

## Fragebogen zur Erkennung einer potentiellen Alkoholabhängigkeit MALT „S“ - TEST Selbstbeurteilungsteil

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die in Zusammenhang mit Alkohol auftreten können. Bitte machen Sie für jede dieser einzelnen Feststellungen entweder bei Spalte "Ja" oder "Nein" ein Kreuz. Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Feststellung nicht richtig passt. Kreuzen Sie trotzdem eine der beiden Antworten an und zwar die, welche am ehesten zutrifft.

1.	In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
2.	Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder einen Brechreiz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
3.	Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
4.	Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
5.	Es kommt nicht selten vor, dass ich vor dem Mittagessen bzw. vor zweitem Frühstück, Alkohol trinke	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
6.	Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
7.	Ich denke oft an Alkohol	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
8.	Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
9.	In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
10.	Auf der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
11.	Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich alleine bin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
12.	Seitdem ich mehr Alkohol trinke bin ich weniger tüchtig	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
13.	Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfter Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
14.	Ich habe ein Trinksystem versucht (z. B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
15.	Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
16.	Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
17.	Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
18.	Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
19.	Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
20.	Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
21.	Wenn ich nicht trinken würde, käme ich besser mit meinem Partner zurecht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
22.	Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
23.	Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
24.	Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

## MALT „F“ - TEST Fremdbeurteilungsteil

Name :  
Geburtsdatum :  
D a t u m :

### 1. Lebererkrankung

(Mindest. ein klinisches Symptom: z. B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz, o. a. und mindest. ein pathologischer Laborwert: z. B. GOT, GPT oder Gamma -GT sind notwendig)

### 2. Polyneuropathie

(Trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z. B. Diabetes mellitus oder eindeutige chronische Vergiftungen)

### 3. Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)

4. **Alkoholkonsum von mehr als 150 ml** (bei Frauen 120 ml) reinem Alkohol pro Tag mindestens über einige Monate

5. **Alkoholkonsum von mehr als 300 ml** (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat

6. **Foetor alcoholicus** (z. Zt. der ärztlichen Untersuchung)

7. **Familienangehörige** oder engere Bezugspersonen haben schon einmal wegen Alkoholproblemen des Patienten Rat gesucht (z. B. beim Arzt, der Familienfürsorge oder anderen entsprechenden Einrichtungen.)

### Auswertung:

Der Fremdbeurteilungsteil (MALT „F“ - Test) ist vom Arzt anhand seiner Untersuchungsergebnisse und Anamneseerhebung auszufüllen. Der Selbstbeurteilungsteil (MALT „S“ - Test) ist entsprechend der dort gegebenen Anleitung vom Patienten selbständig auszufüllen. Bei der Testauswertung ist darauf zu achten, dass alle Aussagen des Selbstbeurteilungsteiles vom Patienten entweder als zutreffend oder als nicht zutreffend angekreuzt worden sind.

Zur Testwertbestimmung wird aus beiden Testteilen (MALT-F und MALT-S) ein gemeinsamer Summenwert gebildet. Dabei erhalten die vom Arzt als zutreffend bezeichneten Punkte **des MALT-F eine vierfache**, die vom Patienten als zutreffend angekreuzten Aussagen des **MALT-S eine einfache Gewichtung**.

---

### Summenwertberechnung für den Gesamttest:

Summenwert der Fremdbeurteilung (MALT-F):  $n \times 4 =$  \_\_\_\_\_

Summenwert der Selbstbeurteilung (MALT-S):  $n \times 1 =$  \_\_\_\_\_

**Gesamt-Testwert:** \_\_\_\_\_

### Diagnosestellung:

Testwert von 6 bis 10 Punkten: Verdacht auf Alkoholabhängigkeit

Testwert von 11 und mehr Punkten: Nachweisliche Alkoholabhängigkeit