BRD zu Lasten vor allem der untersten Sozialschichten. Unter Einbeziehung sämtlicher Krankenhausstationen im PLKH-Sektor, insbesondere der Langzeit- und Akutaufnahmeabteilungen und nicht nur der hier analysierten PLKH-Sonderstationen für Alkoholiker würde dieser Zusammenhang zweifellos noch gravierender in Erscheinung treten.⁷⁴

* Inzidenz = Erstaufnahme, und zwar i. S. von insgesamt (und nicht allein in die jetzige Institution) erstmals wegen Alkoholismus stationär-psychiatrisch eingewiesen.

Tabelle 8 : Verteilung der behandelten Prävalenz und Inzidenz des Alkoholismus nach Berufsstand und Geschlecht in Fachkliniken für Alkoholranke (FK) und psychiatrischen Landeskrankenhäusern (PLKH; Alkoholkrankenstationen)
Stichtagserhebung März 1979

Männer	Prävalenz		Prävalenz		Quotient		Inzidenz		Inzidenz		Quotient		Erwerbstätigenstruktur ²	
	FK		PLKH		PLKH : FK		FK		FK		PLKH : FK		A B	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Berufsstand ¹	FK	FK	PLKH	PLKH	PLKH : FK	PLKH : FK	FK	FK	FK	FK	PLKH : FK	PLKH : FK	A	B
S 1	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91
S 2	1,78	1,78	0,72	0,72	0,40	0,40	1,62	1,62	0,52	0,52	0,32	0,32	8,21	8,21
Lw	0,29	0,29	0,27	0,27	0,93	0,93	0,30	0,30	0,26	0,26	0,86	0,86	2,92	2,92
A + B 1	2,46	3,84	1,04	1,73	0,42	0,45	3,15	4,55	0,51	0,81	0,16	0,17	6,08	6,30
A + B 2	15,59	24,37	7,66	12,76	0,49	0,52	16,47	23,83	8,12	13,10	0,49	0,54	31,71	32,87
F-Arb	26,59	41,57	20,68	34,46	0,77	0,82	31,57	45,69	20,98	34,24	0,66	0,74	25,25	26,17
U-Arb	17,88	27,95	30,02	50,03	1,67	1,78	16,44	23,79	31,84	51,40	1,93	2,16	21,69	22,58
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
A-los	35,24	39,60	39,60	39,60	1,12	1,12	30,25	30,25	37,76	37,76	1,24	1,24	3,22	3,22
N	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	985	985	582	582	100,00	100,00	100,00	100,00

+ Prävalenz- bzw. Inzidenzanteile im PLKH-Sektor höher als im FK-Sektor

** Prävalenz bzw. Inzidenz extrem über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

* Prävalenz bzw. Inzidenz über dem Anteil in Erwerbstätigenstruktur.

A Verteilung unter eigenständiger Berücksichtigung der Arbeitslosen.

B Verteilung unter Aufteilung der Arbeitslosen auf die 4 Gruppen der abhängig Beschäftigten durch Interpolation.

Fortsetzung von Tabelle 8

Frauen	Prävalenz ¹		Prävalenz		Quotient		Inzidenz		Inzidenz		Quotient		Erwerbstätigenstruktur ²	
	FK		FK		PLKH : FK		FK		FK		PLKH : FK		A B	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
S 1	3,86	3,86 **	0,00	0,00	0,00	0,00	6,08	6,08 **	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,19
S 2	4,63	4,63 **	0,79	0,79	0,17	0,17	6,08	6,08 **	0,00	0,00	0,00	0,00	2,93	2,93
Lw	2,32	2,32	1,57	1,57	0,67	0,67	0,87	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	2,47	2,47
A + B 1	5,41	7,57 **	0,00	0,00	0,00	0,00	8,70	11,01 **	0,00	0,00	0,00	0,00	1,92	2,04
A + B 2	37,06	51,88	17,32	25,87	0,46	0,49	45,22	57,23 *	21,88	31,11	0,48	0,54	51,45	54,84
F-Arb	5,40	7,55 **	3,15	4,70 **	0,58	0,62	5,22	6,60 **	3,13	4,45 **	0,59	0,67	1,99	2,12
U-Arb	15,83	22,16	44,88	67,04 **	2,83 +	3,02 +	9,57	12,11	45,31	64,43 **	4,73 +	5,32 +	34,12	36,37
	100,00		100,00				100,00		100,00				100,00	
A-lös	25,48 **		32,28 **		1,26 +		18,26 **		29,69 **		1,62 +		5,91	
k	100,00		100,00				100,00		100,00				100,00	
	259	259	127	127			115	115	64	64				

1 Die Abkürzungen bedeuten: S 1: Selbständige mit mehr als 10 abhängig Beschäftigte; S 2: Selbständige mit weniger als 10 abhängig Beschäftigten und Freiberufliche; Lw: Landwirte; A + B 1: leitende Angestellte u. Beamte; A + B 2: ausführende Angestellte u. Beamte; F-Arb: Facharbeiter; U-Arb: un- und angelernte Arbeiter; A-lös: Arbeitslose (N: Patientenzahl).

2 Berechnet nach: Arbeits- und Sozialstatistik, 9/10, 1978, S. 313; Leisewitz, A.: Klassen in der BRD heute. Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt, 1977, S. 95 (zum Facharbeiteranteil in Arbeiterschaft); Mikrozensus 1976 v. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, persönliche Mitteilung des Autors vom 2.4. 1979 (zum Anteil der leitenden Angestellten u. Beamten und zum Anteil der Landwirte); Zapf, W. (Hg.): Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt, 1977, S. 182-183 (zur Aufteilung der Selbständigen u. Freiberuflichen).

(Eigene Erhebung und Berechnung.)

6. Soziale Lage und Frühinvalidität infolge Alkoholismus

In Übereinstimmung mit *Schaefer* und *Blohmke*⁷⁵ ist die Frühinvalidität ein bedeutsames Maß zur Beurteilung der Bevölkerungsgesundheit. Jedoch gilt dies nicht in absoluter, sondern nur in relativer Hinsicht, schon aufgrund der unmittelbaren Abhängigkeit amtlicher Morbiditätsstatistiken von äußerst eng gefaßten sozialrechtlichen Krankheitsbegriffen (s. RVO⁷⁶). Da sich aus dieser Problematik administrativer Medizinalstatistiken stets beträchtliche Unterschätzungen der tatsächlichen Morbiditätsquoten ergeben, steht bei Interpretation der Tabelle 9 nicht die absolute Höhe der Frühinvaliditätszahlen im Vordergrund, sondern ihre jeweilige Relation zueinander. Ziel der Analyse ist es, Unterschiede in der Morbidität *schwerster Formen des Alkoholismus* zwischen Arbeitern und Angestellten nachzuweisen*.

Tabelle 9 zeigt die Entwicklung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (Frühinvalidität) infolge von Alkoholismus. Als indirekte Verifizierung der unter Pkt 2.1. formulierten und bereits mit Längsschnittdaten aus dem PLKH-Sektor (vgl. Tab. 1) belegten These der seit 1950 erheblichen Zunahme der Gesamtprävalenz des Alkoholismus in der BRD ist zunächst festzustellen, daß die Morbiditätsquoten bei allen Gruppen außerordentlich stark angestiegen sind. Die Zuwachsraten von 1959 bis 1977 belaufen sich bei Arbeitern auf das 17- bzw. 35-fache (Männer bzw. Frauen) und bei Angestellten auf das 7- bzw. 27-fache. Die in Pkt 2.1. behauptete, zunehmende *Angleichung der Geschlechter* läßt sich aus diesen Verlaufsdaten ebenfalls ablesen.

In Einklang mit allen bisher dargestellten Befunden zur sozialstrukturellen Verteilung des Alkoholismus zeigt sich ferner, daß Arbeiter eine gegenüber Angestellten deutlich höhere Frühinvaliditätsquote aufweisen. Berechnet man das Verhältnis der jeweiligen Gruppen zueinander genauer (s. *Frühinvaliditätsindex* in Tab. 9), so ergibt sich, daß die Differenzen in der Betroffenheit von schwersten Alkoholismusformen nicht nur über die Jahre aufrechterhalten blieben, sondern sich noch mehr zu Lasten der Arbeiter vertieft haben (1959-1977: Männer: 2,30 zu 5,07; Frauen: 2,00 zu 2,60). In der Reihenfolge der Belastung durch Frühinvalidisierung stehen die männlichen Arbeiter mit großem Abstand an vorderster Stelle, gefolgt von den Arbeiterinnen und Angestellten. Der *Frühinvaliditätsindex nach Altersgruppen* (s. Tab. 9) läßt darüberhinaus klar erkennen, daß Arbeiter im Vergleich zu Angestellten nicht nur eine 5- bzw. 2,6-fach höhere Invaliditätsrate haben (Männer bzw. Frauen), sondern auch häufiger in jüngeren Jahren schon wegen Alkoholismus erwerbs- oder berufsunfähig berentet werden. Fallen die Unterschiede

* Ich danke Herrn *Rehfeld* vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/M-Würzburg, für die großzügige EDV-Bearbeitung meiner Fragestellungen.

Tabelle 9 : Berufsunfähigkeits (BU)- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (EU) aufgrund von Alkoholismus in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (nur Pflichtversicherte)
BU- und EU-Renten zusammengefaßt

Jahr	Arbeiter		Angestellte		Arbeiter		Angestellte	
	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *	absolute Fallzahl	auf 100 000 Versicherte *
1950	10	0,11	7	0,10	7	0,10	0	0,00
1959	189	1,98	16	0,20	35	0,86	7	0,10
1972	1 340	14,09	184	3,37	-	-	-	-
1973	1 531	16,06	190	3,51	120	2,53	68	1,17
1974	2 081	22,16	245	4,69	174	3,62	106	1,78
1975	2 263	24,86	294	5,71	244	4,88	142	2,31
1976	2 850	31,20	352	6,68	287	5,19	154	2,46
1977	3 062	33,70	366	7,02	343	6,65	171	2,70

Frühinvaliditätsindex (Arbeiter : Angestellte) Männer 1959 : 2,30 * Frauen 1959 : 2,00 * (alle Altersstufen)
1977 : 5,07 1977 : 2,60

Frühinvaliditätsindex (Arbeiter : Angestellte) Männer 1973 : 9,07 * Frauen 1973 : 3,51 * (15 bis 39 Jahre)
1973 : 6,83 1973 : 1,89 (40 bis 64 Jahre)

* Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Erhebungen zur Zahl der Pflichtversicherten in der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung. Aus: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, entsprechende Jahrgänge.

Quelle (für die absolute Fallzahl): Statistik der deutschen Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten vom Verband Deutscher Rentenversicherungssträger, Frankfurt/a.M., EU-Berechnung von Herrn Rehfeld, März 1979. (Die BU- und EU-Renten aufgrund von Alkoholismus, ICD- Nr 303, sind in den allgemein zugänglichen Statistiken der Rentenversicherungssträger nicht gesondert ausgewiesen sondern nur in der ICD-Gruppe 300 bis 309 mitenthalten, liegen jedoch EU-gesondert ab 1972 bzw. 1973 bis 1977 vor). Von 1959 bis 1972 existieren keine Daten. Zwischen 1950 und 1959 ist ein nennenswerter Zuwachs erst mit dem Jahr 1959 festzustellen.

zwischen Arbeitern und Angestellten auf der hier analysierten Ebene der *Pflichtversicherten*⁷⁷ bereits auffallend hoch aus, so kann angenommen werden, daß sie bei Einbeziehung differenzierterer sozioökonomischer Gruppen z.B. der *freiwillig* versicherten Angestellten noch deutlicher hervortreten.⁷⁸ Die Frage, warum Arbeiter einer wesentlich stärker ausgeprägten Frühinvalidität infolge Alkoholismus (wie auch anderer psychischer Störungen⁷⁹ und organischer Krankheiten⁸⁰) unterliegen, läßt sich auf der Grundlage der Rentenversicherungsstatistik allein nicht beantworten, sondern nur im Zusammenschluß mit den bisherigen Ergebnissen zur ungleich hohen Alkoholgefährdungs- und Erkrankungsquote der Arbeiterschaft sowie besonders zur extrem starken Benachteiligung der unqualifizierten Arbeiter im System der Alkoholkrankenversorgung, als deren zugespitzte Konsequenz die hohe Frühinvaliditätsrate interpretiert werden muß.

7. Zusammenfassung und Prognose

Als Gesamtresümee ist festzuhalten: Im krassen Gegensatz zur These des Wohlstandsalkoholismus belegen sämtliche empirischen Materialien, daß nicht die privilegierten, sondern die unteren Sozialschichten als Resultat ihrer sozialen Lage die höchsten Erkrankungs-, Chronifizierungs- und Invalidisierungsraten aufweisen. Von Tendenzen hin zu einer Nivellierung der innerhalb der Sozialstruktur erheblich differierenden Erkrankungsrisiken kann keine Rede sein. Vielmehr verweisen die Probleme der Massenarbeitslosigkeit auf eine weitere Verschärfung der Alkoholismusverteilung zu Lasten der unteren Schichten. Ebenso deutlich läßt sich dokumentieren, daß Chancengleichheit bezüglich Gesundheit auch im Bereich der Alkoholkrankenversorgung in der BRD eine Fiktion ist (hier hätte die Formel des Wohlstandsalkoholismus ihre Gültigkeit).

Diese Übereinstimmung und Eindeutigkeit der Befunde darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine Intensivierung und Erweiterung der epidemiologischen Forschung (z.B. durch *sozialanalytische Studien*, *fortlaufende Längsschnitterhebungen* usw.) nach wie vor dringend notwendig ist. Andererseits aber muß man auch sehen, daß eine Erhöhung der empirischen Präzision allein, d.h. ohne Verfügung über die politischen Mittel zur Durchsetzung der erreichten Erkenntnis, nicht davor bewahrt, daß auf der politischen Entscheidungsebene epidemiologische Daten je nach Opportunität z.B. zur Abwehr von Gesundheitskosten verfälscht werden, wie dies gegenwärtig die Bundesregierung in massiver Form praktiziert, keineswegs etwa nur zum Problem der sozialstrukturellen Verteilung des Alkoholismus, sondern insbesondere auch zur Frage der Gesamtprävalenz. Denn während die ermittelte Zahl von etwa 1,6 Millionen von den einschlägigen Fachverbänden, auch der Psychiatrie-Enquête⁸¹ als eine die tatsächliche Lage weitgehend realitätsnah wider-

spiegelnde Schätzungen anerkannt⁸² und zum Maßstab für den Gesamtumfang der notwendigen gesundheitspolitischen Initiativen erhoben wurde, versucht die Bundesregierung, diese Zahl in Zweifel zu ziehen und per Definition auf ein Minimum zu drosseln. Wurde im Gesundheitsbericht 1971 die damalige Quote von 600 000 „unmittelbar an Alkoholismus leidenden“⁸³ Personen bestätigt und zur Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen deklariert, erkennt die Bundesregierung heute in krassem Widerspruch zu den gegenwärtig vorliegenden Daten nur noch 150 000 als akut alkoholgefährdet und behandlungsbedürftig an.⁸⁴ Da ihr die jüngsten Prävalenzstudien bekannt sind, ist ihr Vorgehen nicht mehr als blindes Vorbeigreifen am wirklichen Gesundheitsbedarf zu werten, sondern als dessen bewußte Verharmlosung, um die spätestens seit 1974 mit Beginn der Wirtschaftskrise auch im Bereich des Alkoholismus einsetzende Politik der im Verhältnis zum steigenden Gesundheitsbedarf zunehmenden Mittelverknappung in der Öffentlichkeit als legitim und angemessen erscheinen zu lassen. Die Konsequenzen sind gravierend. Denn die Richtzahl von 150 000 muß als endgültige Absage an eine umfassende strukturell-präventive Gesundheitspolitik sowie als Signal für die wohl auch zukünftig anhaltende Stagnation in der vor allem auf Frühbehandlung zu orientierenden Reform der kurativen Infrastruktur des Alkoholkrankensektors interpretiert werden. Vermochte die Gesundheitspolitik des Staates bis heute noch nicht einmal die Zuwachsraten des Alkoholismus zu mindern (vgl. Pkt 2.1. sowie Pkt 6.), geschweige denn die Gesamtprävalenz wirkungsvoll zu senken, so muß auf der Basis des gegenwärtigen Standpunkts der Bundesregierung prognostiziert werden, daß sich die Schere zwischen dem gesellschaftlichen Bedarf und dem bereitgestellten Umfang an gesundheitlicher Sicherung im Alkoholkrankensektor noch weiter vergrößern wird.

Anmerkungen

- 1 Grotjahn, A.: Soziale Pathologie, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1977 (Reprint), S.263-293.
- 2 Laquer, B.: Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus. In: Cromm, J. (Hg.): Krankheit und soziale Lage, Cromm-Selbstverlag, Göttingen, 1977, S.473-495.
- 3 S. Jahrsberichte 1969 bis 1977 „Forschung im Geschäftsbereich des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit“, Kohlhammer Verlag, 1970 bis 1978.
- 4 Frankfurter Rundschau vom 20. Okt. 1978, Mitteilung des Hessischen Finanzministers H. Reiz.
- 5 So werden z.B. laufend neue Institute beauftragt, Kriterien der Alkoholismusbestimmung gewechselt oder in Wiederholungsbefragungen die Altersgruppen nicht konstant gehalten, so daß Vergleiche unmöglich werden.
- 6 Vgl. z.B. die in hoher Auflage erschienene Broschüre: Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen, Drucksache 8/922, 1977, im folgenden abgekürzt: Alkoholbroschüre Bundesregierung.

- 7 Zur Gesundheitspolitik unter kapitalistischen Produktionsbedingungen s. z.B. Regus, M.: Das Gesundheitswesen in der BRD. In: Deppe, H.-U. u.a. (Hg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*, Pahl-Rugenstein, 1973, S.29-76.
- 8 S. u.a. Antons, K. u. Schulz, W.: *Normales Trinken und Suchtentwicklung*, Bd. 1, Hogrefe Verlag, 1977, S.235.
- 9 S. Alkoholbroschüre Bundesregierung, a.a.O., S.6; Bundestagsdrucksache 7/3793 vom 18.6.1975, S.6-7.
- 10 Vgl. IPW-Forschungsheft: *Sozialökonomische Aspekte der Lebensweise der Arbeiterklasse im Kapitalismus*, 3, 1978.
- 11 S. Gesundheitsbericht 1971, hg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, 1971, S.123.
- 12 Die meisten Studien wurden auch von kommerziellen Marktforschungsinstituten durchgeführt.
- 13 Eine Auflistung der Studien findet sich in: Alkoholbroschüre Bundesregierung, a.a.O., 4-5.
- 14 Zu dieser Problematik s. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 1, S.52ff.
- 15 S. z.B. Steinbrecher, W. u. Solms, H.: *Sucht und Mißbrauch*, Thieme Verlag, 1975.
- 16 S. Battegay, R. u.a.: *Alkoholismus bei Frauen*, Hoheneck-Verlag, 1970.
- 17 S. Henkel, D. u. Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD, *Das Argument*, AS 12, S.180.
- 18 Ebda, S.179-181.
- 19 Ebda, S.179-181.
- 20 Zum Stadt-Land-Gefälle des Alkoholismus s.: Feuerlein, W. u. Kufner, H.: *Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland*, *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 224, 1977, S.101.
- 21 Z.B. nur Selbsteinschätzung des Alkoholismus durch Fragebögen, z.T. zu geringe Stichproben, z.T. noch nicht validierte Fragebögen, Stichprobenfehler, s. Anm. 28.
- 22 Zur Problematik des Schichtbegriffs s. z.B. Keupp, H.: *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*, München, 1974.
- 23 Vgl. Feuerlein, W.: *Chronischer Alkoholismus*. In: Bellebaum, A. u. Braun, H. (Hg.): *Reader: Soziale Probleme*, Bd. 1, Frankfurt, 1974.
- 24 *Psychiatrie-Enquête*, Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975, S.49: „In Deutschland ... sind männliche Alkoholiker ... anteilmäßig auf alle sozialen Schichten gleichmäßig verteilt. Dagegen konzentrieren sich die Alkoholikerinnen auf die oberen sozialen Schichten.“
- 25 Vgl. auch Steinbrecher u. Solms, a.a.O., III/34 ff.
- 26 Nach Zapf, W. (Hg.): *Lebensbedingungen in der Bundesrepublik*, Frankfurt, 1977, S.182-183.
- 27 Zur Struktur der Selbständigen s. ebda.
- 28 Nach den Daten von Zapf, a.a.O., beläuft sich die Überrepräsentation der Selbständigen auf fast das Doppelte ihres tatsächlichen Anteils.
- 29 Vgl. Pohl, H. u.a.: *Trinkverhalten und Trinkprobleme*, Ergebnisbericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, München, April 1974, S.160,250.
- 30 S. Klee, E.: *Nichtseßhaften-Report*, Frankfurt, 1979, S.35.
- 31 S. Weber, R.: *Körperlich-seelische Verfassung Gefährdeter*, *Gefährdetenhilfe*, 2, 1976; *Materialsammlung I zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD*, hg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart, 1973, S.158.

- 34 Wieser, St. u. Feuerlein, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen, Fortschr. Neurol. Psychiat., 8, 1976, S.455-457.
- 35 S. z.B. Feuerlein, W. u. Kunstmann, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten, Münch. med. Wschr., 44, 1973, S.1991-1996; Köster, H. u.a.: Alkoholismus als Karriere, Projektbericht unveröff., Düren-Köln, 1978.
- 36 S. Dilling, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung, Nervenarzt, 48, 1977, S.586-602; Weinland, W.L.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen, Spektrum, 4, 1975, S.110-118. Nach diesen beiden Studien beträgt der Anteil des Alkoholismus an allen Diagnosen zwischen 2 und 4 Prozent.
- 37 Zu vermuten ist, daß Selbsthilfegruppen, ähnlich wie die Gruppen der Anonymen Alkoholiker, vermehrt von Angehörigen der mittleren Sozialschichten frequentiert werden.
- 38 Diese Zahl ergibt sich auf der Basis der Daten in Tab. 1 und der Angabe, daß die Zahl der Gesamtaufnahmen (alle Diagnosen) im Bereich der Psychiatrischen Krankenhäuser ca. 200 000 beträgt (s. dazu: Psychiatrie-Enquête, Bundestagsdrucksache 7/4200, 1975, S.7.
- 39 S. Jahresbericht 1976 und 1978 des Gesamtverbands für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKID, Kassel, 1977, 1979 sowie Hilfe für Suchtkranke, Caritas, Freiburg, 1978.
- 40 In der Statistik der Diakonie wird die Kategorie 'höhere und gehobene Angestellte/Beamte' verwendet, während die Unterteilung in der Erwerbstätigenstruktur direkt auf dem Kriterium der leitenden Tätigkeit basiert.
- 41 Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychiatrie-Enquête, 7/4201, a.a.O., S.491.
- 42 Gleiss, I., Seidel, R. u. Abholz, H.: Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt, 1973, 37ff.
- 43 Ebda.
- 44 Flegel, H. u. Schütt, U.: Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz u. soziale Schicht in Düsseldorf, Soc. Psychiat., 2, 1967, S.49-42.
- 45 Häfner, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse, Zeitschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol., 3, 1969, S.85-114.
- 46 Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Modell kann im Rahmen dieses Aufsatzes nicht geleistet werden. Es sei hier verwiesen auf: Deppe, H.-U.: Medizinsoziologische Bemerkungen zur Ökologie und Epidemiologie am Beispiel von schizophren Erkrankten, Das Argument, 60, 1970, S.129-141.
- 47 S. Häfner, a.a.O., S.95-99.
- 48 Dies zeigt sich z.B. auch an empirischen Materialien zum Verhältnis von Arbeitsbedingungen und Alkoholismus, s. dazu: Atons u. Schulz, a.a.O., Bd. 1, S.74-78; s. vor allem auch Grotjahn, a.a.O. sowie Laquer, a.a.O.
- 49 Warnberg, K. u. Horn, K.: Alcoholism Syndroms Related to Sociological Classification, Int. J. of Addictions, 8, 1973, S.99-120.
- 50 Brenner, H.N.: Mental Illness and the Economy. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1973; Brenner, H.N.: Estimating the Social Costs of National Economic Policy: Implications for Mental and Physical Health, and Criminal Aggression, U.S. Government Printing Office, Washington, 26. Oct. 1976.
- 51 Brenner, 1976, a.a.O., S.38f. u. 68ff. (als Alkoholismusindikator wurde die Cirrhose-Sterblichkeit gewählt).

- 52 Brenner, 1973 u. 1976, a.a.O., umgekehrt ließ sich feststellen, daß Aufnahmequoten in Zeiten von Konjunkturaufschwüngen und sinkender Arbeitslosigkeit wieder zurückgingen.
- 53 Obwohl schon seit etwa 1968 an der Universität Freiburg ein Dokumentationszentrum zur Erfassung der PLKH-Patienten nach den verschiedensten Kriterien existiert, sind entsprechende Daten, die hier wertvoll gewesen wären, nicht zu erreichen gewesen. Auch die Universitätsklinik Frankfurt/M. zog ihr Versprechen, weitere Daten zur Verfügung zu stellen, zurück, als dem Direktor Bochnik bekannt wurde, daß sie für einen Aufsatz in der Zeitschrift „Das Argument“ vorgesehen waren.
- 54 S. Wanke, K., a.a.O., S.491.
- 55 Vgl. die Jahresberichte der Diakonie und Caritas, a.a.O.
- 56 Eigene Berechnungen auf der Grundlage der eigenen Erhebung, s. dazu Pkt 5. im Text.
- 57 S. Maul, D. (Hg.): Alkohol am Arbeitsplatz, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg, 1979, verschiedene Aufsätze dazu.
- 58 Vgl. z.B. Wacker, A. (Hg.), a.a.O., S.38,57,179,194.
- 59 Brenner, 1976, a.a.O., S.26 (dort auch weitere Literatur).
- 60 Kissin, B., Platz, A., Su, W.H.: Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism, J. Psychiatr. Res., 8, 1970, S.13-27; Köster u.a., a.a.O.; Salzmann, B.: Einige soziale Bedingungen zur Entstehung des Alkoholismus, unveröff. Diplomarbeit, Köln, 1967; Wieser, St.: Alkoholismus 1940-1959, Fortschr. Neurol. Psychiat., 4, 1962, S.201ff.; Warnberg u. Horn, a.a.O.; Dietrich, H. u. Herle, L.: Über Alter, Sozialschicht, Mobilität und Wohnort chronischer Alkoholiker, Kölner Zeitschr. f. Soz. u. Soz.Psychol., 2, 1969 (interpretativ sehr problematisch).
- 61 Vgl. Maul, D. (Hg.), a.a.O., bes. S.116ff.
- 62 S. dazu: Wieser, St., a.a.O.; Köster u.a., a.a.O.; Salzmann, a.a.O.; Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.23-29.
- 63 S. Zapf (Hg.), a.a.O., S.149ff., 209ff.; siehe auch die Strukturdaten zur Arbeitslosigkeit hg. v. Bundesanstalt f. Arbeit (Ild.); Achten, U. u.a.: Recht auf Arbeit — eine politische Herausforderung, Neuwied, 1978, S.105-128.
- 64 S. z.B.: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Dokumentation über eine Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern 1976, hg. vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren, München, 1978, S.54f.
- 65 Wieser, St.: Diskussion. In: Rehabilitationskongreß Heidelberg 1968, Stuttgart, 1969, S.463-465.
- 66 Vgl. Dietrich u. Herle, a.a.O. (sie prägten auch den Slogan: Der Alkoholiker ist der typische Absteiger; und zwar aufgrund seiner Krankheit an sich).
- 67 S. Psychiatrie-Enquête, 7/4200 u. 7/4201, a.a.O., s. bes. in 7/4201, S.54-57 (Rückfallquote ca. 75 %), S.488-503, S.506-520 (zur Nachsorgeproblematik), S.521-564 (quantitativer Überblick).
- 68 Dies insofern, als in fast sämtlichen Studien, Erhebungen usw. zur Alkoholkrankenversorgung die Sozialschichtproblematik überhaupt nicht tangiert wird, auch dann nicht, wenn Reformvorschläge unterbreitet werden, s. z.B.: Planungsmaterialien zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, hg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, 1978, S.152-160.
- 69 Feuerlein, W.: Katamnestiche Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern. In: Psychiatrie-Enquête, 7/4201, a.a.O., S.506-520 (deutlicher Nachweis der Benachteiligung der unteren Sozialschichten im Bereich der Alkoholkrannachsorge).

- 70 S. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.143-179, 16-17.
- 71 S. Jahrbuch 1979 zur Frage der Suchtgefahren, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg, 1979, darin ein Verzeichnis aller 'offenen' Fachkliniken, die dem Fachverband angeschlossen sind. Auch in meiner Erhebung wurden nur solche 'offenen' Fachkliniken berücksichtigt, die also sämtlich freiwilligen Aufnahme-modus haben.
- 72 Mitteilung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS, Hamm, 1979.
- 73 Zu den Gründen der Selektivität der Fachkliniken s. Antons u. Schulz, a.a.O., Bd. 2, S.16-17.
- 74 Die Zahl der Betten in den PLKH-Alkoholikerstationen wird auf etwa 10 000 geschätzt (Mitteilung der DHS, s. Anm. 72). Dem stehen jedoch ca. 60 000 Aufnahmen von Alkoholkranken im Jahr im gesamten PLKH-Sektor entgegen. Innerhalb der PLKH nehmen die Alkoholkrankenstationen schon einen relativ privilegierten Rang ein. Danach ist zu vermuten, daß die Patienten in diesen Spezialstationen eine noch vergleichsweise günstige Selektion darstellen z.B. im Vergleich mit sämtlichen Patienten in den sog. chronischen Stationen.
- 75 Schaefer, H. u. Blohmke, M.: Sozialmedizin, Stuttgart, 1972, S.384. Es sei in diesem Zusammenhang noch betont, daß die Bescheinigungen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein sorgfältiges Gutachterverfahren voraussetzt, und die Daten von daher besonders zuverlässig sind.
- 76 Reichsversicherungsordnung, s. darin die entsprechenden Krankheitsdefinitionen im Sozialrecht.
- 77 Zur Unterscheidung von Pflicht- und freiwillig Versicherten s. die Informationsbroschüren der Rentenversicherungsträger. Es sei hier nur systematisch angemerkt, daß sich diese beiden Gruppen einkommensmäßig unterscheiden (freiwillig Versicherte verfügen über das höhere Einkommen, liegen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze). Pflichtversicherte stellen also den einkommenschwächsten Teil innerhalb der Arbeiter- bzw. Angestelltenrentenversicherung dar.
- 78 Analog der Ergebnisse von Ricke, J., Karmaus, W. u. Höh, R.: Frühinvalidität — Arbeiterschicksal?, Das Argument, AS 17, 1977, S.148-161.
- 79 Henkel, D. u. Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD, Das Argument, AS 12, 1976, bes. S.171-174.
- 80 Ricke u.a., a.a.O.
- 81 Psychiatrie-Enquête, 7/4200, a.a.O., S.13.
- 82 Vgl. sämtliche Broschüren der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS, Hamm.
- 83 Gesundheitsbericht 1971, a.a.O., S.123.
- 84 So Bundesgesundheitsministerin Huber in der Beantwortung der großen Anfrage der CDU-CSU-Bundestagsfraktion am 11. Nov. 1977; entsprechend mehrmals in Pressekonferenzen. Diese Zahl von 150 000 wurde von der Presse breit berichtet, s. z.B. Frankfurter Rundschau vom 12. Nov. 1977. Die Zahl ist bisher nicht korrigiert worden, so daß sie als fester Eckwert in der staatlichen Gesundheitspolitik gewertet werden muß.