

Erika Sieber, Véronique Héon, Stefan N. Willich

Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätsklinikum
Charité, Humboldt-Universität zu Berlin

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der ehemaligen DDR und in den neuen Bundesländern

Zusammenfassung

Ziel dieses Artikels ist die Beschreibung des Transformationsprozesses nach der Wiedervereinigung Deutschlands am Beispiel der Versorgungsstrukturen für Alkoholabhängige in der ehemaligen DDR und in den neuen Bundesländern. Der Alkoholkonsum sowie das System der Alkoholikerbetreuung in der ehemaligen DDR werden dargestellt und mit Daten aus dem stationären Versorgungsbereich ergänzt. Daran schliesst sich die Darstellung der „Wende“-bedingten gesellschaftlichen und organisatorischen Transformationsprobleme an. Die notwendigen Umstrukturierungen werden aufgezeigt und ein prognostischer Ausblick der zu erwartenden Entwicklung gegeben.

In der DDR war der Alkohol die bedeutsamste Droge, da daneben durch die nahezu undurchlässigen Grenzen und die fehlende Konvertierbarkeit der Währung kein Markt für illegalisierte Drogen entstehen konnte¹. Es ist bekannt, dass Alkoholgebrauch und -missbrauch mit der sozialen Stellung korrelieren² und der gesellschaftliche und persönliche Umgang mit Alkohol von vielen Faktoren beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „Kollektives“ von grosser Bedeutung. Die „Kollektivierung“ der Arbeitswelt und das „kollektive Erleben“ hat in der DDR neue Trinksitten geschaffen³. Dies wurde besonders in den Naturalien-Zugaben zum Gehalt deutlich, z.B. durch die Vergabe von Grubenschnaps an Berg-

leute oder Deputat-Alkohol an Brauereimitarbeiter. Viele neue Anlässe zum Trinken wurden geschaffen: z.B. neu festgelegte Ehrentage einer jeden Berufsgruppe: „Tag des Bauarbeiters“, „Tag des Lehrers“, „Tag des Einzelhandels“ usw. Auch der Internationale Frauentag (8. März) war in den Betrieben immer Anlass zu grösseren Feiern. Auszeichnungen wie „Kollektiv der sozialistischen Arbeit“ oder „Aktivist der sozialistischen Arbeit“, die alljährlich in den Betrieben in Auswertung des „sozialistischen Wettbewerbs“ der verschiedenen Arbeitskollektive bzw. Brigaden vergeben wurden, waren Anlass zu tüchtigem Feiern. Um die Anerkennung als „Kollektiv der sozialistischen Arbeit“ erhalten zu können, mus-

sten ausser den Planübererfüllungsangaben auch Teilnahme an „Volkswirtschaftlichen Masseninitiativen“ und Gemeinschaftserlebnisse abgerechnet werden (Brigadetagebuch) wie z.B. Brigadefeiern, Kegelabende, Brigadeausflüge usw. die auch nicht ohne Alkoholkonsum abliefen.

Alkoholkonsum in der ehemaligen DDR

Beim Alkoholkonsum sind 3 Formen zu differenzieren: Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol. Der Alkoholmissbrauch erhöht das Risiko für bio-psycho-soziale Schäden. Nach Auffassung der WHO wird heute davon ausgegangen, dass ab einem durchschnittlichen täglichen Konsum von 40 g Reinalkohol pro Tag für Männer (Frauen ab 20 g) ein Gesundheitsrisiko besteht^{4,5}. Alkoholabhängigkeit hat vielfältige Definitionen (DSM-III, DSM-III-R, ICD-10). Eine Definition von 1992 aus den USA ist für die Arbeit mit diesen Patienten von besonderer Wichtigkeit, weil darin der Schweregrad der Erkrankung deutlich wird: „Alkoholismus ist eine primäre, chronische Erkrankung, deren Entwicklung und Manifestation durch genetische,

psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst werden. Die Erkrankung verläuft häufig progressiv und tödlich. Sie ist gekennzeichnet durch eine unzureichende Fähigkeit, den Alkoholkonsum zu kontrollieren, durch die zwanghafte gedankliche Beschäftigung mit der Droge Alkohol, durch den Konsum von Alkohol trotz nachteiliger Folgen und durch Denkstörungen, insbesondere durch Verdrängung des Problems. Alle diese Symptome können vorhanden sein oder sporadisch auftreten.“ (Dauderer, Drogenhandbuch-7. Erg.Lfg. 12/93)⁶.

Die Entwicklung des jährlichen Pro-Kopf-Verbrauchs an den verschiedenen alkoholischen Getränkearten in der DDR ist in Tabelle 1 zu sehen. Da 50% des Alkohols von 10% der Bevölkerung getrunken werden, ist der Verbrauch extrem schief verteilt in der Bevölkerung. Auf dieser Grundlage schätzte Keyserlingk⁷ 1987 auf der 1. Tagung der Arbeitsgemeinschaft „Suchtkrankheiten“: in der DDR sind 9% der Männer und 2% der Frauen von einer permanenten Schädigung durch Alkohol betroffen, wenn man die oberen Grenzwerte einer Gesundheitsschädigung bei langzeitigem Konsum von über 80 g reinem Alkohol pro Tag bei Männern und von über 50 g bei Frauen ansetzt⁷.

In einem internationalen Vergleich (49 Länder, 1961–1988) hatte die DDR-Bevölkerung 1988 den höchsten Verbrauch an Spirituosen mit 16 Litern pro Person pro Jahr. Umgerechnet auf Reinalkohol sind das 5,2 Liter⁸ oder 47% des gesamten Reinalkoholkonsums. Die Angaben zur bundesdeutschen Bevölkerung im Jahr 1988 lagen hingegen bei 6 Litern Spirituosen bzw. 2,1 Litern Reinalkohol oder 18% des gesamten Reinalkohols. Allerdings war der Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol aller alkoholischen Getränkearten zusammengenommen insgesamt in der BRD immer

Jahr	Bier (1)	Wein/Sekt (1)	Spirituosen (1)	Reinalkohol (1) gesamt
1955	68,5	1,7	4,4	3,9
1960	79,5	3,2	3,5	4,1
1965	80,6	4,2	4,7	4,8
1970	95,7	5,0	6,6	6,1
1975	119,7	7,4	8,6	8,0
1980	139,1	9,6	12,3	10,1
1985	141,6	10,3	15,2	10,3
1986	142,1	10,9	15,4	10,5
1987	141,3	11,7	15,9	10,7
1988	143,0	12,1	16,1	11,0
1989	146,5	12,1	15,5	10,9

Quelle: Statistische Jahrbücher der DDR.

Der Pro-Kopf-Verbrauch wurde nach einer im Rat für Gegenseitige Wirtschaftshilfe beschlossenen Methodik berechnet. Er ergab sich als Quotient aus dem Gesamtverbrauch und der mittleren Bevölkerung. Der Gesamtverbrauch wurde berechnet aus der Inlanderzeugung zuzüglich des Aussenhandelsaldos und unter Berücksichtigung der Bestandsveränderungen sowie der Verluste bei Lagerung, Transport und Weiterverarbeitung (Statist. Jahrbuch der DDR 1983, S. 271).

Tabelle 1. Jährlicher Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol nach Getränkearten in der DDR.

größer als in der ehemaligen DDR (Tabelle 2).

In einer für die Berufsschulen repräsentativen Untersuchung von 694 Lehrlingen (14–19 Jahre) des VEB (Volkseigener Betrieb) Baumontagekombinat Schwerin im Jahre 1981 wurden 7% der männlichen Lehrlinge als „alkoholkrank“ (Kriterien: im letzten Jahr täglich über 60 g Reinalkoholkonsum und zwanghafter Wunsch zum Trinken, viele soziale Schwierigkeiten) und 15% als äusserst „alkoholgefährdet“ (Kriterien: gleiche Trinkmenge aber ohne zwanghaften Wunsch zum Trinken, viele soziale Schwierigkeiten) eingestuft. In einer weiteren Studie eines Schweriner Betriebes, dem VEB Grünanlagen wurden unter den 293 Beschäftigten sogar 12% „alkoholabhängig“ und 9,2% als „alkoholismusgefährdet“ diagnostiziert⁷. Man kann davon ausgehen, dass diese Ergebnisse nicht zu verallgemeinern sind (Selektion durch Betriebsprofile) und damit eher eine Überschätzung erfolgt ist. Dagegen sind die Ergebnisse der Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung in 3 Kreisen von Möbius und Schirmer 1976⁹ zum Trinkverhalten als realistischere

	1960	1970	1980	1987	1988	1989
DDR	4,1	6,1	10,1	10,7	11,0	10,9
BRD	7,3	10,8	12,5	11,8	11,8	11,8

Quelle Statistische Jahrbücher der DDR und der BRD.

Tabelle 2. Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol (Liter) im Jahr in der DDR und der BRD, 1960–1989.

Schätzung einzustufen. Bei einer Rate von 3,2% Verweigerern unter den Probanden kann eher von einer Unterschätzung des Alkoholproblems ausgegangen werden. Sie fanden unter den männlichen Facharbeitern 38,2% tägliche Alkoholkonsumenten, 60% unter den ungelerten Arbeitern und 13,8% unter den Fach- bzw. Hochschulabsolventen. 3,2% der befragten Männer und 0,2% der Frauen gaben an, vom Alkohol nicht wieder losgekommen zu sein und wurden als „alkoholabhängig“ erfasst. Zu Differenzierungen nach Trinkertypen (Jellinek) bzw. zum Binge-Trinken liegen für die ehemalige DDR keine Untersuchungen vor.

System der Alkoholikerbetreuung

Für die Betreuung verschiedener Krankheitsgruppen hatte sich ein Dispensairesystem entwickelt, u. a. auch das Suchtkrankendispensaire¹⁰. Unter dem Suchtdispensaire verstand man ein System, in dem alle Einrichtungen bzw. Personen (Ambulanzen für Suchtkranke in Polikliniken, Tages- und Nachtkliniken und Kreiskrankenhaus sowie pflegerischen Komplementäreinrichtungen bis hin zu Nachbetreuungsstrukturen inklusive Gruppen- und Selbsthilfegruppenangeboten) zur Behandlung eines Abhängigen regional und überregional zusammenarbeiten. Dabei hielt die Abteilung bzw. Klinik für Suchtkranke oder falls vorhanden, die Fachambulanz für Alkohol- und Drogen eine Schlüsselposition inne (siehe Abb. 1). Die Dispensaires unterschieden sich in Aufbau, Vernetzung, Kapazitäten und Durchführung (Inhalte) der Betreuung von Abhängigen in den 15 Bezirken bzw. ihren Kreisen. Im April 1980 gab der Magistrat von Berlin, Hauptstadt der DDR, Abteilung Gesundheits- und So-

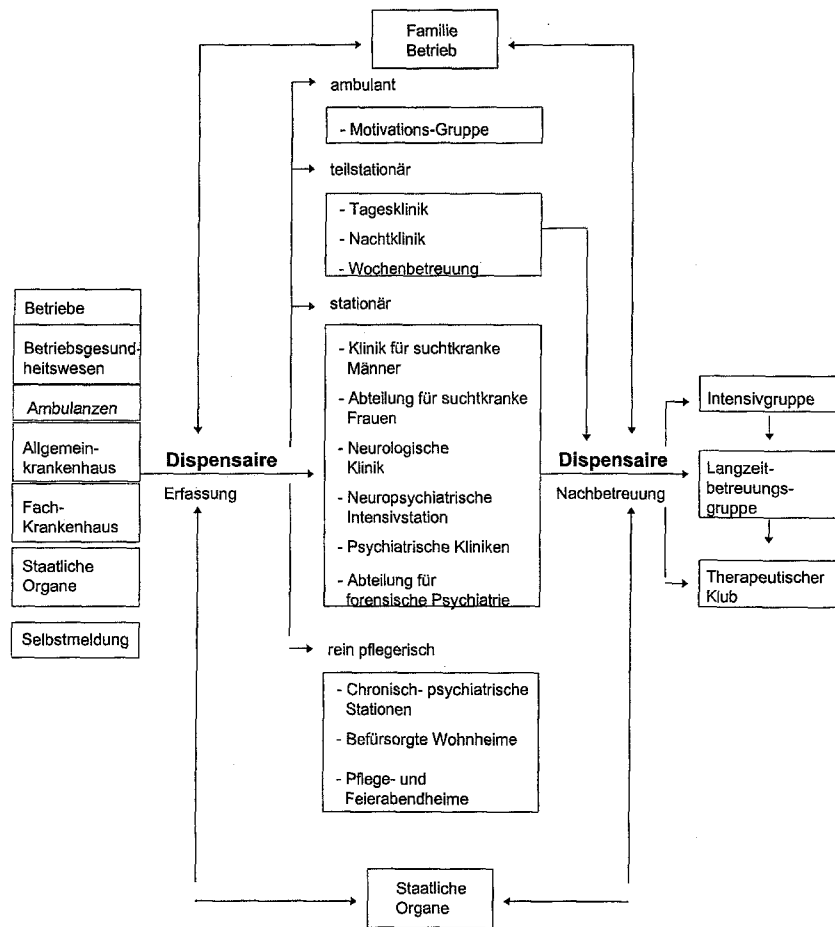


Abbildung 1. Das Suchtkrankendispensaire (Windischmann 1990).

zialwesen den „Massnahmeplan zur weiteren Verbesserung der Betreuung von Alkoholkranken und Medikamentenabhängigen in der Hauptstadt für die Jahre 1980/81“¹¹ heraus. Darin wurden die Betreuungsstrukturen in den einzelnen Stadtbezirken Ostberlins, die Kompetenzen und die Aufgaben der an der medizinischen Betreuung beteiligten Einrichtungen festgelegt. Es gab in jedem Stadtbezirk eine Beratungsstelle für Neurologie und Psychiatrie zur Erfassung und Betreuung der Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Die personelle Minimalausstattung bestand aus einem ärztlichen Leiter, einem Psychologen und einem fürsorgerisch tätigen Mitarbeiter (jeweils vollzeitbeschäftigt). Weiterhin waren alle

Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens angewiesen, die Patienten mit Verdacht auf Alkohol- und Medikamentenabusus an die territorial zuständige Beratungsstelle zu überweisen. 1989 bestand ein überregionales, stationäres Versorgungsnetz aus 50 speziellen Abteilungen für Alkoholkranken an psychiatrischen Krankenhäusern, verteilt über die 15 Bezirke der DDR. Dabei gab es keine speziellen Behandlungsmodelle für Untergruppen von Alkoholabhängigen wie Jugendliche, Frauen, Vorbestrafte, Kriminelle⁸. Für die ambulante Versorgung bestand 1989 ein Netz aus insgesamt 400 Beratungs- und Behandlungsstellen (inklusive 263 ambulante Suchttherapiestellen) mit verschiedenen Betreuungsangebo-

ten für Alkohol- und Medikamentenabhängige¹². Fachärzte (Neurologen, Psychiater, Internisten, Allgemeinmediziner, Sozialhygieniker) leiteten überwiegend diese Suchttherapiestellen, so dass eine fachärztliche Behandlung unmittelbar durchgeführt werden konnte. In den Alkohol-Beratungsstellen arbeiteten Diplom-Psychologen, Medizinfachpsychologen, Sozialpädagogen, Medizinpädagogen, Fürsorger, Krankenschwestern und -pfleger sowie abstinenten Alkoholabhängige⁸. Beratungsstellen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern hatten den Vorteil, dass eine personelle Kontinuität in der prästationären, stationären und poststationären Betreuung bestand. Das war aber nur in städtischen Ballungsgebieten der Fall, da in ländlichen Gebieten die Infrastruktur fehlte. Das Versorgungsnetz dieser Ambulanzen bildete die Grundlage der Behandlungen von Alkoholabhängigen. Die Erfahrungen zeigten, dass 70–80% der alkoholkranken Patienten ausschliesslich ambulant behandelt werden können, von der Entgiftung über die Entwöhnungsbehandlung bis zur Nachbetreuung^{13, 14}. Das sozialistische Gesundheitssystem nahm für sich in Anspruch, dem Kranken eine umfassende Versorgung zu gewähren. Daher wurde der Begriff „Selbsthilfe“ im sozialistischen Gesundheitssystem als Kritik empfunden und anstelle von Selbsthilfegruppen von „Therapeutische Gruppen und -Klubs“ gesprochen, die formal unter Anleitung und Betreuung einer Gesundheitseinrichtung standen. Daneben übernahmen kirchliche sowie kirchlich-karitative Strukturen einen grossen Teil der Suchtkrankenhilfe¹⁵. Erwähnenswert sind die „Abstiniententreffen“ der Gruppen aus allen Bezirken (mehrere hundert Teilnehmer), die seit 1979 alle 2–3 Jahre stattfanden und von der Bezirksnervenklinik in Brandenburg organisiert wurden.

Daten aus dem stationären Versorgungsbereich

Um die Grössenordnung und die Entwicklung des Alkohol-Problems in der DDR zu erfassen, kann die Routinedokumentation der stationären Behandlungsfälle in der DDR von 1970–1989 herangezogen werden. Zu den stationären Einrichtungen wurden alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft und alle Fachkliniken inklusive Rehabilitationseinrichtungen gezählt. Für jeden Aufnahmefall in eine dieser stationären Einrichtungen wurde ein sogenanntes „einheitliches dokumentationsgerechtes Krankenblatt“ als Patientenakte geführt, welches mit einem anonymen abtrennbaren Codierstreifen versehen war. Bei Entlassung wurde der anonyme Codierstreifen nach festgelegten Regeln¹⁶ vom Stationsarzt ausgefüllt und quartalsweise zur zentralen Auswertung auf Bezirks- und Landesebene weitergeleitet. Auf diesem anonymen Codierstreifen war auch die Behandlungsdiagnose nach der gültigen International Classification of Diseases (ICD) verschlüsselt. Diese republikweit erhobenen Daten wurden einmal jährlich zentral ausgewertet und in einem komprimierten Tabellarium mit Kurzkommentaren vom Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung als Mitteilungsheft¹⁶ herausgegeben und einem begrenzten Nutzerkreis zur Verfügung gestellt. Somit bestand eine Übersicht über die Entwicklung der stationären Behandlungsfrequenz für die Diagnose Alkoholismus (303 ICD 9)¹⁷. Die Behandlungshäufigkeit des Alkoholismus in stationären Einrichtungen hat sich von 1970 bis 1989 mehr als verfünffacht. Da Ende der sechziger Jahre, wie in der Bundesrepublik Deutschland auch, Alkoholismus als Krankheit anerkannt wurde, kam es zu zunehmend häufigeren Krankenhausein-

weisungen von Alkoholikern¹⁸. Seit Mitte der siebziger Jahre kam noch dazu, dass von der Polizei aufgegriffene volltrunkene Personen nicht mehr in Polizeigewahrsam ausgenüchert werden durften. Sie wurden in Rettungsstellen von Krankenhäusern gebracht und kamen von da zur Aufnahme in akute Aufnahmestationen dieser Häuser. Zunächst waren die Psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie in anderen Krankenhäusern Hauptaufnahmestellen. Ab Mitte der siebziger Jahre reichte diese Bettenkapazität nicht mehr aus, so dass in immer stärkerer Masse die allgemeinen Krankenhäuser bzw. Inneren Abteilungen an der Entgiftung Alkoholintoxizierter und ihrer somatischen Behandlung beteiligt werden mussten. Von 1973–1988 verzehnfachten sich die Aufnahmen von Alkoholismusfällen (303 ICD 9) in den Abteilungen der Inneren Medizin. Anfangs wurden nur etwa 18% – aber 1988 bereits 41% aller stationären Alkoholismusfälle durch die Innere Medizin entgiftet. Aus der Sicht der Psychiatrie/Neurologie bestand ein anfänglich sehr hoher Versorgungsanteil von 73% (1973) aller Alkoholismusfälle, der bis 1988 auf 51% sank, obwohl sich die absoluten Fallzahlen an aufgenommenen Alkoholismuspatienten in psychiatrischen Abteilungen und Kliniken in dieser Zeit mehr als verdreifachten¹⁹. Das Verhältnis von Männern zu Frauen im stationären Behandlungsbereich lag von 1970–1989 durchgängig bei etwa 5:1 (Tabelle 3). Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer je Fall sank von 1970 (65,0 Tage) bis 1989 auf 30,8 Tage, also um über 50%. Im Durchschnitt waren 1970 ca. 838 Betten pro Tag durch Alkoholismusfälle belegt, 1989 hatte sich diese Zahl um das 2,5fache auf 2116 Betten pro Tag erhöht (Tabelle 3). Die Senkung der durchschnittlichen Verweildauer beruhte auf dem

Jahr	Fälle je 10000 der Bevölkerung der Region			Durchschnittliche Tage je Fall			Täglich belegte Betten
	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	
<i>Angaben zur DDR</i>							
1970	4,9	0,9	2,8	62,4	76,7	65,0	838
1975	7,4	1,5	4,3	49,7	52,6	50,2	990
1980	12,0	2,4	6,9	45,6	55,7	47,5	1495
1985	19,1	4,0	11,2	35,1	40,2	36,0	1832
1987	23,0	4,7	13,4	32,1	35,5	32,7	1997
1989	25,7	5,3	15,1	29,4	36,9	30,8	2116
<i>Angaben zu Ostberlin</i>							
1981	20,4	6,1	12,7	47,8	48,5	47,3	191
1985	24,3	7,1	5,1	41,9	37,3	40,2	201
1889	26,2	7,3	16,3	41,1	30,7	38,6	221
1993	24,8	5,3	14,7	19,3	21,2	19,6	103
1995	28,3	5,8	16,8	20,0	19,7	19,9	120
<i>Angaben zu Westberlin</i>							
1993	52,4	13,6	31,2	24,1	22,8	23,7	423
1995	50,1	14,3	31,4	20,9	21,0	20,9	390

Tabelle 3. Stationäre Behandlungsfälle und -tage mit der Hauptbehandlungsdiagnose Alkoholismus (303 ICD 9) in der DDR 1970–1989 sowie in Ostberlin 1981–1995 und Westberlin 1993, 1995.

überproportionalen Anstieg an Kurzzeitpatienten (Verweildauer unter 7 Tage) von 20% auf über 30% aller Alkoholismusbehandlungsfälle¹⁷. In der Psychiatrie war die stationäre Verweildauer für die Behandlung von Alkoholismus am längsten. Bezogen auf alle 57 Alkohol- und Drogenkliniken der DDR betrug sie im Durchschnitt 61 Tage (1985), wohingegen in der Inneren Medizin die Entlassung durchschnittlich nach 13 Tagen erfolgte. Aus dem Verweildauerprofil aller Fälle mit der Diagnose 303 ICD 9 konnte indirekt rückgeschlossen werden, dass es sich bei etwa 90% um Entzugsbehandlungen und somatische Versorgung handeln musste. Denn nur ca. 10% aller Fälle kamen aus einer Psychiatrischen Abteilung mit einer Liegedauer von mindestens 4 Monaten, die für eine Entwöhnungstherapie als Minimum angesehen wurde¹⁷.

Die Behandlungshäufigkeit der Alkoholkrankheit zeigte erhebliche Unterschiede zwischen den 15 Territorien (Bezirken) der DDR. Dies lässt sich durch unterschiedlich umfangreiche ambulante und stationäre Behandlungsangebote insbesondere im psychiatrischen Bereich, unterschiedliches Engagement von professionellen Helfern für Alkoholabhängige und regional bedingte Morbiditätsunterschiede erklären.

Vergleicht man alle Bezirke, so hatte der Bezirk Dresden von 1970–1989 die niedrigste Behandlungshäufigkeit von Alkoholismus¹⁸, die 1989 8,6 Fälle je 10000 der Bezirksbevölkerung betrug, wohingegen die nördlichen Bezirke die höchsten Fallhäufigkeiten hatten. Die höchste Fallhäufigkeit wurde im Bezirk Schwerin mit 29,5 Fällen, gefolgt vom Bezirk Neubrandenburg mit 24,8 Fällen und

dem Bezirk Rostock mit 21,7 Fällen je 10000 der Bezirksbevölkerung für 1989 gefunden. Die Fallhäufigkeit des Bezirkes Schwerin übertraf also die des Bezirkes Dresden um das 3,4fache (Abb. 2).

Der Vergleich dieser Daten mit denen der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 1989 macht einige Unterschiede sichtbar (Tabelle 4). In der BRD wurden deutlich mehr Fälle an Alkoholismus im Krankenhaus behandelt als in der DDR. Es ist ausserdem zu beachten, dass in diesen Angaben der BRD die Entwöhnungstherapien nicht mit enthalten sind, da diese von den Rentenversicherern getrennt ausgewiesen werden. Dadurch sind die durchschnittlichen Tage je Fall in der DDR länger, da die Routinedokumentation die Entgiftungs- und auch die Entwöhnungsfälle (4 Monate und länger) gemeinsam ausweist.

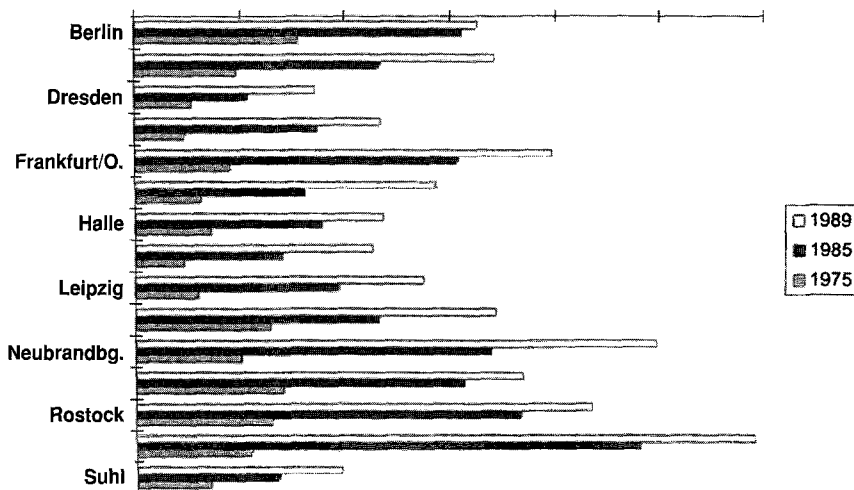


Abbildung 2. Bezirksvergleich der stationären Behandlungshäufigkeit (je 10 000 der Bev.) mit der Hauptbehandlungsdiagnose Alkoholismus (303 ICD), 1975, 1985, 1989.

Nach der „Wende“ werden im Land Berlin seit 1993 nach einheitlichen Kriterien Daten aus dem stationären Bereich erhoben, wobei eine Trennung nach Ost- und Westberliner Bürgern möglich ist²⁰. Daran zeigt sich, dass auch im vereinigten Land Berlin die Unterschiede zwischen West und Ost in der Behandlungshäufigkeit an Alkoholismus noch vorhanden sind (Tabelle 3). So ist die stationäre Fallhäufigkeit bei Westberlinern immer noch etwa doppelt so hoch wie bei Ostberlinern, wobei eine

Tendenz leichten Anstiegs in Ost- und eines leichten Abfalls in Westberlin im Jahre 1995 angedeutet ist. Dagegen haben die durchschnittlichen Tage je Fall von Ostberliner Patienten die von Westberlinern bereits leicht unterschritten (19,9 versus 20,9 Tage).

Transformationsprozess ab 1989

Nach der deutschen Wiedervereinigung kam es zu tiefgreifenden ökonomischen und gesellschaftlichen

Umstrukturierungen in der ehemaligen DDR vor allem auf dem Arbeitsmarkt, im Konsumbereich, im Gesundheitswesen-, Sozial- Bildungswesen²¹. In Ost- und Westdeutschland existierten zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme, und somit gab es nach der Wiedervereinigung auch zwei unterschiedliche Betreuungssysteme für Abhängigkeitskranke, die auf verschiedenen Erfahrungen und Managements von Hilfeleistung basierten. Es galt ein neues Finanzierungssystem der Suchtkrankenhilfe nach Auflösung der Sozialversicherung der DDR aufzubauen. Dabei wurde das gegliederte System der Gesundheitsversorgung mit den unterschiedlichen Kostenträgern (Renten-, Kranken-, Unfallversicherung etc.) eingeführt. Rechtliche Regelungen wurden übernommen, ohne dass dafür schon die infrastrukturellen Voraussetzungen gegeben waren. Durch diese neuen strukturell bedingten Anforderungen waren sowohl Ärzte wie auch Alkoholabhängige zunächst überfordert. Es entstand innerhalb kurzer Zeit ein grosser Bedarf an Weiter- und Fortbildung bzw. Umqualifizierung. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass Vorstellungen zum Krankheitsmodell und zu strukturell-organisatorischen Konsequenzen die Therapeuten in Ost und West nicht trennten.

Es erfolgte der Aufbau von Strukturen, die in den „alten“ Bundesländern über lange Zeiträume entwickelt worden waren. Die Veränderungen im speziellen Betreuungssystem für Alkoholabhängige im Osten gingen einher mit neuen Beantragungsfomalitäten (z.B. zur Entwöhnung beim Rentenversicherer: Antrag auf stationäre Massnahme, Gutachten des vertrauensärztlichen Dienstes, ein Sozialbericht). Auch die strikte Kompetenztrennung zwischen den einzelnen ambulanten (niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen, Fachambulanzen) sowie den sta-

1989	Stationäre Fallhäufigkeit je 10 000 Versicherte			Durchschnittliche Tage je Fall		
	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt
DDR ^a	25,7	5,3	15,1	29,4	36,9	30,8
BRD ^{b, c}	34,2	15,4	26,5	17,0	18,3	17,3
	26,3	6,3	13,9	23,8	26,2	24,5

^a Je 10 000 der Bevölkerung.

^b Je 10 000 Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung (AVK).

^c Je 10 000 Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

Quelle b, c: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1991, S. 118–121.

Tabelle 4. Krankenhausfälle und -tage 1989 an Alkoholismus (303 ICD 9) in der DDR und der BRD.

tionären und ambulanten Leistungsanbietern war bisher unbekannt. Die Auflösung von Polikliniken sowie des Dispensairesystems und die grundlegenden Veränderungen in der ambulanten Versorgung (z.B. Einzelpraxis als niedergelassener Arzt) führte zu starken Verunsicherungen aller Beteiligten.

Bis zur Wende waren Wartelisten für Alkoholentwöhnungsbehandlungen die Regel. Die allgemeine Verunsicherung bezüglich der beruflichen Situation sowie des neustrukturierten Gesundheitssystemes führte zunächst zum Rückgang der Inanspruchnahme des Suchtkrankenhilfesystems. Ebenfalls ging in den Beratungsstellen die Nachfrage ambulanter Hilfeleistung drastisch zurück²². Aber bereits 1991 war wieder ein Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen.

Viele Suchttherapeuten haben über eine Zunahme an mehrfachgeschädigten Patienten mit schweren Entgiftungsverläufen in den neuen Bundesländern berichtet²³. Das zeigen auch die Daten der Krankenhausstatistik, die nach der Wende seit 1993 in Berlin (Ost und West) wieder erhoben werden. 1989 wurden in Ostberlin an Alkoholpsychosen (291 ICD 9), die das Delirium tremens als schwerste Komplikation des Alkoholentzugs

einschliessen, 2,9 stationäre Behandlungsfälle je 10000 Einwohner registriert. Das entsprach dem Durchschnittswert der gesamten DDR von 2,3 Fällen¹⁷. Für den Zeitraum 1990–1992, in dem die Auswirkungen der Umstrukturierung des Gesundheitsversorgungssystems am stärksten auftraten, stehen keine Vergleichsdaten zur Verfügung. Für 1993 wurden in Ostberlin extrem hohe Behandlungshäufigkeiten von 10,3 Fällen von Alkoholpsychosen je 10000 der Bevölkerung registriert, die 1995 auf 4,7 Fälle deutlich zurückgegangen waren, aber damit immer noch 60% über den Angaben von 1989 lagen. Ausserdem beobachteten sie eine Häufung von Patienten mit sehr kurzer „Suchtkarriere“. Dabei scheinen die Betroffenen nicht durch die bisher funktionierenden sozialen Netzwerke abgefangen worden zu sein, so dass ein schneller Übergang zum süchtigen Trinken mit allen psychischen, physischen und sozialen Folgen stattgefunden hat.

Weiterhin ging die Zahl der eingewiesenen Frauen relativ zurück, wie aus Tabelle 3 für die Jahre 1993 und 1995 in Ostberlin deutlich wird und auch am Beispiel der Suchtklinik Brandenburg zu erkennen ist. Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug 1991 6:1 und stieg 1992 auf 10:1²⁴. Eine mögliche

Erklärung hierfür könnte sein, dass alkoholabhängige Frauen, die vorher in Betrieben arbeiteten und von dort Druck zur Behandlung erfuhren, nun vermehrt arbeitslos wurden und zu Hause eher ohne Motivation zur Behandlung bleiben, jedoch fehlen dazu derzeit noch entsprechende Untersuchungen. Arbeitslosigkeit – ein in der ehemaligen DDR unbekanntes soziales Phänomen – trat als negative Folge der Wende in den Vordergrund, da es zum Zusammenbruch vieler Wirtschaftsstrukturen in den neuen Bundesländern kam. In einigen Regionen wie z.B. in Mecklenburg-Vorpommern, waren ursprünglich 35–51% der Beschäftigten in landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaften tätig, die nach der Wiedervereinigung fast vollständig aufgelöst wurden²⁵. Dabei entstanden in kürzester Zeit arbeitsmarktpolitische Problemregionen mit Arbeitslosigkeit von einem Ausmass, das es in den alten Bundesländern nie gegeben hat. Die Arbeitslosenquote erreichte 1996 den bisherigen Spitzenwert von 16,7% in den neuen Bundesländern (Tabelle 5). Die Quoten variieren beträchtlich zwischen den einzelnen Bundesländern, wobei 1996 in Berlin/Ost mit 14,4% die günstigste und Sachsen-Anhalt mit 18,8% die ungünstigste Arbeitslosenrate zu verzeichnen war. Die

Jahr	Neue Bundesländer gesamt			Brandenburg	Mecklenbg. Vorpomm.	Sachsen	Sachsen Anhalt	Thüringen	Berlin-Ost
	gesamt	Männer	Frauen						
1991	10,3	8,5	12,3	10,3	12,5	9,1	10,3	10,2	12,2
1992	14,8	10,5	19,6	14,8	16,8	13,6	15,3	15,4	14,3
1993	15,8	11,0	21,0	15,3	17,5	14,9	17,2	16,3	13,7
1994	16,0	10,9	21,5	15,3	17,0	15,7	17,6	16,5	13,0
1995	14,9	10,7	19,3	14,2	16,1	14,4	16,5	15,0	12,4
1996	16,7	13,7	19,9	16,2	18,0	15,9	18,8	16,7	14,4

^a Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen, Jahresdurchschnitt. Quelle: Statistisches Jahrbuch 1995, S. 123 und Bundesanstalt für Arbeit (nachrichtlich).

Tabelle 5. Entwicklung der Arbeitslosenquoten^a in den Neuen Bundesländern, 1991–1996.

Jahr	Personen gesamt n	Mit Arbeit		ABM ^a /Umschulung n	Arbeitslose		Darunter Obdachlose	
		n	%		n	%	n	%
1992	188	55	29	–	133	71	15	8
1993	390	150	38	26	214	55	24	6
1994	510	147	29	33	330	65	30	6
1995	512	149	29	29	334	65	28	5

^a Arbeitsbeschaffungsmassnahme.

Quelle: Klinikstatistiken zum 31.12. der jeweiligen Jahre.

Tabelle 6. Sozialstruktur der Männer mit Alkoholentzugsbehandlung in der Suchtklinik Brandenburg, 1992–1995.

Arbeitslosigkeit betrifft vor allem Frauen (65 % aller Arbeitslosen²⁶). Die Sozialstruktur der seit 1992 in der Suchtklinik Brandenburg aufgenommenen alkoholabhängigen Männer wird aus Tabelle 6 ersichtlich. Es fällt auf, dass über 50 % der zur Akutbehandlung (Entzug) aufgenommenen Männer arbeitslos sind, so liegen die Arbeitslosenquoten zwischen 55 % (1993) und 71 % (1992). Wobei in diesem Zusammenhang die Frage nach dem „Was war zuerst – Alkoholismus oder Arbeitslosigkeit?“ in den Hintergrund tritt, da sich für beide Varianten Argumente finden lassen^{27,28} und die Patienten unter dieser Konstellation auf der Aufnahmestation der Suchtklinik liegen und zu einer weitergehenden Therapie motiviert werden sollen.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnete sich auch in der grössten Ostberliner Suchtklinik ab. Auch hier stellte man fest, dass die zur Alkoholentzugsbehandlung aufgenommenen Personen nach 1993 in schlechterem Allgemeinzustand waren und eine schwerere Multimorbidität aufwiesen als vor 1990²⁹. Dabei hatten sich die negativen sozialen Folgen verstärkt. 1994 waren von den 750 Patienten, die zur Entzugsbehandlung aufgenommen wurden, durchschnittlich 70 % arbeitslos, 15 % obdachlos, wobei ausserdem eine hohe Schuldennrate unter den Patienten vorhanden war³⁰.

Aufgrund der weiterhin unsicheren wirtschaftlichen Entwicklung muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger weiterhin steigen wird²⁶.

Umstrukturierung der Alkoholikerbetreuung und Ausblick auf die Entwicklung

Die ostdeutschen Suchtkliniken waren überwiegend in einem desolaten Bauzustand und entsprachen nicht den bundesdeutschen Normen der Kostenträger. Es folgten dringend notwendige umfangreiche Rekonstruktionsmassnahmen, die auch mit einem Abbau der Versorgungskapazität in diesen psychiatrischen Kliniken (befristet oder auf Dauer) verbunden waren. Dies wurde ausgeglichen durch die Fertigstellung neuer grosser Fachkliniken der Rentenversicherer zur stationären Rehabilitation Alkoholabhängiger in den neuen Bundesländern mit einer Kapazität von 100–150 Suchtbetten. Es kam zu einer Betten-Überkapazität, aus der sich erstmalig eine Konkurrenzsituation um Patienten entwickelte. Man beobachtete eine Tendenz, dass in die meist wohnortfernen neu erbauten Kliniken die Patienten mit der günstigeren Prognose zur Aufnahme kamen, wohingegen die chronisch mehr-

fachgeschädigten, sozial isolierten Fälle mit ungünstigerer Prognose in die gemeindenahen, ehemaligen Suchtkliniken eingewiesen wurden³¹.

Wesentliche Schritte der Umgestaltung des Suchtkrankenhilfesystems in den neuen Bundesländern waren:

- Übernahme des nach Verantwortlichkeit aufgegliederten Systems und der Kostenübernahme durch die unterschiedlichen Kostenträger, Trägervielfalt bei den Suchthilfeeinrichtungen aufbauen,
- Abbau der Tagesklinik- und der Nachtambulanzplätze,
- Sanierung und Neubau von Suchtkliniken,
- Schaffung von Übergangsheimen zur Betreuung zwischen Entzug und Entwöhnung,
- Aus- und Aufbau von Selbsthilfegruppen und Bewegungen wie Almedro, Synanon,
- Schaffen von „niedrigschwelligen“ Einrichtungen (suchtmittelfreie Begegnungsstätten),
- Aufbau einer integrativen Modell-Versorgung für alle Suchtformen (z. B. Spielsüchtige, Esssüchtige, Abhängige von illegalisierten Drogen und Alkohol),
- Ausbau von verschiedenen betreuten Wohnformen,
- Beschäftigungsprojekte,

- Überführung kommunaler Beratungsstellen in freie Trägerschaften²².

Durch diese Umstrukturierungen kam es zur Auflösung traditioneller Kooperationsbeziehungen und Arbeitsweisen. Somit gleichen sich die Versorgungsstrukturen von Alkoholabhängigen in den neuen Bundesländern denen der alten Bundesländer an. Dort werden ca. 5% der Abhängigen vom spezifischen Suchthilfesystem erfasst und betreut. Mehr als 70% der Alkoholiker sind aber bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung und gelangen nicht in das Suchthilfesystem³². Es fehlen im derzeitigen Suchthilfesystem Hilfsangebo-

te für obdachlose Alkoholabhängige bzw. polytoxikomane, multimorbide, schwer geschädigte, in schlechtem Allgemeinzustand befindliche Personen. Es müssen hierfür akzeptable und erreichbare Hilfsangebote mit geringer Hemmschwelle, d.h. „Szene nahe“ Hilfen ohne vorgeschaltete Beantragungsbürokratie geschaffen werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass kein Mangel an Behandlungskonzepten in der Suchttherapie besteht, sondern ein Mangel bzw. Rückstand in der Umsetzung und Durchführung dieser Konzepte³¹. Eine Verlaufseinschätzung der Suchtproblematik kann nur bei gleichzeitiger Einschätzung der Wirtschaftsentwick-

lung erfolgen. Diese ist für die neuen Bundesländer schlecht, da ein weiterer Abbau von Industrieker- nen stattfindet. Es sind keine neuen Infrastrukturen in ländlichen Regionen geschaffen worden, die die abgebauten Arbeitsplätze in Landwirtschaft (LPG) und Handwerk (PGH) ersetzt hätten. Ein Abbau der hohen Arbeitslosenquoten ist derzeit nicht abzusehen, so dass eine Verarmung von bestimmten Bevölkerungsschichten weiter fortschreiten wird. Somit kann man sagen, dass die sucht- und gesundheitspezifischen Risikofaktoren in Zukunft nicht gemindert, sondern verstärkt werden.

Summary

Alcohol abuse and -dependence in the former GDR and the new German states

The objective of this paper is the description of the transformation process after the reunification of East- and West-Germany taking the health care structures for alcoholics as an example. First the epidemiology of alcohol abuse and alcohol dependence are presented such as the individual alcohol consumption. These data are completed by hospital data. The social and organizational problems created by the transformation process after the reunification of Germany are described. Necessary structural changes and the expected development are discussed.

Résumé

De l'abus de'alcool et sa dépendance dans l'ancienne RDA et dans les nouveaux Länder

Le but de cet article est la description du processus de transformation après la réunification de l'Allemagne en prenant l'exemple des structures de soins pour les alcooliques. L'alcoolisme ainsi que le système de prise en charge des alcooliques dans l'ancienne RDA sont expliqués et complétés par des données provenant du secteur hospitalier. Vient ensuite la description des problèmes dus à la transformation de l'organisation de la société à la suite de la réunification. Les changements nécessaires à réaliser sont décrits et une perspective sur les transformations à venir est mise en avant.

Literaturverzeichnis

- 1 Kirschner R, Kleiber D. Ausbreitung und Ausbreitungsbedingungen des Konsums illegaler Drogen in Ostdeutschland zwischen 1990 und 1993. *Psychomed* 1996, 8:136–142.
- 2 Siegrist J. Die soziale Dimension von Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: Kaiser G et al. (Hrsg). *Die Zukunft der Medizin – Neue Wege zur Gesundheit?* Frankfurt/M: Campus, 1996:94–102.
- 3 Windischmann H. Ein Glässchen in Ehren... Berlin: Volk und Gesundheit, 1989:16–18.
- 4 Richter G, Zahn M, Klemm P. Die Exklusion-Detecton-Klassifikationsregel für die Alkoholismusdiagnostik. *Sucht* 1993; 4:255–263.
- 5 Saunders JB, Aasland OG. WHO-Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. WHO-Devison of Mental Health, Geneva, 1987:1–97.
- 6 Pfisterer G. Medizinische Behandlung der Alkoholkrankheit im ambulanten Bereich. In: Zerdick J, Hrsg. *Kongressband 5. Suchtme-*

- dizinischer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin 26.10.–27.10.1996, Hannover, 1996:111–117.
- 7 Keyserlingk H v. Übersichtsreferat zu aktuellen Problemen der Sucht. In: Keyserlingk H v, Kielstein V, Rogge J, Hrsg. Diagnostik und Therapie Suchtkranker. 12–13. Berlin: Volk und Gesundheit, 1987:9–16.
 - 8 Winter E. Alkoholismus im Sozialismus der Deutschen Demokratischen Republik – Versuch eines Rückblickes. Sucht 1991; 37:71–85.
 - 9 Möbius P, Schirmer S. Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholismus in der DDR. Deutsches Gesundheitswesen 1978; 33:59–60.
 - 10 Windischmann H. Das Therapie-modell der Klinik für Suchtkranke innerhalb der Bezirksnervenklinik Brandenburg. Suchtgefahren 1990; 36:279–286.
 - 11 Massnahmenplan zur weiteren Verbesserung der Betreuung von Alkoholkranken und Medikamentenabhängigen in der Hauptstadt für die Jahre 1980/81. Magistrat von Berlin, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, 30.4.1980: 1–9.
 - 12 Stoiber I. Situation und Perspektive der Suchtkrankenhilfe in den neuen Bundesländern. Jahrbuch Sucht 1992. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Gesthacht: Neuland, 1991:171–184.
 - 13 Ribbschlaeger M. Alkoholismus in Ostdeutschland. Berliner Ärzte 1991; 11:11–16.
 - 14 Kielstein V. Behandlung des akuten und protrahierten Entzugssyndroms unter ambulant/tagesklinischen Bedingungen. Psychomed 1996; 8:151–153.
 - 15 Seltmann R. Sinnvoller Einsatz „Ehemaliger“. Die Arbeit konfessioneller Suchtkrankenhilfe in der DDR. Suchtreport 1988; 6:52–57.
 - 16 Anweisung über das dokumentationsgerechte Krankenblatt vom 19.10.1978. Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen Nr. 10, S. 85.
 - 17 Sieber E. Alkoholbezogene Diagnosen in der Krankenblattstatistik der ehemaligen DDR. Sucht 1991; 37:152–157.
 - 18 Váradi E. Epidemiologische Analyse der stationären Morbidität infolge von Alkoholschädigungen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1977; 71:487–492.
 - 19 Sieber E. Die Diagnose „Alkoholismus“ im Krankenhaus – Analyse der Häufigkeit und Verweildauer für die Jahre 1970–1988. Zeitschrift für die gesamte Hygiene 1991; 37:119–123.
 - 20 Sieber E, Binting S, Klatt St, Willich St.N. Vergleich der Fallhäufigkeit in der suchtbedingten Krankenhausmorbidity in Berlin/West und Ost, 1993–1995. Gesundh.-Wes. 59, 1997; 8/9, A70–71.
 - 21 Winkler G. Sozialreport 1995. Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern. Berlin 1995:119 pp.
 - 22 Oliva H. Modellprogramm Integrative gemeindenähe Hilfe für Suchtkranke „INTHIS“. 1. Zwischenbericht, Berichtszeitraum 1.1.1995–31.1.1996. Köln 1996; 7 pp.
 - 23 Richter G. The Drug Problem in the former GDR/actually FRG regions (Neue Bundesländer). Romanian Society of Legal Medicine 1995; 3:225–229.
 - 24 Windischmann H. Klinikstatistik der Suchtklinik in der Landes-klinik Brandenburg 1993.
 - 25 Voigt P, Hill R. Arbeitslosigkeit – ein spezifisches Phänomen in den neuen Bundesländern? Der Versuch einer Antwort am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern. In: Kieselbach T, Voigt P, Hrsg. Systembruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1992:101–123.
 - 26 Kurz-Scherf I, Winkler G, Hrsg. Sozialreport 1994. Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern. Berlin: GAM MEDIA 1994; 123.
 - 27 Henkel D. Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1992: 160–164.
 - 28 Kieselbach T. Massenerbeitslosigkeit und Gesundheit in der Ex-DDR: Soziale Konstruktion und individuelle Bewältigung. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg). Systembruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1992:43–72.
 - 29 Kesten K. OA an der Alkohol- und Drogenklinik im Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus Berlin, persönliche Mitteilung 1996.
 - 30 Kesten K. Klinikstatistik der Alkohol- und Drogenklinik im Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus Berlin 1995.
 - 31 Brand G. Gemeinsame Stellungnahme zum Auf- und Ausbau des therapeutischen Angebots für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Referat IV.6. Das Landesamt für Soziales und Versorgung, Dezernat 33. Die Leitenden Chefarzte der Landeskliniken. Cottbus 1993:1–13.
 - 32 Wienberg G. Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G, Hrsg. die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie, 1992:12–60.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Erika Sieber
 Universitätsklinikum Charité
 Institut für Arbeits-, Sozialmedizin
 und Epidemiologie
 Wilhelmstr. 67
 D-10117 Berlin