

he Manifestation der anarchisierenden Massenbewegungen unserer Zeit. Sie ist bestimmt für den pädagogisch-therapeutischen Umgang mit dem Problem, eine Mahnung an die Älteren, ein Appell an die Jüngeren, vielleicht etwas altmodisch formuliert, aber immer noch bedenkenswert: „Der für die gesamte Jugendkriminalität vertretene Grundsatz ‚Erziehen statt Strafen!‘ gilt auch hier; um so mehr, als der randalierenden Jugend die existentiellen Nöte kaum genommen werden können. Jedoch sollten die Krisen und Konflikte Anlaß sein, sie fruchtbar zu machen, die Anfälligen reifen zu lassen, ihnen die Wertverwirklichung zu ermöglichen und ihrem Leben Sinn zu geben. Dabei bleibt zu bedenken, daß erst in der gestaltenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soziale Geborgenheit, Zufriedenheit und Einordnung möglich werden.“

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Klaus Hartmann
Abteilung für Heilpädagogik
der Pädagogischen Hochschule
Rheinland
Fragenheimstraße 4
5000 Köln 14

ZITAT

Kosten und Leistungen

„Die gegenwärtige Kostenstruktur kann unter übergeordneten Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit nicht für alle Zeiten festgeschrieben werden. Es wird darauf ankommen, wo welche Leistungen am effizientesten erbracht werden.“

Dr. med. Karsten Vilmar,
Präsident der Bundesärztekammer und 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, in: „Medikament und Meinung“, Nr. 1/1979, Seite 3

Alkoholismus in der DDR

Herbert Mück

Der Alkoholismus macht auch in der DDR zunehmend zu schaffen. Allein die Zahl der Führerscheinentziehungen wegen Trunkenheit am Steuer nahm seit Beginn dieses Jahres um 40 Prozent zu. Der Beitrag gibt einen kurzgefaßten Überblick über die Epidemiologie sowie die von der DDR getroffenen Maßnahmen.

Nachdem das Thema „Alkoholismus“ offenbar für lange Zeit ein gewisses Tabu für die öffentliche (nicht die medizinische!) Diskussion in der DDR bildete, scheint sich in dieser Hinsicht nunmehr eine Wende vollzogen zu haben¹⁾. Den letzten Anstoß zu dieser veränderten Einstellung dürfte das vom „Internationalen Rat zur Bekämpfung des Alkoholismus und der Suchtgefahren“ 1977 in der DDR organisierte Internationale Seminar zur Verhütung und Bekämpfung des Alkoholismus geliefert haben. Dort bot sich ein Forum, auf dem auch die verschiedenen Aspekte des Problems „Alkoholismus in der DDR“ insbesondere auch aus epidemiologischer Sicht zur Sprache kamen²⁾.

Die verschiedenen, ohne eine entsprechende Bewußtseinslage der breiten Öffentlichkeit kaum zu lösenden Fragen dürften dazu geführt haben, daß das Thema Alkoholismus in der Presse und in der medizinisch-juristischen Fachliteratur heutzutage aus erzieherischer³⁾, aber auch aus mehr wissenschaftlicher Sicht⁴⁾ relativ häufiger behandelt wird als früher.

Wie sehr die DDR durch das Problem Alkoholismus betroffen ist, dokumentierte sich in neuester Zeit auch in einer Meldung über die Zunahme der Zahl eingezogener Führerscheine: So sollen (trotz absolutem Alkoholverbot für Kraftfahrer)⁵⁾ in Ost-Berlin seit Jahresbeginn nahezu 40 Prozent mehr Führerschei-

ne wegen Trunkenheit am Steuer eingezogen worden sein als im Vorjahr⁶⁾. Auch das Statistische Jahrbuch der DDR 1978, das seit mehreren Jahren erstmalig wieder Angaben über die Kriminalitätsentwicklung in der DDR enthält, weist dem Delikt Verkehrsgefährdung durch Trunkenheit⁷⁾ nach den Diebstahlsdelikten und der vorsätzlichen Körperverletzung für 1975 mit 5754 Fällen einen besorgniserregenden dritten Platz zu⁸⁾. ▷

¹⁾ So offenbar auch in Polen und Ungarn, vgl. dazu Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 4. 9. 1978, S. 8 („Erste Alkoholismuskonferenz in kommunistischem Land“)

²⁾ Vgl. dazu vor allem das ausschließlich diesem Thema gewidmete Heft Nr. 2 der Zeitschrift „Das deutsche Gesundheitswesen“, Organ der Gesellschaft für klinische Medizin der DDR, 33. Jahrgang 1978, S. 49 ff.

³⁾ Vgl. z. B. „Alkoholmißbrauch – Aus der Tätigkeit einer BGL“, in: Arbeit und Arbeitsrecht 7/1978, S. 329 f.

⁴⁾ Vgl. z. B. die einschlägigen Beiträge in Szewczyk, Kriminalität und Persönlichkeit, Psychiatrisch-psychologische und strafrechtliche Aspekte, Medizinisch-juristische Grenzfragen, Bd. 13, 3. Auflage, Jena 1977, S. 55 ff., 69 ff., 81 ff.; angekündigt für 1978: Szewczyk, Alkoholmißbrauch und Alkoholkriminalität, Medizinisch-juristische Grenzfragen, Bd. 14; Herber, Alkohol – Prozenz-Promille-Probleme, 2. Aufl.

⁵⁾ Vgl. § 7 Abs. 2 Straßenverkehrsordnung (DDR)

⁶⁾ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23. 6. 1978, S. 7

⁷⁾ Vgl. § 200 Strafgesetzbuch (DDR)

⁸⁾ Vgl. Statistisches Jahrbuch 1978 der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin (Ost) 1978, S. 378

Alkoholismus als politisches Problem

Die bisherige Zurückhaltung in der öffentlichen Diskussion dürfte auf der für die DDR besonderen politischen Brisanz des Themas beruhen. Denn nach der offiziellen Lehre sollen mit der Verwirklichung des Sozialismus die (vor allem ökonomischen Grundlagen) sowohl der Kriminalität als auch des Alkoholismus beseitigt sein und die genannten Phänomene dadurch ihre Lösung erfahren. Damit einhergehend sollen die Bürger in ihrer persönlichen Entwicklung zu „sozialistischen Persönlichkeiten“ heranreifen. Zu deren Eigenschaften gehört es dann auch – wie es etwa in der Formulierung des Jugendgesetzes der DDR heißt –, sich gesund und leistungsfähig zu erhalten⁹⁾.

Obwohl die DDR in ihrer offiziellen Selbstdarstellung mittlerweile längst in die Phase der „entwickelten sozialistischen Gesellschaft“ eingetreten ist¹⁰⁾, hat sich jedoch weder in der Kriminalitätsentwicklung noch beim Problem des Alkoholismus die erwartete, entscheidende Wende vollzogen. Entsprechendes gilt im übrigen auch für andere sozialistische Staaten. So rangiert etwa beim Spirituoserverbrauch Polen, gefolgt von Ungarn, im internationalen Ländervergleich an erster Stelle¹¹⁾.

Um den sich hier offenbarenden Widerspruch zwischen Theorie und Wirklichkeit aufzulösen, wurde auf dem eingangs erwähnten Seminar (Dresden, Juni 1977) folgendermaßen argumentiert: „Den Alkoholmißbrauch in der sozialistischen Gesellschaft bewerten wir in erster Linie als Ausdruck des Weiterwirkens traditioneller Gewohnheiten und Verhaltensweisen im Denken und Handeln der Menschen, als Überbleibsel einer früheren Gesellschaft. Alkoholmißbrauch und auch andere Erscheinungsformen sozialen Fehlverhaltens sind primär Ausdrucksformen noch unzureichender Persönlichkeitsentwicklung... In der derzeitigen Phase unseres gesellschaftlichen Entwicklungsstandes findet das neue soziale Grundmodell

noch nicht in allen Lebensbereichen sein volles Abbild¹²⁾.“

Bei denselben Autoren heißt es jedoch auch ausdrücklich, daß eine „sozialistische Lebensführung“ keineswegs eine Askese bedeute und sich nicht gegen den genußmäßigen Alkoholgebrauch richte. Die Kritik wende sich vielmehr gegen den Alkoholmißbrauch. Diesen definieren sie als „den Gebrauch von Alkoholika, der die verantwortungsbewußte Handlungs- und Entscheidungsfreiheit, die Würde der Persönlichkeit und das soziale Gemeinschaftsleben und Zusammenwirken beeinträchtigt, sowie die sozialistische Persönlichkeitsentwicklung oder die Gesundheit gefährdet und damit im Widerspruch zu den sozialistischen Moralanforderungen und zur sozialistischen Lebensweise steht¹³⁾.“

Zur Epidemiologie des Alkoholismus in der DDR

Bislang liegen nur einzelne epidemiologische Untersuchungen zu

⁹⁾ Vgl. § 1 (letzter Satz) des Gesetzes über die Teilnahme der Jugend an der Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft und über ihre allseitige Förderung in der Deutschen Demokratischen Republik vom 28. Januar 1974, GBl. DDR I S. 45

¹⁰⁾ Vgl. IX. Parteitag der SED, Bericht des Zentralkomitees, Berichterstatter: E. Honnecker, Berlin (Ost) 1976, S. 5 f.

¹¹⁾ Vgl. Fußnote (1)

¹²⁾ Vgl. Heinroth/Schmidt/Schmincke, Gesellschaftliche Bedeutung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 50 f.

¹³⁾ Vgl. a. a. O.

¹⁴⁾ Die im weiteren wiedergegebenen Zahlen sind folgenden Quellen entnommen: von Keyserlingk/Schlomann/Voigt, Der Alkoholismus im Bezirk Schwerin – Eine sozialpsychiatrische Studie über 500 Alkohol Kranke, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 53 f.; Heinroth, Epidemiologie des Alkoholismus in einer Großstadt, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 55 f.; Möbius/Schirmer, Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholismus in der DDR, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 59 f.

¹⁵⁾ Vgl. dazu Feuerlein, Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart 1975, S. 61

Fragen des Alkoholismus in der DDR vor. Diese Studien beruhen zudem auf regional begrenzten Erhebungen. Sie schließen daher repräsentative Aussagen für das gesamte Gebiet der DDR aus. Zusammenfassend haben sie (im Hinblick auf den befragten Personenkreis) folgende Ergebnisse geliefert¹⁴⁾:

Von den bei einer Querschnittsuntersuchung befragten Männern gaben 36,6 Prozent, von den Frauen 16,2 Prozent an, regelmäßig zu trinken. Bei der männlichen Altersgruppe zwischen 20 bis 30 Jahren lag diese Zahl sogar bei 47,5 Prozent. Ebenfalls höhere Werte (26,2 Prozent) wurden für die Gruppe der Frauen über 55 Jahren festgestellt. Eine absolute Alkoholkarenz behaupteten bei den interviewten Männern lediglich 6,4 Prozent, bei den Frauen 19,7 Prozent von sich.

Neben der altersmäßigen und geschlechtsbezogenen Differenzierung in den Trinkgewohnheiten der Bevölkerung wurden auch deutliche Unterschiede im Hinblick auf die berufliche Ausbildung und Tätigkeit bei den befragten Personen festgestellt: So gaben bei den Männern etwa 60 Prozent der ungelerten Arbeitskräfte und 38,2 Prozent der Arbeitskräfte mit Facharbeiterqualifikation an, regelmäßig zu trinken. In der Gruppe der Fach- und Hochschulabsolventen betrug der Anteil dagegen nur 13,8 Prozent.

Schließlich erwies sich auch der Fortbestand der Ehe als ein wichtiger Einflußfaktor auf die Trinkgewohnheiten: Denn von den verwitweten, geschiedenen und getrennt lebenden Männern erklärten 45,9 Prozent und von der entsprechenden Frauengruppe 23,4 Prozent, daß sie täglich und regelmäßig trinken. Demgegenüber betrug bei den ledigen Männern der Anteil nur 27,8 Prozent, bei den ledigen Frauen 15,5 Prozent.

Ähnliche Werte wie bei entsprechenden Untersuchungen in der Bundesrepublik¹⁵⁾ wurden im Hinblick auf den Personenkreis erhoben, der sich selbst als Alkoholiker einschätzte; 3,2 Prozent der Männer

und 0,2 Prozent der Frauen gaben an, vom Alkohol nicht wieder losgekommen zu sein.

In den Untersuchungen von Gruppen bereits erfaßter Alkoholkranker werden teilweise unterschiedliche Angaben von der DDR-Literatur gemacht: So soll beispielsweise das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Alkoholkranken 4:1 bzw. 5:1 betragen. Bei der Altersgruppenverteilung werden zum einen die Altersjahrgänge 31 bis 36 (Kulminationspunkt 35. Lebensjahr) und 41 bis 49 (Kulminationspunkt 43. Lebensjahr), zum anderen die Altersjahrgänge 31 bis 40 als Gipfelbildungen hervorgehoben.

Übereinstimmung herrscht dagegen wieder bei der Feststellung, daß relativ mehr Alkoholkranken dem Stadt- und Großstadtmilieu als den mehr ländlichen Gegenden entstammen.

Im Rahmen des Stadt-Land-Vergleichs zeigten sich für die Gruppe der in einem Dorf lebenden Alkoholkranken zudem noch folgende weitere Charakteristika: ihre Schulausbildung war schlechter, ihr Ausbildungsstand niedriger. Die Ehen blieben jedoch wesentlich länger stabil, und die Alkoholkranken gerieten weniger schnell in soziale Schwierigkeiten. Der Anteil der alkoholkranken Frauen war verschwindend gering.

Regionale Unterschiede wurden jedoch nicht nur im Stadt-Land-Vergleich festgestellt, sondern auch (am Beispiel Schwerins) beim Vergleich einzelner Stadtteile: Hier lag die Inzidenzrate für den sanierungsbedürftigen Kern der Stadt bei 60 Prozent der Alkoholkranken gegenüber nur 10 Prozent für die Neubaugebiete.

Auch zu dem Problem des Suizidversuchs werden von einer DDR-Studie Angaben gemacht:

So sollen 22,6 Prozent der dort untersuchten Alkoholkranken einen oder mehrere Suizidversuche unternommen haben (Frauen relativ häufiger, auf dem Lande lebende Alkoholkranken dagegen relativ seltener).

Erklärungsansätze zur Pathogenese des Alkoholismus in der DDR

Wie schon eingangs angedeutet, werden die Ursachen des Alkoholismus in der DDR nicht in den gesellschaftlichen Verhältnissen vermutet. Vielmehr werden primär neurotische oder psychopathische Persönlichkeitszüge als *individuelle* Faktoren, fehlerverarbeitete familiäre oder berufliche Schwierigkeiten als *soziale* Faktoren, sowie normabweichende Trinkgewohnheiten und Trinksitten in bestimmten Gruppen als *soziologische* Faktoren verantwortlich gemacht¹⁶⁾ (sozio-psycho-somatische Krankheit¹⁷⁾). Entsprechende Ergebnisse lieferte auch eine Untersuchung von 200 jugendlichen und heranwachsenden Straftätern, die als Gewohnheitstrinker zu bezeichnen sind und ihre Tat teilweise unter Alkoholeinfluß verübt haben oder als Gelegenheitstrinker zu bezeichnen sind und ihre Tat teilweise unter Alkoholeinwirkung verübt haben. Hier werden für die Gruppe der Gewohnheitstrinker folgende Angaben gemacht¹⁸⁾: schwachsinnige Eltern, bzw. Eltern mit abnormen Persönlichkeiten im Sinne der Psychopathologie (17,4 Prozent), Straffälligkeit von Eltern und Geschwistern (30 Prozent), stark trinkender Vater (fast 50 Prozent), Heimaufenthalte (43 Prozent), eigene Grenzdeblität und Deblität (26,1 Prozent), frühkindli-

cher Hirnschaden (32 Prozent), Nichterreichen des Ziels der 8. Klasse (70 Prozent), häufiger Arbeitsplatzwechsel (68 Prozent), Arbeitsbummelei (81 Prozent).

Therapie und Nachbetreuung von Alkoholkranken

Die Behandlung von Alkoholkranken erfolgt in der DDR als Alkoholentwöhnung in psychiatrischen Krankenhäusern. Teilweise wurden zu diesem Zweck bereits spezialisierte Stationen, Abteilungen und Kliniken mit besonderen Therapieprogrammen geschaffen. Dabei gehen jedoch die Ansichten der DDR-Wissenschaftler darüber auseinander, wie weit die mit solchen Spezialabteilungen teilweise einhergehende Herausselektierung von prognostisch ungünstigeren Fällen aus moralisch-ethischer Sichtweise zu rechtfertigen ist¹⁹⁾.

So wird beispielsweise in Ost-Berlin ein Modell praktiziert²⁰⁾, bei dem eine Auswahl der Patienten bezüglich der Behandlungsbereitschaft, -fähigkeit und -notwendigkeit erfolgt. Bei den rund 50 Prozent der geeigneten Fälle setzt dann eine komplexe und im Durchschnitt vier Monate dauernde Behandlung ein, die Formen der Einzel- und Gruppentherapie umfaßt. Im einzelnen beinhaltet sie Vorträge, Sport- und Beschäftigungstherapie (Gestalttherapie), gruppenspezifische Übungen, Selbstsicherheitstraining, eine teilobligatorische Tagebuchführung, autogenes Training und Arbeitstherapie²¹⁾. Als „therapeutisches Klima“ wird bewußt ein gewisser „Streß“ erzeugt, um so den Kranken zu befähigen, in zunehmendem Maße Belastungen auch ohne Alkohol zu ertragen.

Das Problem der Übergangsphase (der „schrittweisen“ Rückkehr) in den außerklinischen Bereich wird in der DDR durch verschiedene Modelle der teilstationären Behandlung (Nachtambulanz, Tagesambulanz und Wochenendbetreuung) angegangen²²⁾. Ergänzend dazu versucht man, durch entsprechende Schulungen die betroffenen Betriebe und Ar-

¹⁶⁾ Vgl. Heinroth/Schmidt/Schmincke (Fußnote 12), S. 52

¹⁷⁾ Vgl. Neumann/Winter, Stationäre Behandlung von Alkoholkranken im Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus Berlin, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 62

¹⁸⁾ Vgl. Jähnig, Die Entwicklung jugendlicher Alkoholiker, in Szweczyk, Kriminalität und Persönlichkeit (s. Fußnote 4), S. 55 ff.

¹⁹⁾ Vgl. Kreyssig, Bemerkungen zur Alkoholikerbehandlung unter den Bedingungen der sektoralisierten psychiatrischen Versorgung, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 69 ff. (71)

²⁰⁾ Vgl. Neumann/Winter (Fußnote 17), S. 62 ff.

²¹⁾ Zum letztgenannten vgl. Papke/Stoiber, Zur Arbeitstherapie bei Alkoholabhängigen, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 1390 ff.

²²⁾ Vgl. dazu Windischmann, Die teilstationäre Behandlung Alkohol- und Drogenkranker, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 66 ff.

beitskollektive in die Behandlung der Alkoholkranken miteinzubeziehen²³⁾. Auch das Modell eines „therapeutischen Klubs“, der Selbsthilfeformen, Gruppengespräche und Klubveranstaltungen anbietet, scheint sich in der Nachbetreuung bewährt zu haben²⁴⁾.

Gesetzgeberische Maßnahmen und Ausblick

Mit diesem Beitrag konnten naturgemäß nur einige der zahlreichen Aspekte des Problems „Alkoholismus in der DDR“ angesprochen werden. Zur Vertiefung sei daher auf die angeführte Literatur verwiesen. Es dürfte jedoch deutlich geworden sein, daß der Alkoholismus in der DDR für den Staat zu einer wachsenden Belastung geworden ist. Dies drückt sich nicht nur in dem Partei-

programm der SED von 1976 aus, wo zu einem „...entschiedenen Kampf... gegen Alkoholmißbrauch“ aufgerufen wird, sondern hat sich mittlerweile auch in verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen niedergeschlagen.

So bedroht etwa § 147 des Strafgesetzbuches der DDR die Verleitung von Kindern und Jugendlichen zum Alkoholmißbrauch mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder bezieht eine Verordnung zur Erziehung kriminell gefährdeter Bürger²⁵⁾ insbesondere auch solche Personen in ihren Maßnahmenkatalog mit ein, die infolge ständigen Alkoholmißbrauches fortgesetzt die Arbeitsdisziplin verletzen bzw. die Regeln des gesellschaftlichen Zusammenlebens mißachten²⁶⁾.

Ebenfalls beispielhaft – weil ohne Äquivalent in der Bundesrepublik – ist § 14 der Verordnung über Ordnungswidrigkeiten. Dort wird nicht nur die Störung der öffentlichen Ordnung durch Betrunkene unter Strafe gestellt, sondern auch der Ausschank alkoholischer Getränke durch Gastwirte an betrunkene Personen und an solche Personen, bei denen erkennbar ist, daß sie ein Kraftfahrzeug führen. Negative Konsequenzen drohen schließlich auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, wenn ein Unfall im Betrieb durch Alkoholmißbrauch verursacht wird²⁷⁾.

Wie weit dieser Maßnahmenkatalog, der durch verschiedene Formen der Gesundheitserziehung und Aufklärung ergänzt wird²⁸⁾, in absehbarer Zukunft das Alkoholproblem in der DDR zu lösen vermag, bleibt abzuwarten. Auch das allerneueste statistische Material aus der DDR weist jedenfalls beim Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke weiterhin einen stetigen Anstieg aus²⁹⁾.

Anschrift des Verfassers:
Dr. jur. Herbert Mück
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
im Institut für Bankrecht an der
Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
5000 Köln 41

ZITAT

Gemeinsame Ausgabensteuerung statt einseitiger Einnahmenorientierung?

„Bisher konnten überwiegend die Vertragspartner der Krankenversicherung sowohl den Zuwachs der Ausgaben als auch die Struktur der Leistungen bestimmen, ohne daß die Selbstverwaltung der Krankenversicherung gleichberechtigt mitwirken konnte. So ergab sich die Situation, daß im nachhinein immer nur die Ausgabensteigerungen angepaßt werden mußten. Hier liegt ein Teil der Ursachen für die Kostenexpansion vergangener Jahre, auf sie wiederum reagierten die Ortskrankenkassen unter dem Stichwort ‚einnahmenorientierte Ausgabenpolitik‘. Damit war gemeint, daß sich die Ausgaben grundsätzlich an der Entwicklung der Einnahmen – stabile Beitragsätze vorausgesetzt – orientieren sollten. Ein darüber hinausgehender Anstieg sollte nur insoweit toleriert werden, als er durch gewünschte Verbesserungen des Versicherungsschutzes, durch Änderungen in der Struktur des Versicherungsrisikos oder durch andere unabwendbare Verhältnisse verursacht war. Dieser Gedanke befindet sich gegenwärtig vor seiner Weiterentwicklung zur Ausgabensteuerung durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, also der sozialen Krankenversicherung einerseits und ihrer Vertragspartner andererseits.“

Alfred Schmidt, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, in: „Die Welt“.

²³⁾ Vgl. dazu Kesten/Stoiber, Die Einbeziehung der Betriebe und Arbeitskollektive in die Behandlung von Alkoholkranken, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 73 f.

²⁴⁾ Vgl. dazu Gold, Zur Unterstützung der ambulanten Nachbehandlung durch einen therapeutischen Klub, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 75 f.

²⁵⁾ Vgl. die Verordnung über die Aufgaben der örtlichen Räte und der Betriebe bei der Erziehung kriminell gefährdeter Bürger vom 19. 12. 1974, GBl. DDR I 1975 S. 130

²⁶⁾ Die Erziehung dieser Bürger erfolgt insbesondere (nach § 4 Abs. 1 der Verordnung) durch Arbeit auf der Grundlage eines Arbeitsrechtsverhältnisses, durch Gewährleistung der Berufsausbildung besonders bei jungen Bürgern und durch Einflußnahme auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung.

²⁷⁾ Vgl. dazu Baatz, Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragen bei Alkoholmißbrauch und einer Alkoholkrankheit, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 85 ff.

²⁸⁾ Vgl. dazu Erler, Schlußfolgerungen für die Gesundheitserziehung aus Untersuchungen über Einstellung und Alkoholverhalten Jugendlicher, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 89 ff.; Görres, Möglichkeiten und Grenzen der Erziehung und Aufklärung im Komplex der Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches, Das deutsche Gesundheitswesen 2/1978, S. 92 ff.

²⁹⁾ Vgl. Statistisches Jahrbuch 1978 der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin (Ost) 1978, S. 273