

# Zur Bedeutung des Alters bei Beginn des chronischen Alkoholismus – Ein Überblick

Martin Driessen, Clemens Veltrup, Lübeck

## Zusammenfassung

In dem vorliegenden Artikel wird ein kurzer Überblick über den gegenwärtigen Stand der Literatur zur Bedeutung des Alters bei Beginn des chronischen Alkoholismus gegeben. Empirische Studien der letzten 20 Jahre beschäftigen sich vorwiegend mit dem Krankheitsbeginn im Jugendalter und der Abgrenzung gegenüber Befunden bei Beginn im mittleren Erwachsenenalter. Nur wenige Arbeiten dagegen beschreiben spezifische Merkmale bei Entwicklung des Alkoholismus im Präsenium und Senium. Es wird auf biologische und psychosoziale Befunde sowie therapeutische Überlegungen eingegangen und ihre Bedeutung im Rahmen der Alkoholismusforschung und praktischen Betreuung Abhängiger diskutiert.

## The Implications of Age of Onset of Alcoholism – A Review

This paper gives a short review about the available literature concerning the impacts of age of alcoholism onset. Empirical studies of the last twenty years have mainly tried to find differences between onset during youth and the middle age. There are only few reports about specific characteristics of patients, who have developed alcoholism in their older age. Biological and psychosocial findings and therapeutic considerations are described. Their account on further research and practical care are discussed.

## Einleitung

Das Bemühen um eine differenzierte Betrachtungsweise des chronischen Alkoholismus hat zu zahlreichen Typologieversuchen geführt. Einige Untersuchungen der letzten 20 Jahre lassen dabei einen bisher wenig beachteten Gesichtspunkt der Entwicklung des chronischen Alkoholismus als wesentlich erscheinen: Die Bedeutung des Lebensalters bei Beginn der Abhängigkeitsentwicklung.

## Krankheitsbeginn im Jugend- und jungen Erwachsenenalter versus späterem Erwachsenenalter

Der Alkoholkonsum unter Jugendlichen nimmt in erheblichem Ausmaß zu (Pedersen 1990). Eine differenzierte Betrachtung zur Bedeutung des Beginns einer Alkoholabhängigkeit im Jugendalter gegenüber einem späteren Beginn hat sich interessanterweise u. a. aus den Forschungsbemühungen um Persönlichkeitsmerkmale und genetische Aspekte des chronischen Alkoholismus ergeben: Nachdem sich in zahlreichen Untersuchungen mit den gängigen Persönlichkeitsinventaren keine eindeutigen und allgemeingültigen (Prä-)Alkoholiker-Persönlichkeitsprofile abbilden ließen (Küfner 1981, Antons 1981), wurden in einigen Studien selektive Gruppen von Alkoholikern untersucht. So fand Virkkunen (1979) in einer Studie an Delinquenten eine Untergruppe, die neben dem Alkoholismus eine antisoziale Persönlichkeitsstörung mit Beginn vor dem 15. Lebensjahr zeigten. Diese Untergruppe zeigte gegenüber Probanden mit anderen Persönlichkeitsstörungen einen früheren Mißbrauchsbeginn zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr, seltenere Entzugssymptome nach Abstinenz, geringer ausgeprägte Wünsche, den Alkoholkonsum willentlich einzuschränken und weniger Schuldgefühle. Bei den Vätern dieser Probandengruppe waren häufiger Gewalttätigkeiten unter Alkoholeinfluß zu verzeichnen.

## Der Ansatz von Cloninger – Genetische Aspekte

Der hier sichtbar werdende Ansatz fand eine eindrucksvolle Bestätigung durch eine groß angelegte Adoptionsstudie über 862 männlichen Probanden in Schweden durch Cloninger et al. (1981). Als wichtigstes Ergebnis beschrieben die Autoren die Existenz zweier abgrenzbarer Subtypen von Alkoholikern. Dabei war der fast ausschließlich bei Männern vorkommende Typ-II-Alkoholiker gekennzeichnet durch einen eher mäßigen Schweregrad, Alkoholmißbrauch des biologischen Vaters mit häufiger Kriminalität und zahlreichen alkoholbezogenen Behandlungen, dagegen unauffälligen Müttern (Tab. 1). Das errechnete Erkrankungsrisiko bei Vorliegen einer kongenitalen Belastung betrug das 9fache gegenüber der Vergleichsgruppe – unabhängig von Störungen der frühkindlichen Entwicklung. Dieser Typus betraf etwa ein Viertel der Probanden mit Mißbrauchsanamnese, der Krankheitsbeginn lag zumeist vor dem 25. Lebensjahr. Die Autoren schlossen auf einen vorwiegend genetischen Modus der Pathogenese.

**Tab. 1** Synopsis der Befunde zur Bedeutung des Alters bei Beginn des chronischen Alkoholismus (Altersangaben sind lediglich als grober Anhalt zu verstehen).

Merkmal	Beginn (in Jahren) < 25	25–60	> 60	Literatur
Geschlecht	vorwiegend Männer	häufiger Männer	Frauen häufiger	2, 3, 8
soziodemographische Merkmale	Unterschicht	alkoholnahe Berufe, Arbeitslosigkeit, alleinerziehend	bei Frauen, alleinlebend	8
Trend	nimmt zu	?	nimmt zu	3, 8
Einteilung	Typ II frühes Stadium; fortgeschrittenes Stadium	Typ I zahlreiche Typologien (z. B. <i>Jellinek</i> )	– früher Beginn, später Beginn, Exazerbation	6, 16 7, 9, 15
biologische Merkmale	thrombozytäre MAO-Aktivität ↓ (im ZNS ↓ ?)	normale MAO-Aktivität	?	16
	Tryptophanratio bei ↑ Depr./ASP: Serotoninmangel?	normale Ratio	?	5
genetische/familiäre Belastung	Alkoholismus und/oder Depressivität des Vaters häufig bei Typ II	selten	?	6, 17, 18
frühkindliche Einflüsse	ohne Bedeutung bei Typ II	Wirkung auf Auftreten und Schweregrad	?	6
Form des Alkoholismus	Unfähigkeit zu widerstehen bei frühem Stadium und Typ II	psychisch und somatisch	psychisch und somatisch	3, 26
Schweregrad	mäßig	leicht oder schwer	schwer	3, 6
Verlauf	häufig wechselnd	alle Verlaufsformen	rasch progredient	9, 23
Entzug	geringe Symptome im frühen Stadium und bei Typ II	mäßige und schwere Symptome	schwere Symptome	3, 7, 27
Auslöser/Problemtrinken	frühes Stadium: häufig erkennbar. Fortgeschrittenes Stadium: selten	bei Frauen häufiger	früher Beginn: häufig später Beginn: selten	2, 3, 8, 9
sonstiger Mißbrauch	Drogen häufig	Medikamente (Drogen)	Medikamente häufig	3, 14
Kriminalität unter Alkohol	sehr häufig	häufiger als Durchschnitt	selten (in Städten)	8, 12, 18, 27
Psychopathologie	Depressivität, Aggressivität und Angst sehr häufig	seltener und geringer	Depressivität häufig	4, 11, 18, 20
Persönlichkeitsstörungen	antisoziale Persönlichkeitsstörungen/erhöhte Impulsivität	keine besonderen Prägnanztypen, aber gehäuftes Vorkommen	später Beginn: selten schwere Störungen?	1, 5, 12, 18, 19
häufigste Therapieform	amb./stat. Psycho- und Soziotherapie, Familien- u. Netzwerktherapie (bei Jugendlichen)	stationäre Entwöhnungsbehandlung	Soziotherapie im Sinne sozialer Netzwerktherapie	8, 9, 22, 27
alkoholbezogenes Therapieziel	frühes Stadium: kontrolliertes Trinken. Fortgeschrittenes Stadium: Abstinenz	meist Abstinenz	meist Abstinenz	7, 8, 27
Therapieerfolg	frühes Stadium: gut fortgeschrittenes Stadium: ? Typ II: ?	durchschnittlich 40–50 % Abstinenz	?	8, 9, 27
Therapiebeginn	meist jenseits des 25. Lebensjahr	meist jenseits des 35. Lebensjahr	meist 10 Jahre nach Beginn	3, 7, 9, 17, 27

### Biologische Merkmale

Von *Knorrning* et al. (1985 a) fanden als biologische Marker eine signifikant niedrigere Aktivität der Monoaminoxidase (MAO) in den Thrombozyten von Typ-II-Probanden im Vergleich mit Typ-I-Probanden und Gesunden. An 112 männlichen Alkoholikern untersuchten *Buydens-Branchey* et al. (1989 b) die Plasma-Tryptophan-Ratio und fanden nur in der Gruppe mit Krankheitsbeginn vor dem 20. Lebensjahr eine hochsignifikante Korrelation zwischen Tryptophan-Ratio einerseits und Depressivität, Aggressivität bzw. Gefängnisaufenthalt nach Gewalttaten andererseits. Die Autoren stellten die Hypothese eines präexistierenden Serotoninmangels auf.

### Persönlichkeitsmerkmale und Psychopathologie

In einer Untersuchung über Persönlichkeitsmerkmale unterschieden sich männliche Typ-II- von Typ-I-Alkoholikern durch eine höhere somatoforme Angst, höhere verbale Aggressivität, eine geringere Aggressionshemmung und niedrigere Werte auf den Sozialisationskalen (*v. Knorrning* et al. 1987). *Buydens-Branchey* et al. (1989 a) fanden in einer Studie zur Psychopathologie ebenfalls signifikante Unterschiede bei 218 männlichen Alkoholikern: Probanden mit einem Mißbrauchsbeginn vor dem 20. Lebensjahr zeigten im Vergleich zu der Gruppe mit Beginn nach dem 20. Lebensjahr eine 3fach erhöhte Depressivität zum Untersuchungszeitpunkt und/oder in der Vergangenheit, häufigere Suizidversuche in der Vorgeschichte und häufigere Inhaftierungen als Folge von Gewalttätigkeiten. In der Gruppe mit frühem Beginn wurde die Diagnose antisoziale Persönlichkeitsstörung bei 61 %, in der Gruppe mit spätem Beginn dagegen nur bei 37 % der Probanden gestellt. Beide Untersuchungen konnten bei frühem Krankheitsbeginn signifikant häufiger eine Belastung der biologischen Väter (Alkoholismus und/oder depressive Störung) als bei spätem Beginn nachweisen.

### Therapeutische Relevanz

Von *Knorrning* et al. (1985 b) fanden bei einem Vergleich von 30 konsumierenden Alkoholikern mit 39 abstinenten Alkoholikern, daß der Typ II unter den Abstinents signifikant häufiger vertreten war als der Typ I (73 % bzw. 42 %). Die Autoren schlossen daraus auf eine bessere Prognose dieser Gruppe. Allerdings sind die sonst vorliegenden Ergebnisse noch zu undifferenziert, um sichere Aussagen zu ermöglichen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheinen daher die Beiträge von psychotherapeutischer Seite eher geeignet, sich der Problematik zu nähern: *Fischer* (1985) beschreibt in einem Überblicksartikel den Typ des Alkoholikers im frühen (early abuser) und im fortgeschrittenen Stadium (advanced abuser) bei Jugendlichen. Der erstere zeichnet sich aus durch eine kurze Mißbrauchsphase von wenigen Jahren und problem- oder umfeldbezogen ausgelöstes Trinken. Es bestehen keine Zeichen einer physischen Abhängigkeit und lediglich geringe oder mäßige Verhaltensauffälligkeiten unter Alkoholeinfluß, die zu familiären oder schulischen Problemen

führen. Hier kann nach Ansicht des Autors als Therapieziel das kontrollierte Trinken angestrebt werden, wenn es gelingt, günstigere Bewältigungsstrategien in der Therapie zu entwickeln. Der fortgeschrittene Alkoholiker dagegen hat bereits als Jugendlicher eine lange Mißbrauchsphase mit Kontrollverlust hinter sich; eine Beziehung zu auslösenden Faktoren ist nicht sicher herauszuarbeiten, und es bestehen erhebliche alkoholbezogene Probleme. Daher plädiert *Fischer* für die Abstinenz als Therapieziel bei diesen Patienten. Inwieweit Persönlichkeitsstörungen bei diesem Typus eine Rolle spielen, bleibt bisher offen und damit verbunden auch die Frage, ob Überschneidungen mit dem Typ II von *Cloninger* existieren. Aus klinisch-psychoanalytischer Sicht beschreibt *Forrest* (1983) eine häufig vorzufindende chronische, bereits präalcoholisch bestehende narzißtische und/oder Identitäts-Störung bei den betroffenen männlichen Jugendlichen. Der spätere Beginn des Alkoholismus bei Frauen sei dagegen häufiger mit einem abgrenzbaren Verlusterlebnis assoziiert.

### Krankheitsbeginn im Erwachsenenalter (zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr)

Trotz der Fülle der Literatur zum chronischen Alkoholismus lassen sich in den meisten Arbeiten keine Hinweise zum Alter bei Krankheitsbeginn finden. Meist wird nur die durchschnittliche Erkrankungsdauer beschrieben, im allgemeinen liegt das Alter bei empirischen Studien zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr. Daher finden sich kaum gesicherte Aussagen über spezifische Merkmale von Betroffenen mit Beginn der Erkrankung in dieser Altersgruppe. Wahrscheinlich kann man aber davon ausgehen, daß die meisten Probanden in den verfügbaren Studien hier einzuordnen sind. Allgemein als gesichert angesehene Erkenntnisse, die sich von den Befunden bei jungen Alkoholikern unterscheiden, können umgekehrt Hinweise auf Besonderheiten der Gruppe mit Beginn im mittleren Lebensalter geben. Ohne auf diese umfangreiche Literatur eingehen zu können, wurden diese Befunde (*Feuerlein* 1989, *Schied* et al. 1989) z. T. in der Gegenüberstellung in Tab. 1 mitaufgenommen. Im übrigen beschreiben die oben bereits zitierten Arbeiten, die auf der Typologie von *Cloninger* (1981) fußen, den häufigeren Typ I mit einem Erkrankungsalter zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr. Die meisten differenzierenden Befunde wurden daher bereits erwähnt.

### Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen

Ein weiterer hier zu erwähnender Forschungsansatz betrifft die psychiatrische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen bei Alkoholabhängigen. Die Lebenszeitprävalenz zusätzlicher psychischer Störungen liegt zwischen 47 % und 59 % (*Hesselbrock* et al. 1985, *Helzer* u. *Pryzbeck* 1988, *George* et al. 1990). Abhängig von der Art der Erkrankung und dem Geschlecht gehen 16–77 % dieser Störungen dem Beginn des Alkoholismus voraus. Das häufig bei Alkoholikern beschriebene Persönlichkeitsmerkmal Psychopathie (*Küfner* 1981) dagegen ist möglicherweise auf den Anteil von Probanden mit Krank-

heitsbeginn im Jugendalter zurückzuführen. *Nace et al.* (1991) konnten zeigen, daß die untersuchten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (57 %) durchschnittlich acht Jahre jünger waren als diejenigen ohne Persönlichkeitsstörung. Antisoziale Persönlichkeitsstörungen fanden *Hesselbrock et al.* (1985) bei 41 %, sie bestanden zumeist vor der Abhängigkeitsentwicklung.

### Krankheitsbeginn im Präsenium und Senium

Systematische Untersuchungen über genetische Aspekte oder biologische Merkmale bei Altersabhängigen existieren unseres Wissens zur Zeit nicht. *Rosin u. Glatt* (1971) und *Zimberg* (1985) schlugen auch für den Bereich des Altersalkoholismus eine Einteilung unter Berücksichtigung des Beginns der Abhängigkeit vor. Dabei stellen die Patienten mit Beginn nach dem 50.–60. Lebensjahr (late onset) etwa ein Drittel der Altersabhängigen dar. Unter den Abhängigen mit frühem Krankheitsbeginn wurde darüber hinaus eine Untergruppe beschrieben, deren Mißbrauch erst im Alter bedrohliche Ausmaße annimmt (late-onset-exacerbation-drinker); diese überwiegend männliche Betroffenengruppe unterscheidet sich also von der sonst häufig beobachteten Abnahme des Trinkens im Alter (*Borgatta* 1982, *Vaillant* 1983).

### Die Bedeutung von Lebensereignissen

Wie *Zimberg* (1985) kommen auch *Bron u. Lowack* (1987) zu dem Ergebnis, daß sich bei Patienten mit spätem Krankheitsbeginn regelhaft ein belastendes Lebensereignis als auslösendes Ereignis und/oder meist alterstypische Dauerbelastungen finden lassen: Verlusterlebnisse, soziale Isolierung, Einsamkeit, chronische Erkrankungen etc. Bei *Bron u. Lowack* (1987) zeigt die genaue Darstellung der Altersgruppe darüber hinaus, daß insbesondere bei betroffenen Frauen der Krankheitsbeginn häufig im 6. Lebensjahrzehnt liegt und mit dem Verlust eines nahen Angehörigen verbunden ist. Andererseits stellt die kausale Verknüpfung zwischen belastenden Lebensereignissen und Beginn der Alkoholismuskarriere ein zu kurz gegriffenes Erklärungsmodell dar (*Borgatta et al.* 1982). *Finney u. Moos* (1984) weisen zu Recht darauf hin, daß viele der angeschuldigten Lebensereignisse und Dauerbelastungen im Alter derart häufig sind, daß sich die Frage nach den entscheidenden intermittierenden Einflußfaktoren stellt (Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungsstile, Abwehrmechanismen, präexistente psychiatrische Störungen). Systematische Untersuchungen zu diesem Thema und zur Frage der therapeutischen Relevanz existieren unseres Wissens auch bis heute nicht.

### Diskussion

Es wurde in dieser Arbeit der Versuch unternommen, die vorhandene Literatur auf die Frage hin zu untersuchen, ob die Berücksichtigung des Alters bei Beginn von chronischem Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit einen Beitrag zu einem besseren Verständnis des Phänomens Sucht und ihrer Therapie leisten kann, das über die Kenntnis des chronologischen Verlaufs hinausgeht. Ein Problem stellt dabei die uneinheitliche Definition der Alterskategorie in den verfügbaren Studien dar,

so daß nur eingeschränkte Vergleichsmöglichkeiten bestehen (*Borgatta et al.* 1982). Dennoch haben die vorhandenen Arbeiten zu Resultaten geführt, die sowohl unter Forschungsgesichtspunkten als auch für die praktische Versorgung alkoholabhängiger Patienten von Bedeutung sein dürften:

1. Die Arbeiten zur Typologie von *Cloninger* (1981) zeigen das Auftreten von Prägnanztypen von Alkoholabhängigen, die an bestimmte Lebensabschnitte gebunden sind. Genetische Faktoren in der Pathogenese und das häufige Auftreten von antisozialen Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Typ-II-Alkoholikern wurden mehrfach bestätigt, während die referierten biologischen Marker möglicherweise an eine zusätzliche psychiatrische Komorbidität gebunden sind. Andererseits können die bisherigen Untersuchungen das spontane Auftreten des Typs II nicht ausreichend erklären (*Irwin et al.* 1990, *Schuckit et al.* 1990).

2. Die etwa ein Drittel der Altersalkoholiker ausmachende Patienten mit spätem Beginn oder später Exazerbation eines vorbestehenden Alkoholmißbrauchs stellen eine eigene Untergruppe dar, für die der Beginn der Erkrankung im Gefolge eines belastenden Lebensereignisses bisher als einzig gesichertes aber prägnantes Merkmal imponiert. Allerdings läßt sich dieses Merkmal auch bei einem Teil derjenigen Patienten mit Krankheitsbeginn in Jugend und mittlerem Lebensalter finden, die letzteren bisher als Problemtrinker bzw. Alpha-Alkoholiker nach *Jellinek* (1960) beschrieben. Ob hier alterstypische Unterschiede bezüglich prädisponierender Faktoren existieren, bedarf weiterer Untersuchungen.

3. Für die größte Gruppe von Alkoholabhängigen mit Krankheitsbeginn im mittleren Erwachsenenalter könnte nach den vorliegenden Arbeiten die weitere genaue Analyse der psychiatrischen Komorbidität einen vielversprechenden Forschungsansatz bieten: Wenn es gelingt, ein differenziertes Bild der Entwicklung psychischer Störungen vor, während und nach der Abhängigkeitsentwicklung darzustellen, können vereinfachende Schemata einem angemesseneren Verständnis der Problematik weichen.

4. Für den Praktiker erscheint bei dem jetzigen Kenntnisstand in der Konfrontation mit Alkoholikern im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter von besonderer Bedeutung die Klärung der Frage nach Sozialisationsstörungen bzw. dissozialen Tendenzen. Möglicherweise können diese Patienten von therapeutischen Gemeinschaften besser profitieren als von herkömmlichen Entwöhnungsprogrammen. Für den Umgang mit Altersabhängigen ist die Klärung auslösender Faktoren unumgänglich, wenn die Dauer der Erkrankung bekannt ist. Neben sozialtherapeutischen stellen psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne bei Alkoholikern mit spätem Beginn der Abhängigkeit einen u.U. sinnvollen Ansatz dar, auch wenn noch keine Befunde zu spezifischen Indikationskriterien vorliegen.

## Literatur

- Antons, K.*: Persönlichkeitsmerkmale bei Süchtigen – Ursachen oder Folgen? In: *Keup, W.* (Hrsg.): Sucht als Problem. Thieme, Stuttgart (1978) 33–43
- Borgatta, E. F., R. J. V. Montgomery, M. L. Borgatta.*: Alcohol Use and Abuse, Life Crisis Events, and the Elderly. *Research on Aging* 4.3 (1982) 378–408
- Bron, B., A. Lowack.*: Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter. *Z. Gerontol.* 20 (1987) 219–226
- Buydens-Branchey, L., M. H. Branchey, D. Noumair.*: Age of Alcoholism Onset. I. Relationship to Psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 (1989a) 225–230
- Buydens-Branchey, L., M. H. Branchey, D. Noumair, C. S. Leiber.*: Age of Alcoholism Onset. II. Relationship to susceptibility to serotonin precursor availability. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 (1989b) 231–236
- Cloninger, C. R., M. Bohman, S. Sigvardsson.*: Inheritance of alcohol abuse. Crossfostering analysis of adopted men. *Arch. Gen. Psychiatry* 38 (1981) 861–868
- Feuerlein, W.*: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. 4. Aufl., Thieme, Stuttgart, New York (1989)
- Finney, J. F., R. H. Moos.*: Life Stressors and Problem Drinking among Older Adults. *Rec. Dev. Alcohol.* 2.15 (1984) 267–287
- Fischer, J.*: Psychotherapy of Adolescent Alcohol Abusers. In: *Zimberg, S., J. Wallace, S. B. Sheila* (eds.): *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*. 2nd edition. Plenum Press, New York, London 16 (1985) 295–313
- Forrest, G. G.*: Alcoholism, Narcism and Psychopathology. Charles C. Thomas Publishers, Springfield, Illinois (1983)
- George, D. T., D. J. Nutt, B. A. Dwyer, M. Linnoila.*: Alcoholism and panic disorders: Is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr. Scand.* 81 (1990) 97–107
- Helzer, J. E., T. F. Pryzbeck.*: The co-occurrence of alcoholism with the other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol.* 49 (1988) 219–224
- Hesselbrock, M. N., R. E. Meyer, J. J. Keener.*: Psychopathology in Hospitalized Alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatry* 42 (1985) 1050–1055
- Irwin, M., M. Schuckit, T. L. Smith.*: Clinical Importance of Age at Onset in Type 1 and Type 2 Primary Alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatry* Vol. 47 (1990) 320–324
- Jellinek, E. M.*: Alcoholism, a genus and some of its species. *Can. Med. Assoc.* 83 (1960) 1341–1345
- v. Knorring, A.-L., M. Bohman, L. v. Knorring, L. Orelund.*: Platelet MAO activity as a biological marker in subgroups of alcoholism. *Acta psychiatr. scand.* 72 (1985a) 51–58
- v. Knorring, L., U. Palm, H.-E. Andersson.*: Relationship between Treatment Outcome and Subtype of Alcoholism in Men. *J. Stud. Alcohol.* 46 (1985b) 388–391
- v. Knorring, L., A.-L. v. Knorring, L. Smigan, U. Lindberg, M. Edholm.*: Personality traits in subtypes of alcoholics. *J. Stud. Alcohol.* 48 (1987) 523–527
- Küfner, H.*: Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In: *Knischewski, E.* (Hrsg.): *Alkoholismustherapie. Vermittlung von Erfahrungsfeldern im stationären Bereich.* Nicol, Kassel (1981)
- Nace, E. P., C. W. Davis, J. P. Gaspari.*: Axis II Comorbidity in Substance Abusers. *Am. J. Psychiatry* 148 (1991) 118–120
- Pedersen, W.*: Drinking games adolescents play. *British Journal of Addiction* 85 (1990) 1483–1490
- Rosin, A. J., M. M. Glatt.*: Alcohol excess in the elderly. *Qart. J. Stud. on Alcohol.* 32 (1971) 53–59
- Schied, H. W., H. Heimann, K. Mayer* (Hrsg.): *Der chronische Alkoholismus. Grundlagen – Diagnostik – Therapie.* Fischer, Stuttgart, New York (1989)
- Schuckit, M. A., M. Irwin, H. I. M. Mahler.*: Tridimensional Personality Questionnaire scores of sons of alcoholic and nonalcoholic fathers. *Am. J. Psychiatry* 147 (1990) 481–487

- Vaillant, G. E.*: *The Natural History of Alcoholism.* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London (1983)
- Virkkunen, M.*: Alcoholism and antisocial personality. *Acta Psychiatr. Scand.* 59 (1979) 493–501
- Zimberg, S.*: *Psychosocial Treatment of Elderly Alcoholics.* In: *Zimberg, S., J. Wallace, S. B. Sheila* (eds.): *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy.* 2nd edition. Plenum Press, New York, London 18 (1985) 347–363

Dr. Martin Driessen

Clemens Veltrup, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie  
Medizinische Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
D-23562 Lübeck

## Buchbesprechung

*Buchholz, W., P. Eichhorn* (Hrsg.): **Wirtschaftliche Führung von Krankenhäusern.** Schwachstellen und Lösungsansätze am Beispiel von Universitätsklinik. 1992. 373 S. (Nomos Verlag, Baden-Baden.) DM 98,-. ISBN: 3-7890-1879-1

Die wirtschaftliche Führung von Krankenhäusern ist nicht das Thema, das Mediziner an erster Stelle interessiert. Aber die Entwicklung des Gesundheitswesens läßt zumindest denjenigen, die an Krankenhäusern tätig sind, keine Wahl. Sie müssen sich mit der Problematik beschäftigen. Das vorliegende Buch entstand aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsanalyse, die das Baden-Württembergische Wirtschaftsministerium über das Universitätsklinikum Freiburg durchführen ließ. Ziel war es, „das Untersuchungsobjekt Universitätsklinikum“ aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu analysieren, etwaige Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Das Ergebnis war ein ansehnliches Buch, aus dem Mediziner, insbesondere aus den Abschnitten über die Leitung des Klinikums und dessen Verwaltung sowie die Abschnitte über den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den Personalbedarf für den Pflegedienst Gewinn ziehen. Bemerkenswert sind die Schlußfolgerungen, die die Autoren aus einer Art Typologie der Universitätsklinien ziehen:

„Bei den 27 Universitätsklinien der alten Bundesländer genießt die Patientenversorgung Vorrang vor Forschung und Lehre. Die Universitätsklinien verfügen als Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe über Leistungsangebote in allen medizinischen Fachrichtungen. Hierzu kommen die Aufgaben in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten sowie medizinisch-technischem und Pflegepersonal. Obwohl Universitätsklinien in der Forschung eine Vorreiterstellung einnehmen, läßt die intensive und anspruchsvolle Krankenversorgung nur wenig Raum für Forschungsaktivitäten. Forschung und Lehre entwickeln sich zum Minimumsektor.“

Ob das wohl so sein soll?

Asmus Finzen, Basel