



**SUCHT
IM
ALTER**

**Die relevanten Abklärungsinstrumente für
Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit
in Bezug auf das Thema «Sucht im Alter»**

Zusammengestellt von der Zürcher Fachstelle zur
Prävention des Suchtmittelmissbrauchs

Fragestellung	3
1 Alkohol	4
1.1 Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (Mast-G).....	4
1.1.1 Anmerkungen ZFPS	5
1.2 CAGE-Fragen	6
1.2.1 Anmerkungen ZFPS	6
1.2.2 CAGE-Ergänzungen zum CAGE nach D. K. Wolter.....	7
1.2.3 Anmerkungen ZFPS	7
1.2.4 CAGE-GAST	8
1.2.5 Anmerkungen ZFPS	8
1.3 AUDIT (Diagnose von Trinkgewohnheiten und Abhängigkeit).....	9
1.3.1 Anmerkungen ZFPS	10
1.4 Pflegediagnosen im Bereich Sucht der Spitex Zürich	11
1.4.1 Anmerkungen ZFPS	14
1.5 MALT (Münchener Alkoholismus-Test von Feuerlein)	15
1.5.1 Anmerkungen ZFPS	17
1.6 Beobachtungsbogen von Flurina Morell, Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland, betriebliche Suchtprävention, und Regina Burri, Suchtberatung Bezirk Dietikon	18
1.6.1 Anmerkungen ZFPS	20
2 Medikamente	21
2.1 Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch	21
2.1.1 Anmerkungen ZFPS	22
3 Tabak	23
3.1 Nicotine Addiction Self-Test.....	23
3.1.1 Anmerkungen ZFPS	23
4 Schlussfolgerungen in Bezug auf «Sucht im Alter»	24
5 Literatur zum Thema «Sucht im Alter»	25

Fragestellung

Die vorliegende Dokumentation hat zum Ziel, die relevanten Screenings aus der Praxis zusammenzutragen und auf ihren Anwendernutzen im Bereich «Sucht im Alter» hin zu untersuchen.

Grundgedanken:

- «Sucht im Alter» ist ein weit verbreitetes, aber unterschätztes Thema, das unser Gesundheitssystem in den kommenden Jahren vor grosse finanzielle Herausforderungen stellen wird.
- Suchterkrankungen vermindern die Lebensqualität der Betroffenen.
- Pflegende, betreuende und begleitende Personen sind eine wichtige Zielgruppe, denn sie helfen, eine mögliche Sucht frühzeitig zu erkennen.
- Früherkennung und Interventionen nützen, das zeigt die Forschungsarbeit «Sucht im Alter».

Die Forschungsarbeit «Sucht im Alter», die vom Institut für Sucht und Gesundheitsförderung im Auftrag der ZFPS erstellt wurde, belegt eindrücklich, dass das Thema «Sucht im Alter» in der Präventionsarbeit bis dato wenig und vor allem unzureichend berücksichtigt wurde.

Aus diesem Grund ist es wichtig, Screeninginstrumente auf ihren Anwendernutzen im Bereich «Sucht im Alter» hin zu untersuchen.

Folgende Fragen sind hier relevant:

1. Welche Screenings existieren überhaupt?
2. Sind sie für den Bereich Sucht im Alter wirksam?
3. Wo besteht Handlungsbedarf?

1 Alkohol

1.1 Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (Mast-G)

(Übersetzung: ZFPS)



1. Hatten Sie nach Alkoholkonsum jemals einen erhöhten Herzschlag oder ein Klopfen in der Brust? (Ja/Nein)
2. Beschönigen Sie Ihre Trinkgewohnheiten im Gespräch mit anderen gelegentlich?
3. Macht Alkohol Sie müde, so dass Sie manchmal im Stuhl einschlafen?
4. Kommt es vor, dass Sie nach ein paar Drinks nichts essen, weil Sie sich nicht mehr hungrig fühlen?
5. Reduzieren ein paar Drinks Ihre körperlichen Gefühle von Unsicherheit wie Wackligkeit oder Zittern?
6. Erschwert der Alkohol Ihr Erinnerungsvermögen an den gestrigen Tag oder die vorangehende Nacht?
7. Haben Sie für sich Regeln aufgestellt, um nicht vor einer bestimmten Tageszeit zu trinken?
8. Haben Sie das Interesse an langjährigen Hobbys oder anderen Aktivitäten verloren?
9. Wenn Sie morgens aufwachen, haben Sie Probleme, sich an die vorangegangene Nacht zu erinnern?
10. Hilft Ihnen ein alkoholisches Getränk beim Einschlafen?
11. Verstecken Sie Ihre Alkoholflaschen vor Familienmitgliedern?
12. Waren Sie jemals peinlich berührt, weil Sie zu viel tranken?
13. Waren Sie jemals besorgt, dass Trinken Ihrer Gesundheit schadet?
14. Beenden Sie gerne Ihre Tage mit einem Schlummertrunk?
15. Trinken Sie vermehrt nach dem Tod einer Ihnen nahestehenden Person?
16. Bleiben Sie generell lieber zu Hause, um gemütlich ein paar Drinks zu konsumieren, als sozialen Aktivitäten nachzugehen?
17. Trinken Sie jetzt mehr als früher?
18. Trinken Sie regelmässig zur Entspannung?
19. Trinken Sie, um Ihre Probleme zu vergessen?
20. Haben Sie je vermehrt während oder nach einer Krise getrunken?



21. Fahren Sie manchmal Auto, wenn Sie zu viel getrunken haben?
22. Hat Sie ein Arzt oder eine Pflegeperson je auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen?
23. Haben Sie je Regeln aufgestellt, um Ihr Trinken unter Kontrolle zu haben?
24. Wenn Sie allein sind, fühlen Sie sich besser, wenn Sie Alkohol konsumiert haben?

Fünf oder mehr Ja-Antworten weisen auf ein Alkoholproblem hin.

Copyright: The Regents of the University of Michigan, 1991

1.1.1 Anmerkungen ZFPS

Der vorliegende Test fragt gesundheitliche Beschwerden ab, ein verändertes Konsumverhalten und die eigene moralische Haltung gegenüber dem Trinken von Alkohol. Indirekt wird die Häufigkeit des Konsums abgefragt sowie die Einschätzung eines möglichen Suchtproblems durch Drittpersonen. Der Test geht auf biografische Wendepunkte ein und auf das momentane soziale Umfeld. Nicht direkt thematisiert werden Themen wie Partnerschaft, Familienkontakte sowie die subjektive Selbsteinschätzung («Wie geht es mir?»).

1.2 CAGE¹ – Fragen

(deutsche Version nach Dr. Ulrich Schu, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)



Cut down Drinking	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?
Annoyance	Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoss erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?
Guilty	Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?
Eye Opener	Haben Sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

AUSWERTUNG:

- «Ja» auf eine Frage*:
Verdacht auf ein Alkoholproblem
- «Ja» auf eine oder auf mehrere Fragen*:
schädlicher Konsum/Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ist wahrscheinlich

Weitere Instrumente sind notwendig (z.B. Kriterien nach ICD-10), um eine Alkoholabhängigkeit auszuschliessen.

* Da der «Cut-off» (Bewertung) bei älteren Menschen nicht gleich valide ist wie bei jüngeren, sollte er bei 1 statt bei 2 gemacht werden (ist hier bereits angepasst).
(Quelle: D. K. Wolter: *Klinische und soziale Aspekte von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Alter*, DHS-Fachkonferenz, Dresden, 14.11.2006)

1.2.1 Anmerkungen ZFPS

Es wird nicht auf die aktuelle Lebenssituation eingegangen, und weder die Gründe für den Substanzkonsum noch der gesundheitliche Zustand werden abgefragt.

¹ Gemäss Emanuel Kuntsche von der SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme) ist bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse des CAGE zu beachten, dass dieser Screener zu einem gewissen Mass auch die Selbstaufmerksamkeit (bzgl. des eigenen Alkoholkonsums) einer Person misst. Der CAGE wurde in der internationalen Fachliteratur vor ca. 10 Jahren weitgehend durch den AUDIT ersetzt (frei downloadbar von der Homepage der WHO).

1.2.2 Alkohol-Screening im Alter 1: Ergänzungen zum CAGE nach D. K. Wolter²: Klinische und soziale Aspekte von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Alter



- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zugenommen hat, nachdem eine Ihnen nahestehende Person verstorben ist?
- Macht Alkohol Sie so müde, dass Sie öfter einmal in Ihrem Stuhl einschlafen?
*Nach: American Medical Association (Council on Scientific Affairs) (1996):
Alcoholism in the Elderly. JAMA 275: 797– 801*
- Haben Sie in den letzten drei Monaten Alkohol getrunken?
- Falls ja: An wie vielen Tagen in der Woche haben Sie durchschnittlich etwas getrunken und wie viele Gläser (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?
- Wie oft in den letzten drei Monaten haben Sie bei einem Anlass sechs oder mehr Gläser getrunken (getrennt nach Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?
Nach: Adams W. L., Barry K. L., Flemin M. F. (1996): Screening for Problem Drinking in Older Primary Care Patients. JAMA 276: 1964 – 1967

1.2.3 Anmerkungen ZFPS

Die Quantität der konsumierten Substanz wird sehr komplex und differenziert abgefragt, der Test geht auch auf Wendepunkte im Lebenslauf der Betroffenen ein. Das allgemeine Wohlbefinden wird jedoch ausser Acht gelassen.

1.2.4 Alkohol-Screening im Alter: GAST

Nach: Bromisch, B. M. (1997)



1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat Sie schon einmal jemand verärgert, indem er/sie Ihr Alkoholtrinken kritisiert hat?
3. Hat der Alkoholkonsum schon einmal zu Problemen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner, Ihren Eltern oder anderen nahen Verwandten geführt?
4. Haben Sie sich schon einmal jemanden um Hilfe gebeten wegen Ihres Alkoholtrinkens?
5. Sind Sie schon einmal wegen Alkohol am Steuer von der Polizei am Weiterfahren gehindert worden?
6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie litten an einer Störung der Leber (z.B. Fettleber, Leberzirrhose)?
7. Oder an erhöhter Gamma-GT?
8. Oder an erhöhtem mittlerem corpusculärem Erythrozytenvolumen (MCV)?

AUSWERTUNG:

1–6: Fragen an den Probanden («Ja» oder «Nein»; «Ja» = 1 Punkt),
Verdacht bei mehr als 2 Punkten

Nach: Bromisch, B. M. (1997): Screening auf Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch bei Patienten ab 65 Jahren im Städtischen Krankenhaus Süd in Lübeck. Dissertation Medizinische Universität zu Lübeck.

1.2.5 Anmerkungen ZFPS

Die Dauer des Konsums wird nur indirekt abgefragt, auf die Lebenssituation geht der Test lediglich allgemein ein.

© Prof. Dr. Körkel / Trainer-Manual 07/2001
www.kontrolliertes-trinken.de

1.3 AUDIT (Diagnose von Trinkgewohnheiten und Abhängigkeit)

In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Als Mengeneinheit wird hier von «1 Drink» gesprochen. 1 Drink entspricht 0,3 l Bier oder $\frac{1}{8}$ l Wein/Sekt oder 2 einfachen Schnäpsen (38% Alkohol, z.B. Weinbrand).

Punkte: 0 1 2 3 4



1. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?
 - nie
 - 1 Mal im Monat
 - 2–4 Mal im Monat
 - 2–3 Mal im Monat
 - 2–3 Mal pro Woche
 - 4 Mal oder öfter die Woche
2. Wie viele Drinks trinken Sie an einem typischen Trinktag?
 - 1–2
 - 3–4
 - 5–6
 - 9
 - 10 oder mehr
3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks zu einem Zeitpunkt?
 - nie
 - seltener als 1 Mal im Monat
 - 1 Mal in der Woche
 - täglich oder fast täglich
4. Wie oft können Sie nicht aufhören zu trinken, wenn Sie damit angefangen haben?
 - nie
 - seltener als 1 Mal im Monat
 - 1 Mal im Monat
 - 1 Mal in der Woche
 - täglich oder fast täglich
5. Wie oft können Sie nicht tun, was von Ihnen erwartet wird, weil Sie Alkohol getrunken haben?
 - nie
 - seltener als 1 Mal im Monat
 - 1 Mal im Monat
 - 1 Mal in der Woche
 - täglich oder fast täglich
6. Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie am Abend oder in der Nacht davor stark getrunken haben?
 - nie
 - seltener als 1 Mal im Monat
 - 1 Mal im Monat
 - 1 Mal in der Woche
 - täglich oder fast täglich
7. Wie oft haben Sie nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse oder fühlen sich schuldig?
 - nie
 - seltener als 1 Mal im Monat
 - 1 Mal im Monat
 - 1 Mal in der Woche
 - täglich oder fast täglich



8. Wie oft können Sie sich nicht an den vergangenen Abend erinnern, weil Sie zu viel Alkohol getrunken haben?

- nie seltener als 1 Mal im Monat
 1 Mal im Monat 1 Mal in der Woche täglich oder fast täglich

9. Haben Sie sich oder eine andere Person schon einmal unter Alkoholeinfluss körperlich verletzt?

- nein ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
 ja, in den letzten 12 Monaten

10. Hat sich ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt schon einmal Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht oder Ihnen geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?

- nein ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
 ja, in den letzten 12 Monaten

AUSWERTUNG:

Addition der erzielten Punkte aus den Fragen 1 bis 10.

INTERPRETATION: Ab 8 Punkten gilt das Trinkverhalten als risikoreich bzw. bereits schädigend.

Eine Reduktion des Konsums oder eine Abstinenz sollte angestrebt werden.

Nach: Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Genf: WHO.

1.3.1 Anmerkungen ZFPS

Der Test geht weder auf die Lebenssituation noch auf die Gründe für den Alkoholkonsum ein.

1.4 Pflegediagnosen im Bereich Sucht der Spitex Zürich

(zum Beispiel im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie; Depression; oder mit Angst, sozialer Isolation, Einsamkeit – als Selbstheilungsversuch) hier eingegrenzt auf Alkohol und Medikamente;

Problem	S: Symptom / z.s.d.	Ziele	Massnahmen (der Betreuungsperson)
Interesse- und Antriebslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • ist ungepflegt, verwaorlost, passiv, gleichgültig 	<ul style="list-style-type: none"> • Abmachungen sind klar • persönliche Hygiene ist verbessert 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufträge geben und kontrollieren
Ambivalenz bezüglich Suchtmitteln	<ul style="list-style-type: none"> • versucht immer wieder aufzuhören 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion Alkohol oder Medikamente oder Abstinenz • benutzt weniger schädigende Substanzen 	<ul style="list-style-type: none"> • über Risiken und gesundheitliche Schäden informieren • Information über/Motivation für Entzug • konkrete Pläne für Reduktion schmieden, realistische Ziele setzen helfen • über (die wahrscheinlichen!) Rückfälle sprechen • üben, mit Versuchungen umzugehen
körperliche Schädigung	<ul style="list-style-type: none"> • klagt über diverse Beschwerden • isst nicht • hat ausgetrocknete Haut etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Gesundheit • ist informiert über schädigende Wirkungen des Suchtmittels 	<ul style="list-style-type: none"> • über Risiken und gesundheitliche Schäden informieren • Zugang zu Hilfssystemen schaffen, z.B. für Besuch bei Ärztin/Arzt motivieren • «trotzdem» auf ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung achten
häufige Unfälle, Verletzungen	<ul style="list-style-type: none"> • blaue Flecken/Wunden an Beinen/Armen/Hüfte, im Gesicht • klagt über Schmerzen in Schultern etc. von Sturz 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeschäden sind so gering wie möglich • keine (weniger) Stürze 	<ul style="list-style-type: none"> • freundlich, aber bestimmt ansprechen, wenn man eine Verletzung sieht/vermutet • zu Arztbesuch ermutigen • Wundpflege, wenn nötig • über Tele-Alarm informieren • Hausabklärung für Sturzprophylaxe machen (lassen)
Beschönigen/ Verleugnen der Sucht und der Folgeerscheinungen	<ul style="list-style-type: none"> • weicht bei Nachfragen nach Menge des Konsums aus, macht sich lustig, wird «allgemein», wenn konkret nachgefragt wird • sagt nicht die Wahrheit («lügt») 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtverhalten wird thematisiert • steht zur Sucht • «lügen» ist als Symptom der Sucht erkannt und wird nicht moralisch gewertet 	<ul style="list-style-type: none"> • direkte Kommunikation • offen benennen, was wir sehen • mutig nachfragen, wenn die Antwort unklar ist • z.B. einen Tag durchgehen und fragen, wann was getrunken wurde • Tagebuch über Medikamenteneinnahme/Trinkverhalten führen lassen

Problem	S: Symptom / z.s.d.	Ziele	Massnahmen (der Betreuungsperson)
Mitteilungsbedürfnis in betäubtem Zustand	<ul style="list-style-type: none"> wirkt «klebrig» und distanzlos im Gespräch wiederholt sich immer wieder haftet an den immer gleichen Themen 	<ul style="list-style-type: none"> Leerlauf vermeiden die Unmöglichkeit, in diesem Zustand sinnvolle Gespräche zu führen, ist erkannt 	<ul style="list-style-type: none"> sich nicht auf Diskussionen über Regeln etc. einlassen, nicht streiten keine Gespräche führen, wenn Suchtkranke/r betrunken/verladen ist sich auf das Nötigste beschränken, sich dann mit Begründung verabschieden; beim nächsten (nüchternen) Mal thematisieren
Enthemmung bis Kontrollverlust	<ul style="list-style-type: none"> ist verbal ausfällig 	<ul style="list-style-type: none"> zeigt sozial verträgliches Verhalten respektiert Grenzen der Betreuungsperson 	<ul style="list-style-type: none"> Kundin/Kunde spiegeln, wie ihr/sein Verhalten ankommt, und Beispiele geben, wie ich mir ihr/sein Verhalten wünsche Grenzen setzen
dito	<ul style="list-style-type: none"> wird tätlich 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstschutz 	<ul style="list-style-type: none"> Wohnung sofort verlassen beim nächsten Mal Gespräch suchen mit Teamleitung/Team/Arzt/externer Fachperson besprechen
dito	<ul style="list-style-type: none"> sexuelle Übergriffe 	<ul style="list-style-type: none"> keine sexuelle Belästigung 	<ul style="list-style-type: none"> unerwünschtes Verhalten klar/deutlich benennen Regeln schriftlich aufstellen, inkl. Sanktionen mit Teamleitung/Team/Arzt/externer Fachperson besprechen
Angst	<ul style="list-style-type: none"> fühlt sich unruhig, unbehaglich, bedroht ist evtl. misstrauisch kann nicht sagen, wovor sie/er sich fürchtet 	<ul style="list-style-type: none"> Angstbewältigung Angstreduktion 	<ul style="list-style-type: none"> vertrauensvolles Klima schaffen über alles, was man tut, genau informieren zuhören und sich einfühlen, um herauszufinden, was Angst macht zu ablenkenden Aktivitäten ermutigen evtl. Angstbewältigungstraining
fehlende Problemlösungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> ist überangepasst oder sehr auffällig, z.B. «alle anderen sind schuld» klagt, aber unternimmt nichts verschiebt alles Handeln auf morgen 	<ul style="list-style-type: none"> kennt Problemlösungsstrategien geht Probleme aktiv an Umgang mit Problemen verbessert sich 	<ul style="list-style-type: none"> Einsicht in Verhalten und Problematik vermitteln gemeinsam ein geeigneteres Verhalten planen erwünschtes Verhalten durch Loben verstärken zu einer aktiven Rolle ermuntern beim Formulieren von erreichbaren (kleinen) Zielen helfen

Problem	S: Symptom / z.s.d.	Ziele	Massnahmen (der Betreuungsperson)
sehr geringes Selbstwertgefühl	<ul style="list-style-type: none"> • klagt sich z.B. selber an, Selbstvorwürfe • Stimmung traurig, resigniert • hat Schuldgefühle • wertet andere ab 	<ul style="list-style-type: none"> • achtet sich selbst 	<ul style="list-style-type: none"> • respektvoll behandeln, wertschätzen • Interesse zeigen, positive Rückmeldungen geben • Kundin/Kunde auffordern, eigene Stärken zu entdecken und zu benennen • helfen, realistische/erreichbare Ziele zu setzen (→ positive Erfahrung) • Suizidgefahr im Auge behalten
Überdosis Medikamente/ Alkohol, Entzugserscheinungen	<ul style="list-style-type: none"> • sehr verlangsamt, spricht verwaschen, Bewegungskoordination beeinträchtigt • starke Bewusstseinsstrübung, ist verwirrt, reagiert kaum mehr auf Ansprechen • sieht Dinge, die wir nicht sehen, ist sehr unruhig (gegenteilige Symptome möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahr der Vergiftung oder eines Entzugsdeliriums wird erkannt • Risiko ist eingeschätzt • erste Hilfe ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> • beruhigen • bei Überdosis erbrechen lassen, falls möglich • Ärztin/Notfallarzt/Sanität und evtl. Angehörige benachrichtigen
übernimmt kaum Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • passiv • passt sich überall an, lässt andere entscheiden • Anspruchshaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • übernimmt (mehr) Verantwortung für ihr/sein Verhalten • trifft Entscheidungen • leistet einen angemessenen Beitrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Kundin/Kunde für ihr/sein Verhalten verantwortlich machen; darüber reden, wie sie/er mit der Verantwortung umgeht • Aufgaben und Entscheidungen nur abnehmen, wenn absolut notwendig
wenig/keine Kooperationsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • hält Abmachungen nicht ein • übernimmt selber keinen Anteil, trägt nichts bei • Anspruchshaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • kooperiert • hält Abmachungen ein • übernimmt ihren/seinen Anteil, trägt etwas bei 	<ul style="list-style-type: none"> • klare Regeln über Zuständigkeiten aufstellen (wer übernimmt was); evtl. kleinen Vertrag machen • gemeinsam Ziele setzen, befähigend arbeiten • Ziele/Abmachungen überprüfen, bei Abweichungen sofort reagieren • kein Verwöhnprogramm! • mit Kundin/Kunde bei Nichtkooperation über Konsequenzen sprechen • evtl. die Betreuung beenden, wenn Kundin/Kunde sich nicht helfen lassen will oder nicht eine minimale Kooperationsbereitschaft zeigt

Problem	S: Symptom / z.s.d.	Ziele	Massnahmen (der Betreuungsperson)
<p>eingeeübte Hilfslosigkeit in Krisensituationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> kann sich in Krisensituationen nicht selber helfen «ertränkt» oder betäubt die Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> besserer Umgang mit Krisensituationen kann Krisen ohne Suchtmittel bewältigen 	<ul style="list-style-type: none"> vorausschauen lernen: früh erkennen, was zu einer Krise führen könnte, um vorbereitet zu sein Nothilfeplan aufstellen (was kann ich tun?) Suizidgefahr im Auge behalten
<p>Bereitschaft fehlt, etwas zu ändern am Suchtverhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> lässt sich auf kein Gespräch über Sucht ein lehnt alle Angebote ab, die in Richtung Bewältigung der Sucht tendieren 	<ul style="list-style-type: none"> die Entscheidungsfreiheit der Kundin/ des Kunden wird respektiert die Möglichkeiten der Kundin/ des Kunden sind realistisch eingeschätzt Co-Suchtverhalten ist vermieden Änderungen in der Haltung der Kundin/ des Kunden werden erkannt 	<ul style="list-style-type: none"> Umfeldgespräch einberufen, gemeinsam eine realistische Sicht der Situation und der nötigen Massnahmen erarbeiten Wahl der Strategie: a) keine Hilfe (als Motivation und Eigenaktivierung), b) Verhinderung einer Verwahrlosung durch minimale Hilfe Massnahmen werden kontinuierlich auf Co-Suchtverhalten überprüft Kundin/Kunde wird immer wieder aufs Thema «Sucht und Gesundheit» angesprochen

1.4.1 Anmerkungen ZFPS

Der Erhebungsbogen ist sehr deskriptiv. Es fehlen aber Aussagen zur konsumierten Menge, zur Lebenssituation und zu allfälligen Wendepunkten in der Biografie der betreffenden Person.

1.5 MALT (Münchener Alkoholismus-Test von Feuerlein)

Selbstteil:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Bitte machen Sie für jede dieser einzelnen Feststellungen entweder unter «Trifft zu» oder unter «Trifft nicht zu» ein Kreuz. Möglicherweise werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Feststellung nicht richtig passt. Kreuzen Sie aber bitte immer eine der beiden Antworten an, und zwar jene, die am ehesten auf Sie zutrifft.



Trifft zu Trifft nicht zu

1. Lebererkrankung, vermehrte Konsistenz, Vergrößerung; Druckdolenz
2. Polyneuropathie (trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z.B. Diabetes mellitus)
3. Delirium tremens
4. Zurzeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten.
5. Es kommt nicht selten vor, dass ich vor dem Mittagessen bzw. dem zweiten Frühstück Alkohol trinke.
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken.
7. Ich denke häufig an Alkohol.
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde.
9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen.
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht.
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin.
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig.
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfter Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt.

→

- 14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor einer bestimmten Tageszeit zu trinken).
- 15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken.
- 16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme.
- 17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen.
- 18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.
- 19. Einmal möchte ich aufhören, Alkohol zu trinken, dann wieder nicht.
- 20. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke.
- 21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner / meiner Partnerin besser zurecht.
- 22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben.
- 23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden.
- 24. Man hat mich schon wiederholt auf meine «Alkoholfahne» angesprochen.

(bei zutreffend je 1 Punkt)

Fremdteil:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:



- 1. Lebererkrankung
Mindestens ein klinisches Symptom (z.B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz u.a.) und mindestens 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 Vergiftung)
- 3. Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)
- 4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen mehr als 120 ml) reinem Alkohol täglich 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 Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten (z.B. beim Arzt, beim Sozialdienst oder bei anderen entsprechenden Einrichtungen)

(bei zutreffend je 4 Punkte)

Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmenge:

Alkoholgehalt verschiedener Getränke, getrunkene Menge in ml reinen Alkohols, zu Frage 4. (täglich) und zu Frage 5. (ein- oder mehrmals im Monat)

- 1,0 l Bier (ca. 4% Alkohol) = 40 ml
- 0,7 l Wein (ca. 10% Alkohol) = 70 ml
- 0,7 l Sekt (ca. 12% Alkohol) = 84 ml
- 0,7 l Süsswein (ca. 20% Alkohol) = 140 ml
- 0,7 l Likör (ca. 30% Alkohol) = 210 ml
- 0,7 l Schnaps (ca. 40% Alkohol) = 280 ml
- 1 kl. Schnaps (ca. 0,02 l) = 8 ml
- 1 gr. Schnaps (ca. 0,04 l) = 16 ml
- Gesamtalkoholmenge (täglich bzw. ein- oder mehrmals im Monat)

BEWERTUNG:

- 6–10 Punkte: Verdacht auf chronischen Alkoholismus
- ab 11 Punkten: chronischer Alkoholismus
- Serviceteil: Hinweise bezüglich abstinenter Lebensweise

1.5.1 Anmerkungen ZFPS

Der Test ist sehr differenziert, gibt aber zu viel vor und bietet zu wenig Raum für Selbstbeschreibungen.

1.6 Beobachtungsbogen

Erstellt von Flurina Morell, Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland, betriebliche Suchtprävention, und Regina Burri, Suchtberatung Bezirk Dietikon

Der Beobachtungsbogen basiert auf dem Merkblatt «Signale wahrnehmen» und hilft dabei, die persönliche Wahrnehmung zu systematisieren. Dazu stellt dieses Instrument eine Auswahl an unspezifischen und spezifischen Auffälligkeiten zur Wahl und unterstützt den Anwendenden darin festzuhalten, welches Signal in wie starker Ausprägung aufgetreten ist. Der Beobachtungsbogen ist kein Instrument zur Diagnosestellung. Eine Diagnose kann nur eine Fachperson stellen.

- Die Skala 1–5 misst die Ausprägung des Merkmals von 1 «nicht vorhanden» bis 5 «sehr ausgeprägt».
- Grau hinterlegt sind spezifische Symptome, die auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten.
- Nicht hinterlegt sind Signale, die generell auf Probleme hinweisen, denen aber nicht unbedingt eine Sucht zugrunde liegt.

Wenn bei den grau hinterlegten Symptomen mindestens drei Beobachtungen in der Skala 3 bis 5 auftreten, weist dies auf ein mögliches Alkoholproblem hin. Eine Abklärung wird empfohlen.



Name des Klienten:

Ausgefüllt von:

Beobachtet von: **bis:**

Positive Verhaltensweisen

.....

Biografische Hinweise

- Frühere Auffälligkeiten mit Alkohol:

.....

- Frühere Behandlungen aufgrund von Alkoholkonsum:

.....

- FIAZ (Fahren in angetrunkenem Zustand):

Beziehungsebene

	1	2	3	4	5
• sozialer Rückzug	0	0	0	0	0
• Abbruch von Beziehungen	0	0	0	0	0
• Opposition/Provokation	0	0	0	0	0
• Abwehr	0	0	0	0	0
• Überanpassung	0	0	0	0	0
• Verslossenheit	0	0	0	0	0
• Verheimlichung/Lügen/Vertuschen	0	0	0	0	0
• Weiteres/Beobachtungen	0	0	0	0	0

Emotionale Ebene

	1	2	3	4	5
• abnehmende Lebensfreude	0	0	0	0	0
• Reizbarkeit/Aggressivität	0	0	0	0	0
• Unsicherheit	0	0	0	0	0
• Persönlichkeitsveränderungen wie Apathie, Interessensverlust, Tendenz zur Verwahrlosung	0	0	0	0	0
• Weiteres/Beobachtungen	0	0	0	0	0

Verhaltensebene	1	2	3	4	5
• Stress	0	0	0	0	0
• Konzentrationsmangel	0	0	0	0	0
• Mass- / Distanzlosigkeit	0	0	0	0	0
• Wechsel zwischen Schläfrigkeit und Überaktivität	0	0	0	0	0
• Abwesenheiten wie:	0	0	0	0	0
– Zuspätkommen					
– Abmelden					
– Abmeldung durch Dritte					
• Hirnorganische Auffälligkeiten wie:	0	0	0	0	0
– Vergesslichkeit					
– Probleme, Neues zu lernen					
– Gedächtnislücken					
• Koordinations- / Artikulationsstörungen	0	0	0	0	0
• trinken grösserer Mengen ohne erkennbare Rauschzeichen	0	0	0	0	0
• Weiteres / Beobachtungen	0	0	0	0	0

Körperliche Ebene	1	2	3	4	5
• Unruhe	0	0	0	0	0
• «Fahne» (Bonbons, Parfum zum Überdecken)	0	0	0	0	0
• Entzugssymptome wie:	0	0	0	0	0
– zitternde Hände					
– starkes Schwitzen (Hände, Füsse, Achselhöhlen)					
– gerötete Gesichtshaut					
• Weiteres/Beobachtungen	0	0	0	0	0

1.6.1 Anmerkungen ZFPS

Die momentane Lebenssituation wird ungenügend erfragt.

2 Medikamente

2.1 Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch

Auf dieser Seite werden Sie nach Gewohnheiten und Schwierigkeiten gefragt, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können. Es sind nur solche Medikamente gemeint, die Sie aus einem der folgenden Gründe einnehmen:

- um besser schlafen zu können
- um ruhiger zu werden
- um leistungsfähiger zu werden
- um sich wohler zu fühlen
- um weniger Schmerzen zu haben
- um körperliche Vorgänge zu regulieren

Prüfen Sie bei jeder Feststellung, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht. Kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an. Bitte antworten Sie bei jeder der Feststellungen, lassen Sie keine davon aus.



Trifft zu Trifft nicht zu

1. Ohne Medikamente kann ich schlechter schlafen.
2. Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.
3. Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.
4. Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.
5. Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.
6. Meine Medikamente wirken nicht mehr so gut wie am Anfang.
7. Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.
8. In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme esse ich weniger.
9. Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.
10. Manchmal bin ich erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag einnehme.
11. Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.

(bei zutreffend je 1 Punkt)

BEWERTUNG:

3–4 Punkte: Verdacht auf chronischen Medikamentenkonsum

ab 5 Punkten: chronischer Medikamentenkonsum

Autoren: Dr. H. Watzl et al.

Serviceteil: MALT

Praxisleitfaden Suchtmedizin

2.2.1 Anmerkungen ZFPS

Der Test bietet eine sehr detaillierte Konsumabfrage. Die aktuelle Lebenssituation sowie Wendepunkte in der Biografie werden jedoch nicht berücksichtigt.

3 Tabak

3.1 Nicotine Addiction Self-Test



- 1 Do you usually smoke your first cigarette of the day within 30 minutes of waking up?
 Yes No
- 2 Do you find it hard not to smoke in places where it's not allowed such as the library, theater or doctor's office?
 Yes No
- 3 Do you smoke 10 or more cigarettes per day?
 Yes No
- 4 Do you smoke 25 or more cigarettes per day?
 Yes No
- 5 Do you smoke more during the morning than the rest of the day?
 Yes No
- 6 Do you smoke even when you are so ill that you are in bed most of the day?
 Yes No

3.1.1 Anmerkungen ZFPS

Es fehlen Aussagen zur Lebenssituation und zu allfälligen Wendepunkten in der Biografie der betreffenden Person.

4 Schlussfolgerungen in Bezug auf «Sucht im Alter»

Es existieren zahlreiche Abklärungsinstrumente im Bereich Alkohol. Die einzelnen Screenings sind zum Teil enorm detailliert, meistens orientieren sie sich an der Konsumhäufigkeit und -art. Bei vielen Screenings wird die momentane Lebenssituation nicht berücksichtigt. Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein Abklärungsinstrument fehlt, das

- kurz ist
- die persönliche Lebenssituation erfasst
- den Konsum in den letzten sechs Monaten beschreibt
- Fremdeinschätzungen Dritter berücksichtigt

5 Literatur zum Thema «Sucht im Alter»

- Dirk K. Wolter: Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter.
In: Geriatrie Journal 4/06
- Michael Gossop: Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem.
In: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2008.
- G. A. Wiesbeck, S. Petitjean, K. Dürsteler-MacFarland: Die Sucht als schleichender Tod.
In: Geriatrie Praxis 10/04.
- Peter Bäurle, Andrea Muck: Sucht im Alter, tolerieren oder behandeln?
In: Nova 9/07