



# Sucht im Alter

Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen Teil II

---

Handlungsempfehlungen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Prof. G. Längle, Dr. F. Schwärzler, A. Röhm (MPH)

In Kooperation mit: Dr. M. Eissler, Praxis G. Erdmann, Praxis A. Eyberg,  
Prof. G. Lorenz, Dr. A. Münkler-Krimly, Praxis P. Oelhafen, Dr. E. Röhm,  
Dr. K. Schulz-Grygier, Dr. M. Stär, Dr. G. Weiß



Südwesttemberg

## Impressum

### Herausgeber:

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg  
Geschäftsführer Dieter Grupp  
Pfarrer-Leube-Straße 29  
88427 Bad Schussenried  
www.zfp-web.de  
und  
Klinik für Psychiatrie  
Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen  
Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie  
und Psychotherapie Reutlingen mbH  
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer:  
Prof. Dr. G. Längle und N. Schneider  
Wörthstraße 52/1  
72764 Reutlingen  
www.pprt.de  
Gesellschafter: Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg  
Bruderhaus Diakonie Reutlingen  
Eintragung im Handelsregister:  
Registergericht Stuttgart  
Registernummer B 353878

### Redaktion:

Prof. Dr. G. Längle, Dr. F. Schwärzler, A. Röhm (MPH)

### Design und Satz:

media puzzle  
Kammermeyer und Schneck GbR  
Gaiernweg 28  
73669 Lichtenwald  
www.media-puzzle.com

### Hinweis:

Dieser Leitfaden, die Handreichungen und die digitalen Materialien unterliegen dem Urheberrecht. Inhalte, Fotos, Texte und Darstellungen dürfen nur nach schriftliche Genehmigung von Dr. F. Schwärzler und Prof. Dr. G. Längle (fachspezifische Inhalte) bzw. der media puzzle GbR (Design und Satz) adaptiert werden.

### Bildnachweise:

Kapitel 6  
© Alexilus - www.Fotolia.com  
© Peter Hermes Furian - www.Fotolia.com  
© high\_resolution - www.Fotolia.com  
Titelbild  
cydonna / www.photocase.de

Auflage 500

Juli 2014

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

**zfp**

Südwürttemberg

### Hinweise zum Download-Bereich:

Auf folgenden Internetseiten stehen diese Broschüre sowie das Faltblatt „Beratungs-/Behandlungs-/Versorgungsangebote“ und weitere Formulare/Arbeitsmaterialien als PDF zum Download zur Verfügung:

[www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de](http://www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de)  
> Professionelle Hilfe > Sucht im Alter

[www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de](http://www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de)  
> Sucht im Alter

<b>Kapitel 1:</b> Der Hausarzt als zentrale Anlaufstelle _____	Seite 2
<b>Kapitel 2:</b> Behandlungs- und Beratungsanlässe, Aufgreifkriterien _____	Seite 3
<b>Kapitel 3:</b> Hierarchie der Behandlungsziele _____	Seite 4
<b>Kapitel 4:</b> Mehrdimensionalität der Sucht im Alter _____	Seite 5
<b>Kapitel 5:</b> Motivationsförderung bei älteren Sucht- und Abhängigkeitskranken _____	Seite 6
<b>Kapitel 6:</b> Pharmakokinetik im Alter _____	Seite 7
<b>Kapitel 7:</b> Interventionsformen und -verlauf _____	Seite 8
<b>Kapitel 8:</b> Ablaufschema Sucht im Alter _____	Seite 10
<b>Kapitel 9:</b> Verbindung Sucht- und Altenhilfenetzwerk _____	Seite 11
<b>Kapitel 10:</b> Drohende Verwahrlosung, Selbst- und Fremdgefährdung: Zuständigkeiten und Anlaufstellen _____	Seite 12

## Kapitel 1: Der Hausarzt als zentrale Anlaufstelle

In Deutschland wird die Behandlung der Bevölkerung von 33.780 niedergelassenen Ärzten der Allgemeinmedizin und 3.417 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gewährleistet (*Bundesärztekammer, 2013*). Das Verhältnis von zehn zu eins macht ihre Bedeutung bei der Versorgung von Patienten im dritten und vierten Lebensalter (siehe Tabelle Seite 3) deutlich. Die Hausärzteschaft ist durch die soziodemografische Entwicklung und die steigende Lebenserwartung in einer besonderen Weise gefordert. Die bestehende Alkohol- und Tabakkonsumkultur sowie die bereichsübergreifende Form der Medikamentenverordnungen werden zu einem Anstieg des Behandlungsbedarfes aufgrund substanzbedingten Folgeschädigungen und Multimorbidität führen.

### Alkohol:

- Die Prävalenz der über 65-jährigen Risikokonsumenten ist bei Männern 27% und bei Frauen 19% (*Robert-Koch-Institut, 2012*).
- Die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholintoxikationen ist bei 60- bis 90-Jährigen zwischen 2000 und 2011 um das Doppelte bis Dreifache gestiegen (*Statistisches Bundesamt, 2011*).

### Rauchen:

- Die Raucherprävalenz ist in der Altersgruppe der über 60-Jährigen mit 10% niedriger als beim Bevölkerungsdurchschnitt mit 22% (*Statistisches Bundesamt, 2012*).
- Mortalität, Morbidität: Der Anteil tabakassoziierter Krebserkrankungen und Krebssterbefälle bei über 65-jährigen Männern ist hoch und zwischen 2001 und 2008 stark angestiegen (*Lampert, T. et al., 2013; Lange, 2012*).

### Medikamente:

- Prävalenz: Mit zunehmendem Alter ist insbesondere bei Frauen ein starker Anstieg von potenziell suchtfördernden Verordnungen von psychotropen Substan-

zen zu verzeichnen (*Lohse & Müller-Oerlinghausen, 2011*). Die Ergebnisse der DEGS1 Studie (*Robert-Koch-Institut, 2013*) zeigen, dass der Gebrauch bei 70- bis 79-jährigen Frauen mehr als doppelt so hoch ist (11,5%) wie bei den Männern gleichen Alters (5%).

- Mehr als 30% der über 65-jährigen Patienten nutzen täglich gleichzeitig fünf und mehr verschiedene Medikamente (*Barmer GEK, 2013*).
- Die Einnahme psychoaktiver Substanzen erhöht das Sturzrisiko um 66% (*Wolter, 2005*).

Trotz sinkender Prävalenzen im Bereich der Tabak- und Alkoholabhängigkeit besteht bei älteren Patienten aufgrund häufiger Multimorbidität und Polypharmazie ein besonderer Handlungsbedarf. Hier ist die zielgenaue suchtspezifische Behandlung erschwert und komplex. Durch die Berücksichtigung der wichtigsten Aufgreifkriterien und durch gezielte therapeutische Kurzinterventionen kann jedoch gemeinsam mit dem älteren Patienten der Erhalt und ein Zugewinn an körperlicher, psychischer und sozialer Lebensqualität erzielt werden.

### Die Zuständigkeitsbereiche des Hausarztes im Hinblick auf Sucht im Alter sind folgende:

<b>Basisversorgung:</b>	Im Rahmen der Basisversorgung sind Hausärzte erste Anlaufstellen. 80% der alkoholabhängigen Patienten ( <i>Rumpf et al., 2000</i> ) sowie 92,3% der Frauen und 91% der Männer hatten im Rahmen der Basisversorgung einmal im Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt ( <i>RKI (2011)</i> ), nicht aber zur Suchtberatungsstelle.
<b>Notfallversorgung:</b>	Intoxikation als Aufgreifkriterium, des Weiteren Stürze, Schädel-Hirn-Traumata.
<b>Familienmedizin:</b>	Hausärzte sind Ansprechpartner für Angehörige, Nachbarn und Pflegekräfte.
<b>Aufsuchende Behandlung:</b>	Beim Hausbesuch ergeben sich Hinweise für Suchtmittelmissbrauch (leere Flaschen, Verwahrlosung, etc.).
<b>Behandlungsplanung/Koordination:</b>	Erster, langfristiger, verbindlicher Ansprechpartner und bei Multimorbidität auch Lotse im Gesundheitswesen.
<b>Langzeitbehandlung chronisch Kranker:</b>	s.o., auch: Langzeitbehandlung und Versorgung chronisch Suchtkranker.

Quellen: Barmer GEK (2013). Arzneimittelreport 2013. Multimedikation bei über 65-Jährigen Barmer GEK Versicherten, 2. Quartal 2012.  
Bundesärztekammer (2013). Zugriff am 06.06.2014 <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Stat13Tab08.pdf>  
Lange (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. Robert-Koch-Institut & GEKID (Hrsg.) Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. In Bundesgesundheitsblatt 56: S. 802-808.  
Lampert, T. et al. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland.  
Lohse, M.J., Müller-Oerlinghausen (2011). In B. Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): „Arzneiverordnungs-Report 2011“, Springer, Heidelberg.  
RKI-Robert Koch-Institut, Hrsg. (2013). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), 2008 bis 2011. Robert Koch-Institut, Berlin.

RKI-Robert Koch-Institut, Hrsg. (2012). Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.  
RKI-Robert Koch-Institut, Hrsg. (2011). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Robert Koch-Institut, Berlin.  
Rumpf et al. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und-Missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. In SUCHT, 46, S. 9-17.  
Statistisches Bundesamt (2012). Gesundheit im Alter. Ergebnisse des Mikrozensus 2009.  
Statistisches Bundesamt (2011). Krankenhausstatistik. Zugriff am 06.06.2014 [www.gbe.bund.de/gbe10/k?k=AMK](http://www.gbe.bund.de/gbe10/k?k=AMK)  
Wolter, D. (2005). Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter-Teil I und II. Geriatrie Journal, H.1, S. 34-38.  
Wolter, D. (2005). Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter-Teil II. Geriatrie Journal, H.2, S. 30-34.

## Kapitel 2: Behandlungs- und Beratungsanlässe, Aufgreifkriterien

Was können Hausärzte tun? Die Aufgaben der Allgemeinmedizin unterscheiden sich grundsätzlich von der Zuständigkeit und den Rahmenbedingungen des Facharztes. Sie sind für die Behandlung eines breiten Spektrums an primär altersbedingten Erkrankungen und sekundär altersbedingten Komplikationen zuständig (Kochen et al., 2012).

### Charakteristika des dritten und vierten Lebensalters:

#### Drittes Lebensalter:

- Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit, steigendes Risiko, schwer zu erkranken, Stoffwechseländerungen.
- Rückgang der kognitiven Lernfähigkeit.
- Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit.

#### Viertes Lebensalter:

- Hohes Risiko für chronische Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen, häufig einhergehend mit Schmerzen und Schlaflosigkeit.
- Steigende Multimorbidität bzw. Vorliegen mehrerer Krankheiten (BMFSFJ, 2009).
- Funktionale Einschränkungen: Schwerhörigkeit, Abnahme des Sehvermögens und/oder der Beweglichkeit, Einschränkung der Alltagsbewältigung/Selbständigkeit.
- Änderung im Selbstkonzept: Selbstwahrnehmung, Selbstwert, Selbstbewusstsein.

(Quellen: Tesch-Römer et al., 2009; Mayer et al. 1996, 1999)

Auf diesem Hintergrund ist das oft geforderte Screening aller Praxispatienten (Mänz et al., 2007) weder praktikabel noch sinnvoll. Aus hausärztlicher Sicht sind hingegen folgende Aufgreifkriterien handlungsrelevant:

### Aufgreifkriterien: Alkohol, Medikamente, Tabak

#### Alkohol

- Bei Hausbesuchen leere Flaschen in der Wohnung
- Alkoholgeruch beim Praxisbesuch
- Alkoholgeruch in der Ausatemluft
- Laborbefunde

#### Tabak

- Bei Hausbesuchen Tabakrauch in der Wohnung
- Tabakgeruch beim Praxisbesuch
- Gelbe Finger
- Assoziierte Erkrankungen, wie COPD, Krebserkrankungen (z.B. Blasenkrebs)

#### Medikamente

- Wiederholungsrezept, mehr als zwei Rezepte hintereinander
- Verlangen nach einem Rezept ohne persönlichen Arztkontakt (postalisch, durch Boten, direkt an die Apotheke)
- Massive Forderungen nach (z.B. Diazepam, Pregabalin) im Vertretungsfall
- Ambivalenzen, „Unwohlsein“ des Arztes bei der Rezeptvergabe
- Aggressives und manipulatives Auftreten des Patienten; mit Dringlichkeit gefordertes Wiederholungsrezept
- Rituelle und tägliche Einnahme von Schlafmitteln
- Entlassmedikation nach mehrwöchigem Aufenthalt in somatischen Kliniken oder Rehakliniken:
  - Polypharmazie, Zopiclon und mehr als drei verschiedene Psychopharmaka
  - Schmerztherapie in Kombination mit Antidepressiva oder Schlafmittel
  - Hinweis aus der elektronischen Dokumentation auf potentiell inadäquate Medikation (PIM)

Beim Vorliegen eines oder mehrerer Aufgreifkriterien bietet der Einsatz folgender Fragebogen einen anlassbezogenen Einstieg in die hausärztliche Beratung und Behandlung substanzbedingter Störungen (siehe Kapitel 5 und 8).

Fragebogen zur Erfassung von substanzbedingten Problemen (siehe hierzu auch die Hinweise zum Download-Bereich, Umschlagseite innen, beim Impressum unten rechts):

- Alkohol: AUDIT-C,
- TICS,
- Nikotin: Fagerström-Test,
- Medikamente: Fragebogen der DHS.

Einen Überblick über Grenzen des kritischen Alkoholkonsums bietet Seitz (2008, 2000), so gelten für Frauen 12g, für Männer 24g reinen Alkohols täglich als Grenze des risikoarmen Konsums.

Quellen: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. (2009). Altern im Wandel-Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.  
 Kochen, M. et al. (2012). Allgemeinmedizin und Familienmedizin (4. Auflage). Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG.  
 Mänz, C. et al. (2007). Evaluation eines Screeninginstruments für alkoholbezogene Störungen in der hausärztlichen Praxis. In ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Hrsg., Ausgabe 04/2007, Deutscher Ärzte Verlag.  
 Mayer, K.U. & Balthes, P.B., Hrsg. (1996, 1999). Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie Verlag.

Seitz et al. (2008). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland.  
 Seitz, H.K. (2000). Wie viel Alkohol macht krank? Trägt Alkohol zur Gesundheit bei? In Deutsches Ärzteblatt, 97 (22); A-1538/B-1311/C-1226.  
 Tesch-Römer et al. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern, S. 10-11. In DESTATIS-Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Statistisches Bundesamt des Deutschen Zentrums für Altersfragen & Robert Koch Institut (Hrsg.). Berlin, Oktoberdruck AG.



## Kapitel 3: Hierarchie der Behandlungsziele

Die wichtigsten Aufgaben des Hausarztes (nach Lorenz, 2014, pers. Kommunikation) bei der Behandlung älterer Patienten mit substanzbedingten Symptomen sind der Erhalt und die Rückgewinnung von Lebensqualität für den Patienten. Diese Zielsetzung gilt für jede Stufe der Zielpyramide (adaptiert nach Körkel & Kruse, 1997). Bei allen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen sind das Bio-/Psycho-/Soziale-Bedingungsgefüge und die entsprechenden therapeutischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu beachten.

Welches Ziel wird auf welcher Stufe angestrebt?

**Stufe 6** Weit möglichst selbständige Lebensgestaltung in Zufriedenheit in jeder Lebensphase:

Substanzfreiheit bei guter Lebensqualität.

**Stufe 5** Abstinenz, (selbst)kontrollierter Konsum:

Anleitung zur gesundheitsverträglichen Verwendung ärztlich verordneter Arzneimittel mit Suchtpotential. Gegebenenfalls Unterbrechung der „rituellen“ Einnahme von Schlafmitteln, Reduktion der Dosis oder/und Umstieg auf Behandlungsalternativen oder langsames Ausschleichen abhängigkeitsfördernder Medikamente. Bei hochaltrigen Patienten auch Aufrechterhaltung einer stabilen Niedrig-Dosis-Abhängigkeit nach sorgfältiger Kosten-/Nutzen-Abwägung.

**Stufe 4** Einsicht in die Grunderkrankung(en), rückfallpräventive Maßnahmen:

Information über den Zusammenhang der primären und sekundären (Sucht-)Erkrankung, z.B. organische Schlafstörung und Hypnotikagebrauch, Depressionen und Tranquillizer, Angststörungen oder chronische Schmerzen und Medikamentenmissbrauch etc.

**Stufe 3** Reduktion bzw. zunehmend mehr Zeit ohne exzessiven Konsum:

Motivation zu niederschweligen Entgiftungen, 100-Tage-Programm, ärztlich empfohlener Rauchstopp, Raucherentwöhnung: Mit pharmakologischer Unterstützung durch Nikotinersatzstoffe. Schmerzmittel: Planmäßiges Ausschleichen der Medikamente, Prüfung möglicher Behandlungsalternativen. Immer unter Einbezug aufsuchender Hilfen; ggf. Einbezug der Pflegenden und Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenhilfe oder der Angehörigen.

**Stufe 2** Sicherung des Überlebens: Verhinderung schwerer körperlicher oder sozialer Folgeschäden (z.B. durch Fremdgefährdung):

Notfallversorgung bei substanzbedingten Stürzen (z.B. Schenkelhalsfraktur) und Einbezug fachärztlicher Hilfen (z.B. suchtpsychiatrisches Konsil), Beratung und

### Hierarchie der Behandlungsziele:



Behandlung. Beauftragung aufsuchender Dienste, z.B. Suchtberatungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozial-/Ordnungs- oder Kreisgesundheitsamt. Anbindung der Patienten an Betreutes Wohnen, Tagespflege oder Altenheim.

**Stufe 1** Sicherung des Überlebens bei Intoxikationen:

Einweisung zur qualifizierten stationären Entzugsbehandlung bei Überdosierung oder bei substanzbedingten Unfällen (Schädel-Hirn-Trauma), bei Selbst- oder Fremdgefährdung, ggf. mit aufsuchender nachstationärer Behandlung. Aufsuchend, ambulant oder stationär Betreutes Wohnen bei körperlicher und psychosozialer Verwahrlosung.

Quellen: Körkel, J. & Kruse, G. (1997). Mit dem Rückfall leben – Abstinenz als Heilmittel. Bonn, Psychiatrie Verlag.  
Meili, D., Dober, S. & Eyla, E. (2004). Jenseits des Abstinenzparadigmas. Ziele in der Suchttherapie. In Suchttherapie (5), S. 2-9. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

## Kapitel 4: Mehrdimensionalität der Sucht im Alter

Bei der Behandlung von Menschen im vierten Lebensalter sind Hausärzte oft mit einem schwer auflösbaren Dilemma konfrontiert. Die hausärztliche Behandlung von mehrfach erkrankten Patienten (hier: fünf oder mehr gleichzeitig bestehende Erkrankungen) nimmt mit jeder Altersgruppe zu (Wurm et al., 2006). Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem komplexen Krankheitsgefüge die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und deren negative Auswirkungen auf die funktionale und subjektive Gesundheit vernachlässigt wird, steigt.

### Multimorbidität:

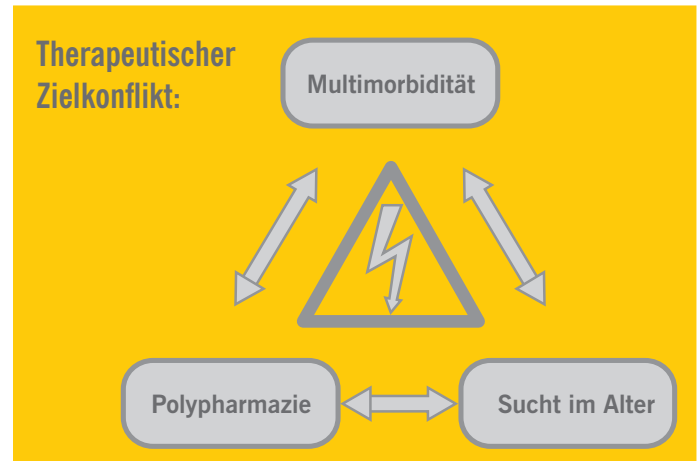
- Körperliche Erkrankungen nehmen im Alter zu und sind häufig chronisch und irreversibel.
- Altersbezogene Prävalenz der Multimorbidität (> 5):  
Nach Schäufele (2009): 40- bis 54-Jährige: 4%, 55- bis 69-Jährige: 12% Frauen und Männer.  
Nach Saß et al. (2009): 70- bis 84-Jährige: 24 bis 27% Frauen, 19 bis 24% Männer.  
Über 85-Jährige: 54% Frauen, 41% Männer.
- Ist oft mitbedingt durch jahrzehntelangen hohen Tabak- und Alkoholkonsum.
- Zwei Drittel aller Krebsneuerkrankungen entfallen auf über 65-Jährige (RKI, 2008).
- 1 bis 5% aller älteren Menschen haben eine schwere Depression. Bei Alten- und Pflegeheimbewohnern besteht ein erhöhtes Risiko, 40 bis 50% haben depressive Symptome (Weyerer et al., 2007).

### Polypharmazie:

- Ist eine interdisziplinäre Herausforderung: Haus-/Facharzt/Klinik/Reha.
- Medikationsfehler: Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen nehmen mit steigender Zahl der Wirkstoffe überproportional zu. Es sollten nicht mehr als vier Medikamente regelmäßig gleichzeitig angewendet werden (Saß et al., 2009) – was allerdings oft utopisch erscheint.

### Sucht- und Abhängigkeit im Alter:

- Alkoholbedingte Sterbefälle: 2005 starben Alkoholranke im Durchschnitt mit 58,1 Jahren, die Lebenserwartung ohne Suchterkrankung liegt bei 82,3 Jahren bei Frauen und 76,9 Jahren bei Männern (Rübenach et al., 2007).
- Rauchen beschleunigt biologische Alterungsprozesse (Lungenkapazität, Krebserkrankungen).
- 2004 wurden 25% aller Krebssterbefälle bei über 65-jährigen Männern (10% bei über 65-jährigen Frauen) durch Lungenkrebs verursacht (RKI, 2008).
- Gefahr der Unterschätzung der Prävalenz: einige Kriterien und Funktionseinschränkungen (z.B. Müdigkeit, Energie-, Konzentrationsmangel, Einschränkung



der Alltagskompetenz, sozialer und kommunikativer Rückzug, Gedanken an Tod und Sterben) werden als alterstypisch „normal“ und nicht als mögliches Symptom einer psychischen Erkrankung betrachtet.

- Früher Eintritt in Pflegeheime mit durchschnittlich 66,5 Jahren ohne Suchterkrankung mit 80,3 Jahren (Schäufele et al., 2009).

Multimorbidität verlangt Polypharmazie, die wiederum leicht eine Abhängigkeit von v.a. Schmerzmitteln oder Tranquilizern nach sich ziehen kann. In diesem Kontext entstehen Zielkonflikte, die nicht in einfachen Ablaufschemata abgearbeitet, sondern nur im interdisziplinären Dialog unter geeigneter Priorisierung und Reduktion der Komplexität gelöst werden können. Dem Bedarf nach einfachen Leitlinien und Algorithmen muss jeweils mit einer aufwändigen Einzelfallanalyse entgegengetreten werden.

Die Reduktion der Komplexität führt zu mehr Handlungssicherheit im Praxisalltag, zur diagnostischen Klärung, zu einer angemessenen therapeutischen Zielsetzung und zur Wahl geeigneter Kooperationspartner aus Suchthilfe, Altenhilfe und Psychosomatik.

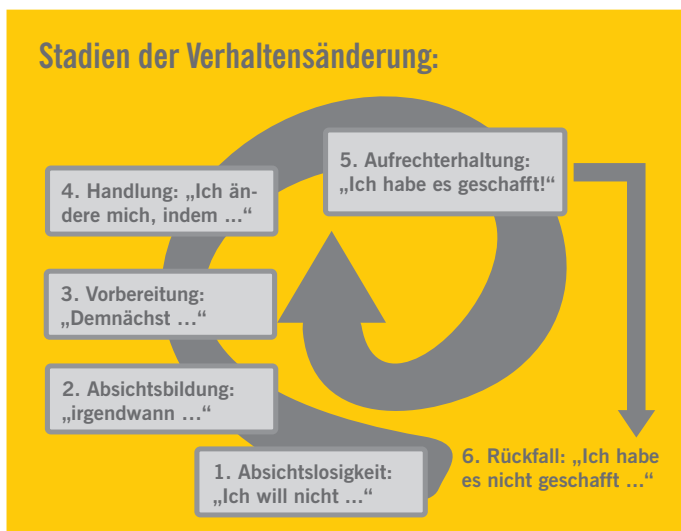
Es ist zu beachten, dass für Patienten nicht nur die somatische und psychische Gesundheit im Vordergrund steht. Vielmehr kommt der funktionalen und subjektiven Dimension der Gesundheit und der Lebensqualität eine ebenso große Bedeutsamkeit zu (Wurm et al., 2009).

Quellen: RKI - Robert Koch-Institut, Hrsg. (2008). Schätzung der Krebsneuerkrankungen in Deutschland durch die Dachdokumentation Krebs. [www.rki.de/clin\\_091/nm\\_204078/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/datenbankabfragen/neuerkrankungen/neuerkrankungen\\_nod.html?nnc=true](http://www.rki.de/clin_091/nm_204078/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/datenbankabfragen/neuerkrankungen/neuerkrankungen_nod.html?nnc=true) (Stand: 05.11.2008).  
Rübenach, S. et al., 2007. Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980-2005. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wirtschaft und Statistik 3., Wiesbaden.  
Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In Statistisches Bundesamt, deutsches Zentrum für Altersfragen & Robert Koch-Institut (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 57-58. Berlin, RKI.  
Schäufele, M., Weyerer, S., Hendlmeier, I. & Köhler, L. (2009). Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen

der stationären Altenhilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. In SUCHT 55 (5), S. 292-301.  
Schäufele, M. (2009). Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. In SUCHT 55 (5), S. 266-280.  
Weyerer, S. & Bikel, H. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie, Band 14. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.  
Wurm, S., Lampert, T. & Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In Statistisches Bundesamt, deutsches Zentrum für Altersfragen & Robert Koch-Institut (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 79-91. Berlin, RKI.  
Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte. Public Health Forum 14, H.50.

Verhaltensänderungen sind Ergebnis eines Entwicklungsprozesses und insbesondere bei Patienten mit einer Medikamentenabhängigkeit schwer zu initiieren. Die Entscheidung zur Substanzreduktion oder Abstinenz ist geprägt von Ambivalenzen und erfordert die Abwägung eigener und ärztlich vermittelter Pro- und Kontra-Argumente.

Das empfohlene Vorgehen basiert auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1993). Es beschreibt sechs Veränderungsstadien, die alle mehrmals durchlaufen werden können. „Rückschritte oder Rückfälle“ auf bereits durchlaufene Stufen werden als Teil des Veränderungsprozesses betrachtet und nicht negativ bewertet. Sie bieten Patienten die Möglichkeit, selbst getroffene Entscheidungen auf der Basis eigener Erfahrungen mit ärztlicher Unterstützung zu revidieren.



Zur Unterstützung von Änderungsprozessen sind die von Miller & Rollnick (2009) beschriebenen Grundprinzipien und Gesprächsführungstechniken hilfreich.

Das Vorgehen des „**Motivational Interviewing**“ basiert auf vier Grundprinzipien:

- 1. Empathie ausdrücken:** Aktiv zuhören, reflektieren und konkretisieren. Dem Patienten gegenüber zum Ausdruck bringen, was verstanden wurde.
- 2. Diskrepanz entwickeln:** Offene Fragen stellen. Dem Patienten eigene Argumente für seine persönliche Veränderung suchen und finden lassen. Äußerungen zur eigenen Motivation herausarbeiten und positiv verstärken. Die Bewusstwerdung des Unterschiedes zwischen den objektiven Befunden und dem subjektiv gewünschten Gesundheitsstatus motiviert zur Veränderung.
- 3. Widerstand umlenken:** Die Entscheidung des Patienten ist grundsätzlich anzuerkennen. Gemeinsam gilt es, Verhaltens- und Behandlungsalternativen zur För-

derung einer Verhaltensänderung zu entwickeln und anzubieten. Den Widerstand der Patienten als krankheitsbedingtes Symptom zu erkennen und dennoch zu akzeptieren.

- 4. Selbstwirksamkeit fördern:** Das Selbstvertrauen in die subjektive und objektive Möglichkeit zur Verhaltensänderung ist ein bedeutsamer motivationaler Faktor. Patienten und ggf. ihre Angehörigen und gesetzlichen Betreuer entscheiden gemeinsam mit ihrem ärztlichen Behandler über Therapiemaßnahmen und sind für deren Umsetzung mitverantwortlich.

Die motivierende Vorgehensweise empfiehlt sich ebenso bei folgenden Problemen:

**Multimorbidität:** Häufige Misserfolge durch eine eindimensionale Vorgehensweise können die Behandlungsmotivation von Patienten nach langjähriger Therapie- und Beratungserfahrung beeinträchtigen.

**Niedrig-Dosisabhängigkeit von Benzodiazepinen:** So können Patient und Hausarzt nach einer – oftmals zeitintensiven – Motivationsklärung durchaus zu der Entscheidung kommen, den Substanzkonsum zunächst fortzuführen. Die Abwägung muss bei älteren Patienten ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen und Pflegenden erfolgen. Bei Bedarf kann sucht- und alterspsychiatrische Expertise hinzugezogen werden. Möglicherweise kommt es dann nach einem Intervall zu einer Änderung der Rahmenbedingungen (z.B. beginnende Demenz) oder Komplikationen (z.B. Stürze), die eine Änderungsmotivation mit sich bringt.

**„Alterspessimismus“ von helfenden Ärzten und Pflegekräften:** Das subjektive Gesundheitserleben im höheren Lebensalter ist oft besser als der objektive Gesundheitszustand es erwarten lässt (Wurm et al, 2009). Das kalendarische Alter ist kein Ausschlusskriterium für therapeutische Maßnahmen. Die Lebensqualität lässt sich durch die gezielte Substanzreduktion oder Abstinenz und durch ergänzende psycho- und sozialtherapeutische Behandlung verbessern. Dieses Veränderungspotential kann genutzt werden.

Quellen: Miller, R. & Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hrsg. (2011). Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen, S. 82-88. Freiburg im Breisgau. Prochaska, J.O., Di Clemente C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal Consult Clinical Psychology 51(3), S. 390-395.



## Kapitel 6: Pharmakokinetik im Alter

Im höheren Lebensalter werden oft verstärkte Wirkungen von Arzneimitteln beobachtet. Gründe können in pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Veränderungen liegen.

**Pharmakodynamik:** Auf Rezeptorebene kommt es im Alter zu einer Veränderung der Empfindlichkeit, Regulationsmechanismen nehmen ab, was quantitativ und qualitativ eine veränderte Medikamentenwirkung verursacht.

**Pharmakokinetik:** Die Funktion arzneimitteliminierender Organe wie Niere und Leber, nimmt im Alter physiologischerweise ab (verringerte Clearance). Polypharmazie aufgrund von Multimorbidität kann zu unübersehbaren Wechselwirkungen führen. Die Resorption ist oft verringert, die Bioverfügbarkeit oftmals erhöht, was Konsequenzen für die Plasmakonzentration haben kann. Leberblutfluss, hepatischer Metabolismus und renale Elimination gehen im Alter zurück, so dass es häufig zu einer Zunahme der Plasmaspiegel eines Arzneimittels kommt, wobei zwischen den einzelnen Substanzen große Unterschiede bestehen.

Angewandt auf die Situation medikamentenabhängiger Älterer bedeutet das eine Zunahme der Wirkung, aber auch unerwünschter Nebenwirkungen der Substanz und eine höhere pharmakodynamische und -kinetische Interaktionsgefahr.

Quellen: Mörike, K. & Schwab, M. (2000). Grundlagen der Pharmakokinetik und pharmakokinetische Besonderheiten im Alter. In T. Nikolaus (Hrsg.), Klinische Geriatrie, S. 207-217. Berlin, Springer.

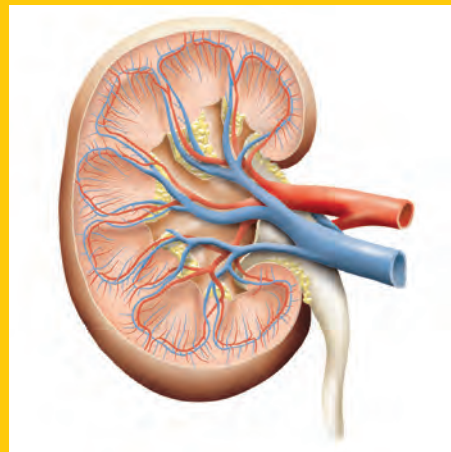
### Pharmakokinetik im Alter:



Pharmakodynamische Interaktion, gesteigerte zerebrale Empfindlichkeit



Resorption und Bioverfügbarkeit



Metabolismus, Elimination und renale Ausscheidung

Ungefähr 80% der über 18-jährigen Bevölkerung in Deutschland haben einmal jährlich Kontakt zu ihrem Hausarzt (Bischof et al., 2004). Die Behandlungsanlässe sind vielfältig und stehen oft auch in Zusammenhang mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen. Der Behandlungsprozess erstreckt sich meist über Jahre bzw. Jahrzehnte und ist zeitaufwändig. Dabei durchlaufen Patienten unterschiedliche Stadien der Verhaltensänderung vor dem Hintergrund unterschiedlicher somatischer Komorbiditäten. Diese Interaktion zwischen Sucht und Somatik und die entstehenden „Teachable Moments“ müssen erkannt und die Intervention darauf angestimmt werden.

Der Behandlungsprozess verläuft bei chronisch Abhängigkeitskranken in der Regel nicht linear. Er ist durch verschiedene hausärztliche und suchtttherapeutische Interventionen und einen hohen Bedarf an begleitender hausärztlicher Versorgung gekennzeichnet. Aus diesem Grunde muss der Behandlungsprozess an die in Kapitel 5 beschriebenen Änderungsstufen angepasst werden.

**Behandlungsanlass** (siehe auch Kapitel 2):

- Akute oder chronische Erkrankung,
- Gesundheitsvorsorge,
- Hinweise auf riskanten Konsum.

**Diagnostik:**

- Sucht- und Sozialanamnese, Erhebung psychosozialer Probleme,
- Fremdanamnese unter Einbeziehung von Angehörigen, Pflegekräften, medizinischen Fachangestellten.
- Alkoholmarker haben wegen Multimorbidität und Polypharmazie eine geringere Hinweis- und Aussagekraft (GT, Transaminasen, MCV, CDT),
- Medikamenten- und Drogenscreenings kommen nur in suchtttherapeutischen Einheiten zum systematischen Einsatz,
- Differentialdiagnostische Abgrenzung zu altersbedingten Einschränkungen,
- Der Focus ist vorrangig auf den somatischen Diagnosen,
- Vertiefung der Anamnese durch spezielle Fragebögen, z.B. AUDIT-C, TICS, Fagerström-Test, Fragebogen zur Erfassung der Funktionalität des Medikamentenkonsums (DHS).

**Stadium der Änderungsbereitschaft und Therapieziel definieren:**

- Der Patient (in Unterstützung durch Angehörige und ggf. den gesetzlichen Betreuer) reflektiert und bestimmt seine Ziele, unterstützt durch geeignete Gesprächsführung (Motivational Interviewing).

**Hausärztliche (Kurz-)Intervention:**

- Sind auf die Veränderungsstadien abzustimmen: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung,

- Beispiel Tabakabhängigkeit: Die Änderungsmotivation erfragen. Ist eine Raucherentwöhnung gewünscht? Bei Bedarf kurzfristig erreichbare Interventionsmöglichkeiten anbieten. Oft genügt eine gezielte hausärztliche Kurzintervention um den Tabakausstieg selbstkontrolliert und ohne Hilfsmittel zu erreichen (Ratje 2013, Kröger et al., 2013). Dabei sind die positiven Aspekte des Rauchstopps hervorzuheben. Gerade ältere Menschen mit kardiovaskulären oder pulmonalen Erkrankungen sind nach einem Rauchstopp schon kurze Zeit später belastbarer, in ihrer Mobilität weniger eingeschränkt und erfahren dadurch einen Zugewinn an Lebensqualität und mittelfristig auch an Lebensjahren (Hering, 2013; Doll et al., 2004),
- (Selbst-)Kontrolle: Angebot von Laboruntersuchungen und deren Veränderungen nach hausärztlichem Rat zur Konsumänderung („Simple Advice“),
- Bei Bedarf ist suchtpsychiatrische Kompetenz zur weiteren diagnostischen und therapeutischen Abklärung und Behandlung hinzuzuziehen.

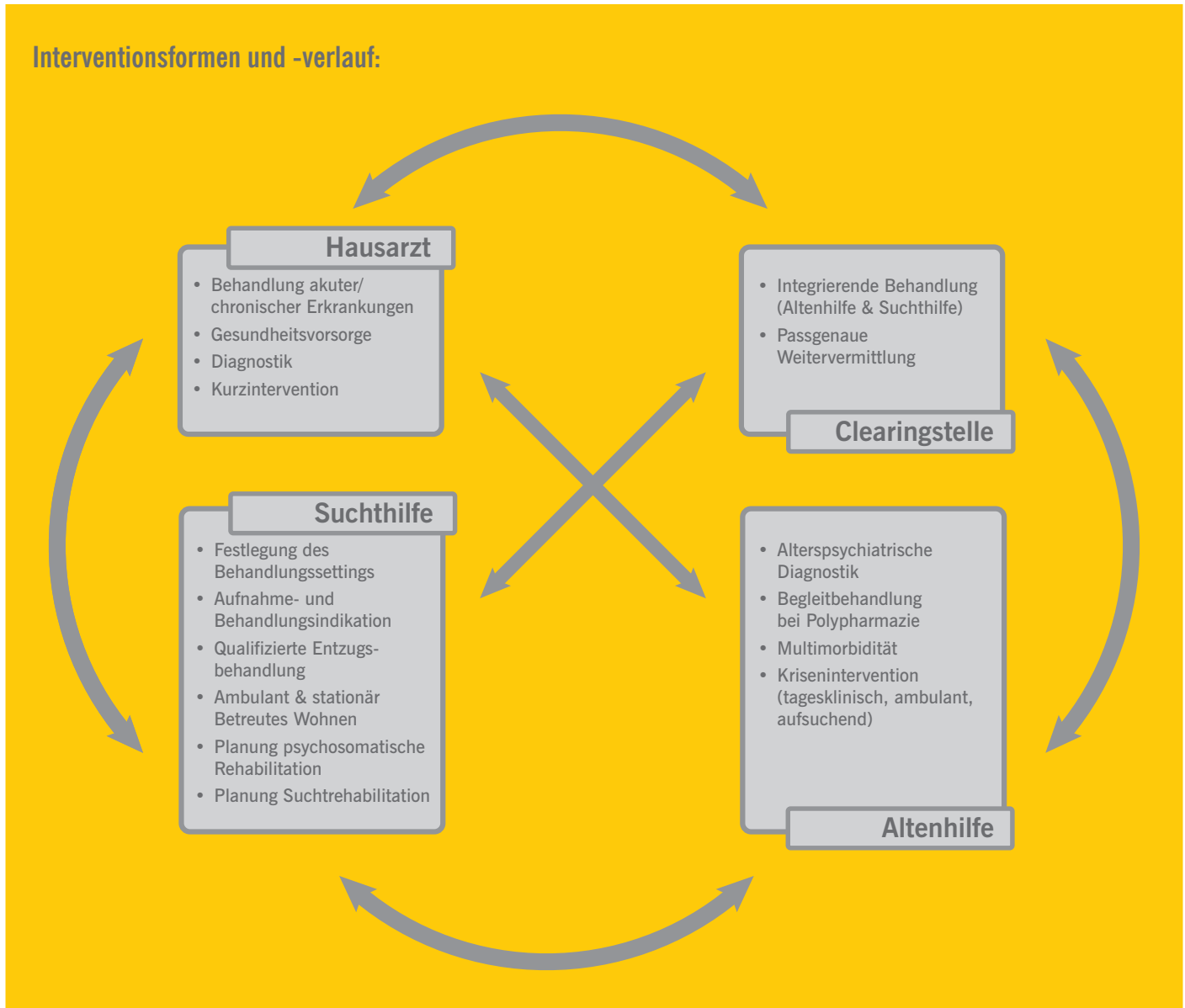
**Fachärztliche Behandlung, weiterführende Diagnostik und Suchttherapie:**

Für eine integrierende Behandlungsplanung ist eine zentrale Clearingstelle sinnvoll (z.B. in einer Versorgungsregion). Hier werden Kenntnisse und Kompetenzen aus dem Alten- und Suchthilfebereich zusammengeführt und dafür gesorgt, dass eine passgenaue Weitervermittlung erfolgt. Diese erfolgt in enger Absprache mit den Hausärzten.

- Prüfung des Behandlungssettings (ambulant, teil- oder vollstationär),
- Prüfung des Behandlungskontextes (Altenhilfe, Suchthilfe),
- Prüfung von Behandlungs- und Aufnahmeindikation,
- Planung von Kriseninterventionen: vollstationär, tagesklinisch, ambulant, aufsuchend,
- Planung einer qualifizierten Entzugsbehandlung: vollstationär, tagesklinisch, ambulant,
- Multiprofessionelle Diagnostik, Therapieindikation, Behandlungsplanung, suchtpsychiatrische und psychotherapeutische Begleitbehandlung bei Polypharmazie und Multimorbidität,

## Kapitel 7: Interventionsformen und -verlauf

- Alterspsychiatrische Diagnostik, Planung und Gestaltung niedrigschwelliger Übergänge in weiterführende Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen der Sucht- und Altenhilfe (z.B. psychosomatische oder suchtspezifische Rehabilitation, ambulant oder stationär Betreutes Wohnen),
- Information, Abstimmung und Überleitung an Hausarzt.



Quellen: Babur, et al. (2001). AUDIT-C, Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption. Anmerkung: Der Fragebogen zur Erfassung von Alkoholproblemen ist nur begrenzt einsetzbar; bei einer Trinkmenge von 24m/12w g/tgl. ist bei einem älteren Menschen mit biologischen Schäden zu rechnen.  
 Bischof, G., Rumpf, H.J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2004). Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Rauchern und riskant Alkohol konsumierender Personen: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. In Gesundheitswesen, 66, S. 114-120.  
 Doll R., Peto, R. et al. (2004). 50 years observations on male british doctors. Effects on survival of stopping smoking cigarettes at age 25-34, age 35-44, age 45-54, and age 55-64. In British Medical Journal Publishing Group 328, S. 1519-1533.

Heatheron TF, et al. (1991). British Journal Addiction, 86: S 1.119-1.127. Anmerkung: Der Fagerström Test kann nur begrenzt zur Objektivierung herangezogen werden. Der Test ist nicht speziell auf ältere, z.T. multimorbide Raucher, angepasst.  
 Hering, T. (20.03.2013). Was können wir als Ärzte mit der Tabakentwöhnung für die Gesundheit unserer Patienten erreichen – Bundesverband der Pneumologen. Vortrag bei der 14. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., Frankfurt.  
 Kröger, C., Wenig, J. & Piontek, D. (2013). Methoden zum Rauchstopp in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012. Vortrag bei der Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle, 02.12.2013, Heidelberg.  
 Rajje, U. (2013). Raucherentwöhnung in der Hausarztpraxis – von der Diagnose zum Therapiekonzept. Vortrag bei der Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am 04.12.2014, Heidelberg.

## Kapitel 8: Ablaufschema Sucht im Alter

Auch wenn die Behandlung älterer Suchtkrankter immer in Rückkopplungsschleifen zwischen Hausarzt und Sucht- und Altenhilfe erfolgen muss, lassen sich jedoch immer wieder verschiedene Schritte definieren, die den Ablauf bei einzelnen Patienten bestimmen:

### Ablaufschema Sucht im Alter:

#### Aufgabe

- Reflektion der Rolle und der Funktionen des Hausarztes in der Versorgung suchtkrankter Älterer

#### Erkennen

- Aufgreifkriterien und Komorbidität (Depressionen, Angst, Schlafstörungen) erkennen und in verschiedenen Kontexten identifizieren (s.o.)

#### Diagnose

- Gezielte Untersuchung mit Fragebogen (Zum Alkoholkonsum AUDIT-C, TICS, zum Medikamentengebrauch DHS, Fagerström zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit, ggf. Labor zur Verlaufskontrolle: Kombination aus erhöhter Gamma GT und MCV ist weniger spezifisch)

#### Ansprechen

- Motivierendes Gespräch, Bestimmung der Position des Patienten in der Motivationsspirale

#### Ziel setzen

- Wenn möglich, gemeinsame Entscheidung über die Intervention: Notfallintervention, Kurzintervention, begleitendes Zuwarten
- Bei Multimorbidität und Polypharmazie ggf. geriatrisches Assessment

#### Prüfen

- Evaluation mit Patienten, Angehörigen, Pflegekräften, Betreuern und Kooperations-/Netzwerkpartnern

## Kapitel 9: Verbindung Sucht- und Altenhilfenetzwerk

**Der Bedarf an praktisch aufsuchender und systemübergreifender Behandlung und Versorgung wird sich durch die bekannte soziodemografische Entwicklung erhöhen (MAS, 2013).**

In Abhängigkeit von der Problemlage und dem Lebensumfeld der Patienten (Pflegeheim, ambulante Pflege, eingeschränkte Gehfähigkeit) stehen unterschiedliche Substanzen (Medikamente oder Alkohol und Tabak) im Vordergrund und unterschiedliche Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten stehen dafür zur Verfügung (siehe dazu auch Beutel, 2011). Hausärzte sind wichtigster Ansprechpartner für Pflegekräfte bei Medikamentenabhängigkeit in Altenpflegeheimen sowie bei Alkohol und Tabakabhängigkeit in der ambulanten und Tagespflege. Hier besteht ein Vernetzungsbedarf, der durch die praktische Kooperation der Sucht- und Alterspsychiatrie unter Einbeziehung der auch aufsuchend tätigen Beratungs- und Pflegedienste der Freien Wohlfahrtsver-

bände gelöst werden kann. Zur Versorgung abhängigkeitskranker Patienten im dritten und vierten Lebensalter mit komplexen gesundheitlichen Problemen muss den Hausärzten ein Überblick über die regional erreichbaren Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Hilfreich ist eine niedrigschwellige Behandlung in Fachambulanzen der Sucht- und Alterspsychiatrie mit aufsuchender fachärztlicher Behandlung und enger Kooperation mit ambulanter und stationärer Altenhilfe.

Beispielhaft seien die Versorgungsangebote genannt:

- [www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de](http://www.kommunales-suchthilfe-netzwerk-reutlingen.de)
- [www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de](http://www.netzwerk-alterspsychiatrie-reutlingen.de)

Quellen: Beutel, M. (2011). Die Versorgung älterer Suchtkrankter im Stadt- und Landkreis Karlsruhe. Eine empirische Untersuchung. Gefördert durch die Baden-Württemberg Stiftung, Karlsruhe, Diakonisches Werk Baden. Zugriff am 24.06.2014. Verfügbar unter <http://www.elas-baden.de/aktuelles/suchtfrei-im-alter/infomaterial/>

MAS - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden – Württemberg, Hrsg. (2013). Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Marianne Engeser u.a. CDU, Sucht im Alter – Drucksache 15/3922. Zugriff am 24.06.2014. Verfügbar unter [http://fraktion.cdu-bw.de/fileadmin/user\\_upload/infothek/Allgemein/2013-09-30\\_PM\\_174\\_Anlage\\_Stellungnahme\\_SM\\_3922.pdf](http://fraktion.cdu-bw.de/fileadmin/user_upload/infothek/Allgemein/2013-09-30_PM_174_Anlage_Stellungnahme_SM_3922.pdf)

### Verbindung Sucht- und Altenhilfenetzwerk:

Indikation	Angebot
• Fragen von Angehörigen, Betroffenen, Behandlern, Betreuern	• Zentrale Telefonnummern für Fragen zur Versorgung
• Psychosoziale Versorgung bei sozialer Isolation, eingeschränkter Gehfähigkeit, fehlender compliance	• Sozialpsychiatrischer Dienst, auch aufsuchend
• Verwahrlosung, psychosoziale und medizinische Begutachtung	• Kreisgesundheitsamt, auch aufsuchend
• Multimorbidität, Polypharmazie	• Geriatrische Zentren
• Beratung, Diagnostik, Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen, psychiatrischen- und psychosomatischen Erkrankungen, Terminvergabe für Hausärzte	• Suchtambulanzen, z.T. aufsuchend
• (Qualifizierte) Entzugsbehandlung und Weiterbehandlung, auch chronisch Mehrfachabhängiger	• Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
• Ganztägig teilstationäre Behandlung	• Tagesklinik
• Chronischer Suchtmittelkonsum, soziale Isolation, Multimorbidität, eingeschränkte Gehfähigkeit	• Aufsuchend, ambulant Betreutes Wohnen
• Multimorbidität	• Stationär Betreutes Wohnen, Altenpflegeheime
• Tabakabhängigkeit Anbieter von Ausstiegsprogrammen	• Regionale Krankenkassen • Webseite Arbeitskreis Raucherentwöhnung Tübingen: <a href="http://www.medizin.uni-tuebingen.de">www.medizin.uni-tuebingen.de</a> • Webseite Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg: <a href="http://www.anbieter-raucherberatung.de">www.anbieter-raucherberatung.de</a> • Webseite Institut für Therapieforschung München: <a href="http://www.rauchfrei-programm.de">www.rauchfrei-programm.de</a>



Ältere Suchtkranke sind durch körperliche Komorbidität, beginnende Demenz und Hilflosigkeit, soziale Isolation und Vereinsamung besonders von Verwahrlosung bedroht. Hausärzte erkennen diese Gefährdung. Oft gibt es Unsicherheiten über Zuständigkeiten und den Ablauf einer Unterbringung. Hier sollen die folgenden Zeilen Orientierung geben. Die Ausführungen beziehen sich auf das Unterbringungsgesetz (UBG) in Baden-Württemberg.

### Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG und UBG, Voraussetzungen:

- Unterbringung erfolgt gegen den natürlichen Willen, Einwilligungsfähigkeit fehlt,
- Psychische Krankheit liegt vor (§1 UBG) bei:
  - Geistiger oder seelischer Krankheit (z.B. Psychose),
  - Behinderung oder Störung von erheblichem Ausmaß,
  - Persönlichkeitsstörung,
  - Suchtkrankheit,
- Eigengefährdung:
  - z.B. Gefahr der Selbsttötung,
  - gesundheitsgefährdende Verwahrlosung,
  - erhebliche Verschlechterung bei Nichtbehandlung,
  - Suchtkrankheit im schweren Fall.

*Nicht* bei Gefahr für eigenes Eigentum, Vermögen usw.
- Fremdgefährdung:
  - Rechtsgüter: Leben, Gesundheit, Eigentum anderer,
  - Erheblichkeit,
  - Gegenwärtigkeit – Eintritt des Schadens steht unmittelbar bevor,

- Kausalität – Gefahr beruht auf Krankheit und auf fehlender Einsichtsfähigkeit.

Alternativen zur Unterbringung liegen nicht vor, Abwendung der Gefahr ist auf andere Weise nicht möglich.

### Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach §1906 Bundesgesetzbuch (BGB):

- Betreuer ist bestellt (§1896 BGB),
- Ausschließliche Eigengefährdung (§1906 BGB),
- Unterbringung wird vom Betreuer beim zuständigen Betreuungsgericht (Wohnort) beantragt,
- der Betroffene stimmt der Einweisung selbst zu.

### Sofortige fürsorgliche Unterbringung nach §4 UBG:

Krankheit, Eigen- oder Fremdgefährdung erfordern sofortige Maßnahmen:

- Sachverhaltsmeldung an Ortpolizeibehörde, außerhalb der Dienstzeiten an die Polizei,
- Einschalten eines Arztes, vorrangig Hausarzt oder ortsansässiger Arzt oder ärztlicher Bereitschaftsdienst, *Ausnahme:* Arzt des Gesundheitsamtes,
- oder direkte Einschaltung und Transport des Patienten in eine psychiatrische Klinik.

### Antragsverfahren UBG – (Subsidiarität des Unterbringungsverfahrens):

