Wolfgang Dissmann, Hans-Joachim Philipp, Norbert Schaub

# Die Alkoholkrankheit — kein medizinisches Randproblem

#### 1. Größenordnung des Problems

Die Alkoholkrankheit mit all ihren Folgeerscheinungen ist heute ein alltägliches Problem für Ärzte und alle anderen im medizinischen und sozialen Bereich Tätigen.

In den Vereinigten Staaten wurde die Zahl chronisch Alkoholkranker schon 1978 mit über 10 Millionen angegeben. Alkoholismus ist dort das drittgrößte Gesundheitsproblem, das das Leben von über 40 Millionen Familienmitgliedern berührt.¹ In Großstädten westlicher Industriestaaten stellt heute die Lebercirrhose die dritthäufigste Todesursache bei Menschen zwischen 25 und 65 Jahren dar.¹ Von Brescard wurde mitgeteilt, daß in Frankreich die Hälfte aller Krankenhausbetten zur Versorgung alkoholkranker Patienten gebraucht wird und daß 40% der Gesamtausgaben für Gesundheit hierfür aufgewendet werden müssen.² Untersuchungen in Manchester³ und Edinburgh⁴ ergaben, daß 30% der Patienten normaler internistischer Stationen an Krankheiten leiden, die durch Alkohol verursacht, wesentlich mitverursacht bzw. verschlimmert worden sind. Für die Bundesrepublik Deutschland hat sich ergeben, daß wahrscheinlich 1,8 Millionen Konsumenten bereits behandlungsbedürftig alkoholkrank sind.⁵

Im Städtischen Krankenhaus Am Urban in Berlin-Kreuzberg lag der Anteil alkoholkranker Patienten und solcher Patienten, deren Leiden durch Alkohol erheblich mitverursacht worden ist, auf der internistischen Intensivstation in den letzten Jahren bei 10% mit deutlichem Trend einer kontinuierlichen Zunahme.

#### 2. Alkoholismus — Eine Krankheit?

Jährlich suchen Tausende von Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einen Arzt, ein Krankenhaus oder eine andere medizinische Institution auf, weil sie durch Alkohol »krank« geworden snd. Menschen fühlen sich schlecht, beobachten eine Anormalität ihres Körpers, sehen sich nicht in der Lage, ihre täglichen Aufgaben zu erfüllen, zur Arbeit zu gehen, zu essen und zu trinken, zu schlafen, morgens aufzustehen, die Wohnung zu verlassen und begeben sich deshalb in die Rolle des Patienten. Wenn jemand Blut erbricht, wenn ein anderer eine Gelbsucht entwickelt, sich vor Bauchschmerzen krümmt, weiße Mäuse über die Bettdecke huschen sieht, wenn ihm wegen Herzjagens schwindlig wird, zweifelt niemand daran, daß hier eine »Krankheit« vorliegt, die ärztlicher Hilfe bedarf. Wenn aber ein anderer sich ganz wohl fühlt, jeden Abnd in seiner Stammkneipe fünf

Bier und fünf Schnäpse trinkt, dann trinkt man höchstens mit oder zuckt vielleicht verächtlich mit den Schultern, einen Arzt ruft man jedenfalls nicht herbei.

In unserer Gesellschaft, die Alkohol als Droge seit langem akzeptiert, ihn offen zum Verkauf anbietet, in der nicht wenige Menschen in Zusammenhang mit der Produktion, Verteilung und dem Konsum von Alkohol ihren Lebensunterhalt verdienen, gibt es ein Kontinuum von Menschen mit unterschiedlichen Trinkgewohnheiten, die von der totalen Abstinenz über gelegentlichen Konsum bis zum exzessiven »Spiegeltrinken« von drei, vier oder mehr Flaschen Schnaps täglich reichen. Als fundamentale »Läsion« durch Alkoholismus gilt ein wiederholter, inkonstanter, nicht immer vorhersehbarer Kontrollverlust beim Trinken, der ernste Störungen organischer, psychischer und sozialer Funktionen verursachen kann.

Seit E. Jellinek im Jahre 1960 sein Buch »The Disease Concept of Alcoholism« schrieb, gibt es eine anhaltende Diskussion über dieses Krankheitskonzept. Es wird dagegen v.a. angeführt, die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit verführe den Alkoholiker dazu, sein Trinkverhalten zu entschuldigen und deshalb fortzusetzen, auf Kosten der Solidargemeinschaft seinem Laster zu frönen und die Verantwortung für sein schlechtes Leben anderen aufzubürden. Formen sekundären Krankheitsgewinns, die eine Lösung des individuellen Problems erschweren oder unmöglich machen, werden aufgelistet: Krankengeld, Rente, Vermeidung von Streßsituationen z.B. bei der Arbeit, Erfüllung von Abhängigkeitswünschen, Sucht nach Gesundheitsversorgung, Manipulation sozialer Beziehungen usw., eine Schwächung der Selbstheilungskräfte wird postuliert. Auf der anderen Seite wird gesagt, die medizinischen Institutionen seien überfordert, gesellschaftliche Fehlentwicklungen wie den steigenden Alkoholkonsum bei uns zu korrigieren bzw. reparieren, ja, die »Medikalisierung«, die Überantwortung des Problems an die Medizin, verhindere geradezu eine gesellschaftliche, politische Anstrengung zur Überwindung des Problems. Sicher ist, daß Investitionen im medizinischen Bereich, Anstrengungen von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Psychologen allein das Problem nicht lösen können. Nicht umsonst verbreitet sich bei den genannten Berufsgruppen im Umgang mit Alkoholikern häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit, eine Atmosphäre der Aggression, Entmutigung, Demoralisierung, Obwohl auf der anderen Seite viele Alkoholiker trotz ihrer Leiden den Weg zum Arzt, zu einer medizinischen oder sozialen Institution scheuen und bis zum »es geht nicht mehr« aufschieben, ist genauso sicher, daß ein erheblicher Teil der in medizinischen Institutionen geleisteten Arbeit heute bereits für Alkoholiker verwandt wird. Insofern ist die theoretische Diskussion, ob Alkoholismus eine Krankheit sei oder nicht, sicher von grundsätzlicher Bedeutung und in mancher Hinsicht klärend für die Aufgabenstellung medizinischer Institutionen im Rahmen gesellschaftlicher Arbeitsteilung, an den praktischen Problemen geht sie jedoch vorbei.

Die meisten Alkoholkranken suchen Hilfe beim Arzt, ohne ihren Alkoholkonsum als das wesentliche Problem anzusprechen, nicht wenige sogar in Unkenntnis der Zusammenhänge zwischen ihrem Leiden und ihren Trinkgewohnheiten. Praktisch sinnvoll erscheint, jedem Alkoholiker, der medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, so zu begegnen, als ob er krank sei. Dieses Konzept erlaubt dem Arzt, vertraute, diagnostische und therapeutische Techniken anzuwenden und ermöglicht erst eine fruchtbare Beziehung zwischen Arzt und Patient. Nur auf dieser Ebene lassen sich die oft erheblichen diagnostischen Probleme überwinden, nur so können effektive Therapieansätze jenseits von Moralisieren und therapeutischem Nihilismus verwirklicht werden.

Aus der Sicht des Patienten legitimiert ihn dieses Konzept, ärztliche Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Aus der Sicht der Gesellschaft legitimiert es die Bereitstellung von finanziellen und personellen Mitteln für hilfesuchende Patienten, bevor eine Lebercirrhose oder ein Delirium tremens oder ähnliches auftreten, ebenso die Bereitstellung von Mitteln zur Prävention.

#### 3. Alkoholkranke in klinischer Praxis

Die derzeitige Problematik im Umgang mit alkoholkranken Patienten soll im Folgenden anhand von einigen Beispielen dargestellt werden.

- 1. Der noch beruflich erfolgreiche 48jährige Herr A. wird infolge einer Lungenentzündung stationär aufgenommen. Am 2. oder 3. Tage entwickelt der Patient Alkoholentzugssymptome, die den Krankheitsverlauf vorübergehend erheblich komplizieren. Gespräche mit Angehörigen oder dem behandelnden Hausarzt (sofern diese vom Krankenhausarzt überhaupt geführt werden) kommen zu dem Ergebnis, daß Herr A. kein richtiger Alkoholiker sei. Er sei außerordentlich kontaktfreudig und unterhaltsam. Spezifische Gespräche über die Alkoholproblematik werden abgelehnt.
- 2. Der 31jährige Herr B. leidet seit einigen Tagen unter zunehmenden Oberbauchbeschwerden, die mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen. Eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme war in den letzten 24 Stunden fast unmöglich geworden. Aus der Anamnese geht vor, daß Herr B. wegen entsprechender Symptome in den letzten Jahren bereits mehrfach stationär behandelt wurde. In den Arztbriefen der verschiedenen Krankenhäuser werden folgende Diagnosen aufgeführt: Magengeschwürsleiden, erosive Gastritis, Leberparenchymschaden, Hepatopathie, Verdacht auf Pankreatitis. Darüber hinaus wurde Herr B. in den letzten 3 Jahren dreimal stationär wegen Traumata behandelt (Comotio, Rippenfrakturen, Oberarmfraktur). Im Verlauf der jetzigen stationären Behandlung fällt eine Polyneurophatie auf, die erstmals den Verdacht auf eine Alkoholkrankheit lenkt. Nach etwa 3 Wochen hat sich der Zustand des Pat. deutlich gebessert: er fühlt sich so wohl wie seit Monaten nicht mehr. Die Entlassung erfolgt mit der

ernsten Ermahnung, keinen Alkohol mehr zu trinken oder wenigstens den Konsum stark einzuschränken. Der Vorschlag, das Suchtproblem auf einer entsprechenden psychiatrischen Station behandeln zu lassen, wird von Herrn B. mit den Worten abgelehnt, er kenne jetzt sein Problem und würde damit allein fertig. Schon 4 Wochen später wird dieser Patient als akuter Notfall mit einer hämorrhagisch-nekrotisierenden Pankreatitis erneut stationär aufgenommen. Herr B. wird noch am gleichen Tag operiert. Komplizierend kommt es in den nächsten Tagen zu einer ausgeprägten Pneumonie und zu akutem Nierenversagen. Trotz aufwendiger Intensivmaßnahmen (Beatmung, Hämodialyse) verstirbt Herr B. 10 Tage später. Gespräche mit der Ehefrau — während der akuten Phase zum ersten Mal geführt — ergeben, daß Herr B. seit über 10 Jahren einen erheblichen Alkoholabusus betreibt und bereits eine Woche nach der letzten Entlassung seine alten Trinkgewohnheiten wieder aufgenommen hat.

- 3. Der 50jährige Herr C. wird wegen einer bedrohlichen gastrointestinalen Blutung aufgenommen, als deren Ursache sich eine Oesophagusvarizenblutung herausstellt. Nachdem das akute Krankheitsbild beherrscht werden konnte, ergeben weiterführende Untersuchungen folgendes Bild: Herr C. leidet an einer Lebercirrhose mit ausgeprägter portaler Hypertension, die zu einer Varizenbildung des Stadiums 3/4 geführt hat. Unter sehr sorgfältiger und kritischer Berücksichtigung aller Befunde, die selbstverständlich Untersuchungen wie Laparaskopie, Oesophagogastroskopie, Splenoportographie und eine detaillierte Laboratoriumsdiagnostik einschließen, wird mit dem Patienten und seiner Ehefrau über die zugrundeliegende Erkrankung und die Schwere der Komplikationen ausführlich gesprochen. Therapeutisch wird die Durchführung einer sogenannten portocavalen Shunt-Operation dringend empfohlen, der der Patient zustimmt. Das Problem »Alkohol« wird nicht einmal angesprochen. (Im Jahre 1979 wurde auf dem deutsch-österreichischen Kongreß für Intensivmedizin das Thema Oesophagusvarizenblutung in Vorträgen und Diskussionen etwa 1 1/2 Stunden behandelt. Das Wort »Alkohok« wurde nicht einmal erwähnt. Der Anteil von Varizenblutungen auf dem Boden einer alkoholtoxischen Lebercirrhose beträgt heute in westlichen Industrienationen über 90%.)
- 4. Frau D., eine 38jährige Hausfrau, konsultiert ihren Hausarzt wegen Unruhezuständen, Angstgefühlen und Schlafstörungen. Sie sei beunruhigt über den zunehmenden Alkoholmißbrauch, der ihr diese Zustände erleichtere. Der Hausarzt verordnet ihr Valium und weist eindringlich darauf hin, den Alkoholabusus einzuschränken.
- 5. Rettungsstelle 1. Hilfe an einem Sonnabend 23 Uhr: Mit Herrn E., der als Angestellter beim Senator für Inneres beschäftigt ist und seit 3 Stunden unter heftigen Nierenkoliken leidet, wird etwa gleichzeitig mit der Feuerwehr Herr F. in alkoholischem Rauschzustand aufgenommen. Es ist der 18. Patient an diesem Sonnabend, der mit entsprechendem Krankheitsbild aufgenommen werden muß, und für Herrn F. ist es die 4. stationäre Aufnahme in diesem Monat. Er wirkt wie fast alle anderen äußerlich völlig verwahrlost, mit von Erbrochenem stark verschmutzter Kleidung, eingenäßt und eingekotet. Es gelingt nur mühsam, den lautstark schimpfenden, aggressiven Herrn F. zu versorgen. Gegen 3 Uhr wird Herr E., der nach schmerzlindernder Injektion zur Ruhe gekommen war, durch Herrn F. aufgeweckt, der polternd in sein Zimmer eingedrungen ist und unge-

schickt seine Kleidung durchwühlt, auf der Suche nach Zigaretten. Der über dieses Vorkommnis verständlicherweise empörte Herr E. ruft nach Schwestern und diensthabendem Arzt und kündigt Konsequenzen durch eine massive Beschwerde bei ärztlichem Direktor und der Ärztekammer an. Am Sonntag um 8 Uhr haben alle 18 chronisch Alkoholkranken vom Samstag die Rettungsstelle verlassen, nur 5, die während der späten Nacht- und frühen Morgenstunden eingeliefert wurden, müssen noch überwacht werden.

Diese Beispiele sollen die tägliche Praxis im Umgang mit chronisch Alkoholkranken veranschaulichen und auch die üblichen Fehler aufzeigen, die durch die behandelnden Ärzte gemacht werden. Von Clark<sup>7</sup> wurden mehrere Gründe angegeben, die für das Fehlverhalten verantwortlich gemacht werden:

- 1. An erster Stelle steht eine Unkenntnis über die vielschichtige Symptomatologie, die durch einen chronischen Alkoholismus hervorgerufen wird. Medizinische Erfahrungen insbesondere der letzten Jahre lassen den Schluß zu, daß es kaum ein internistisches Krankheitsbild gibt, bei dem Alkohol nicht eine wesentliche Rolle als ätiologischer Faktor spielen kann. Alkoholfolgekrankheiten werden in der Praxis den im wesentlichen naturwissenschaftlich fundierten Konzepten der heutigen Medizin gemäß diagnostiziert und behandelt. Die medikamentöse oder operative Behandlung ist ausgerichtet auf das aktuelle Leiden; das Suchtverhalten selbst als wesentlich krankmachender Faktor ist in der Regel kein Gegenstand ärztlicher Intervention.
- 2. Der zweite Grund liegt in einer resignierenden Einstellung des Arztes gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen, die seiner Meinung nach willentlich Selbstzerstörungstendenzen zeigen. Dies führt zu einer ärztlichen Haltung, die in Hoffnungslosigkeit und Frustration besteht.
- 3. Der dritte Grund ergibt sich aus Kontaktproblemen zwischen Arzt und Patient. Alkoholkranke wirken häufig ängstlich, labil, verantwortungslos, unzuverlässig, reizbar, aggressiv Eigenschaften, die bei vielen behandelnden Ärzten zu wenig Hilfsbereitschaft führen. Es entwickelt sich im Gespräch Arzt/Patient oft eine negative, emotionsgeladene Atmosphäre, die es selbst dem engagierten Arzt unmöglich macht, eine vertrauensvolle, wirksame Kommunikation aufzubauen.

## 4. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Hausärzte (Allgemeinmediziner/Internisten) und Krankenhausärzte verschiedenster Fachrichtungen sehen sich heute einer Vielzahl von Problemen bei der Diagnosestellung der Alkoholkrankheit gegenüber. Der ätiologische Zusammenhang wird häufig nicht erkannt, da die überwiegende Mehrzahl der Patienten nicht wegen ihres Alkoholmißbrauchs, sondern wegen ihrer zahlreichen psychischen, psychosozialen und somatischen Beschwerden den Hausarzt aufsuchen bzw. in einem Krankenhaus aufge-

nommen werden. Die Diagnose »offensichtlicher« Fälle wird dabei kaum Schwierigkeiten bieten: ein Patient mit Entzugssymptomen bis hin zum Delirium tremens trinkt unkontrolliert und ist alkoholkrank. Ein Patient, der nüchtern wirkt, aber einen hohen Blutalkoholspiegel hat, ist alkoholtolerant und somit alkoholkrank. Weiterer Beweise der Alkoholkrankheit bedarf es bei derartigen Konstellationen nicht mehr.

Die Mehrzahl der Diagnosen wird sich aber nur mit Schwierigkeiten stellen lassen. Zuächst müssen erst einmal Verdachtsmomente in Gestalt typischer Laborparameter oder anamnestischer Hinweise vorliegen, die der behandelnde Arzt dann auch in einer bestimmten Richtung zusammenfaßt. Er muß an das mögliche Vorliegen einer Alkoholkrankheit überhaupt erst denken. Eine genaue Anamneseerhebung, eine körperliche Untersuchung, sowie der Einsatz technischer Hilfsmittel bei der Abklärung somatischer Leiden sind hier unumstritten.

Darüber hinaus bedarf es aber einer gezielten ärztlichen Strategie, um die Alkholkrankheit mit ihren wiederholten Kontrollverlusten und all ihren Folgen für den Patienten und seine Umgebung aufzudecken.<sup>8</sup> Der Arzt muß mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen dem Patienten das Gefühl eines echten Engagements für seine Probleme geben. Nur so wird er den Zugang zu Patienten finden, die häufig durch Tendenzen der emotionalen Isolation, ein reduziertes Selbstwertgefühl, eine geringe Selbsteinschätzung bis hin zum »Versager« charakterisiert sind. Häufig suchen die Patienten ihren Hausarzt erst auf, wenn ein genügend großer Leidensdruck infolge ihres somatischen Leidens besteht. Der Aufarbeitung ihres Suchtproblems werden sie Widerstand entgegensetzen. Die öffentliche Diskriminierung der Alkoholkrankheit erschwert die Diagnosefindung erheblich.

### 5. Behandlungsprobleme

Traditionell wird die Behandlung der Alkoholkrankheit heute fast ausschließlich von psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Bei der großen Zahl Alkoholkranker bedeutet dies, daß erstens überhaupt nur eine kleine Minderheit dieser Patienten behandelt wird und daß zweitens diese Behandlung einsetzt zu einem Zeitpunkt, wo bereits erhebliche körperliche, psychische und soziale Schäden aufgetreten sind, die zum Teil irreversibel geworden sind. Die angebotenen Behandlungsprogramme sind darüber hinaus langwierig und erheblich kostenintensiv. Auf Grund der heute vorliegenden Forschungsergebnisse muß zudem bezweifelt werden, daß dieser Aufwand zwangsläufig zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Der englische Psychiater Edwards zieht aus diesen Überlegungen den Schluß, daß die Behandlungskonzepte generell weniger intensiv und aufwendig sein sollten als bisher üblich. Es sei möglicherweise humaner und effektiver, mit geringerem Aufwand mehr Patienten zu behandeln. Zitate: »It

could be considerably more humane, and cost-effective, to redeploy present services so as to offer much less intensive help to many more people ...«—»...individual patients and their families should certainly be offered help which is personal to their needs, but the median intensity of intervention should be set very much lower than has become popular.«9

Aus der beschriebenen Situation ergibt sich, daß heute zur Betreuung Alkoholkranker in verstärktem Maße praktische Ärzte, Ärzte der Allgemeinmedizin und Internisten herangezogen werden müssen. Können sie eine derartige Behandlung übernehmen? In den Studiengängen der hiesigen medizinischen Fakultäten taucht die Beschäftigung mit der Alkoholkrankheit, wenn überhaupt, nur ganz vereinzelt auf. Es gibt heute für den Medizinstudenten keine umfassende Wissensvermittlung auf dem Gebiet des Alkoholismus — im Gegensatz zu anderen westlichen Industrienationen. Erwähnt sei z.B. das Projekt »Cork« der Kroc Foundation an der Dartmouth Medical School, Hanover, N.H. in den U.S.A.<sup>8</sup> Seit 1977 gibt es für die dortigen Studenten ein studienbegleitendes Curriculum über den Alkoholismus, das mittlerweile an vielen Universitäten übernommen worden ist. Während des gesamten Studiums wird der Wissensstand immer wieder überprüft, wobei anfangs sogar die persönliche Einstellung des Studenten selbst zum Alkoholismus Gegenstand der Befragung ist.

»Emphasis is put on integrating the subject of alcohol into existing courses at the medical school, because alcoholics and alcoholism have an impact on virtually all medicine's areas of concern from the kidney to the brain to the personality.«8 Der deutsche Student aber verläßt die Universität ohne wesentliche Kenntnisse der vielschichtigen Probleme der Alkoholkrankheit.

Ein weiteres Problem wird sich für den behandelnden Arzt in der bestehenden Gebührenordnung ergeben. Nachdem bisher Dargestellten wird es sich um eine sehr patientenorientierte und zeitaufwendige Behandlung handeln müssen, die in den bisherigen Abrechnungsziffern keine entsprechende Korrelation findet. In der technisch orientierten Medizin mit ihrer Betonung entsprechender Leistungen ist die Gesprächsbereitschaft und fähigkeit verkümmert, die Zeit dazu nicht vorhanden.

Seit der Veröffentlichung der erwähnten Studie von Edwards und Mitarbeitern im Jahre 1977 über »treatment« und »advice« alkoholkranker Patienten wird mehr und mehr davon ausgegangen, daß die Behandlungskonzepte für diese Patienten im allgemeinen weniger kosten- und personalintensiv sein sollten als bisher.<sup>9</sup>

Im Beobachtungszeitraum dieser Studie wurde die »treatment«-Gruppe nach den herkömmlichen Strategien der Psychiatrie behandelt. In der »advice«-Gruppe wurde zunächst mit dem Patienten allein, später dann auch mit seiner Ehefrau zusammen ein Gespräch über alle Aspekte seiner Krankheit geführt. Umfassende Erhebungen zur Einschätzung des Suchtproblems, der Auswirkungen, seiner möglichen Verursachung und die Festsetzung des Behandlungsplanes waren hier enthalten. Edwards und Mitarbeiter sind der Meinung, daß solche ganz detaillierten Gespräche selbst schon einen erheblichen therapeutischen Wert haben.

Zum ersten Mal seit längerer Zeit ist die Mehrzahl der Patienten gezwungen, sich mit ihrer Krankheit zu beschäftigen. Die aktive Beteiligung des Patienten an der Rekonstruktion seiner Krankheit, der Folgen seines Trinkens, konfrontieren ihn mit einem Bild, das er vorher nicht gesehen hat oder nicht sehen wollte. In einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr wurden diese Patienten dann weitgehend sich selbst überlassen. Der Vergleich beider Gruppen ergab danach anhand verschiedener Parameter keinen Unterschied im Behandlungsergebnis.

Es bietet sich an, Behandlungsprogramme wie sie von Edwards und Mitarbeitern in ihrer »advice«-Gruppe entwickelt wurden, als Basis einer allgemein-ärztlichen Behandlung von alkoholkranken Patienten zu übernehmen. Nur mit solchen, nicht kostenintensiven Konzepten erscheint es möglich, der großen und zunehmenden Zahl von alkoholkranken Patienten ein medizinisches Behandlungsangebot zu machen. Voraussetzung hierfür aber ist, daß sich die Ärzte für die Behandlung der Alkoholkrankheit zuständig fühlen und eine entsprechende Kompetenz wie in anderen Bereichen der Medizin erwerben.

#### Anmerkungen

- 1 Lieber, Ch.S.: Pathogenesis and early diagnosis of alcoholic liver injury. New Engl. J.Med. 298 (1978), 888
- 2 Brescard, M.: Revue d'Alcoolisme 15 (1969), 81
- 3 Jariwalle, A.G., et. al.: Alcohol and acute medical admissions to hospital. Health Trends 11 (1979), 95
- 4 Holt, S., et. al.: Alcohol and the emergency service patient. Brit.Med.J. 281 (1980), 638
- 5 Alkoholismus Eine Information für Ärzte. Hrsg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren Nov. 80, Köln
- 6 Krause-Dietering, B.: Die Bedeutung alkoholbedingter Erkrankungen auf einer internistischen Intensivstation. Inauguraldiss. FU Berlin, 1981
- 7 Clark, William D.: Alcoholism: Blocks to Diagnosis and Treatment. Am.J.Med. 71 (1981), 275
- 8 Learning about alcoholism: a »must« for physicians. J.Am.med.Ass. 245 (1981), 1005
- 9 Edwards. G. et. al.: Alcoholism: a controlled trial of »treatment« and »advice« J.Stud.Alc. 38 (1977), 1004