

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Förderkennzeichen:	01VSF21029
Akronym:	PRAGMA
Projekttitel:	Patient:innenwege von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit
Autorinnen und Autoren:	Dr. Bernd Schulte, Dr. Jakob Manthey, Britta Jacobsen, Anna Schranz, Christiane Schmidt, Olga Dortmann, Dr. Wiebke Zachariassen, Dr. Anja Maliezfski, Prof. Dr. Carolin Kilian, Prof. Dr. Ludwig Kraus, Prof. Dr. Ingo Schäfer
Förderzeitraum:	1. Februar 2022 – 30. Juni 2025
Ansprechpartner:	Dr. Bernd Schulte, Email: b.schulte@uke.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt PRAGMA wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21029 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz der hohen Prävalenz und des erhöhten therapeutischen Bedarfs nimmt nur ein Teil der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit Angebote des formellen Suchthilfesystems in Anspruch. Das Ziel des PRAGMA-Projekts bestand darin, die Versorgungswege von Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Modellregion Hamburg zu analysieren.

Methodik: In der zweistufigen Mixed-Methods-Studie wurden längerfristige Routinedaten mehrerer Sozialversicherungsträger mit Daten der ambulanten Suchthilfe in einem gemeinsamen Datensatz zusammengeführt. Die Hauptfragestellungen der Sekundärdatenanalyse umfassten die Identifikation typischer Patient:innenwege und deren Einfluss auf Morbidität und Mortalität, die Analyse von Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und vorzeitige Beendigungen, den Vergleich prototypischer Versorgungswege mit realen Versorgungsszenarien sowie die Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf alkoholbezogene Versorgungsleistungen. Ergänzend wurden qualitative Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften zu Schwachstellen und Verbesserungspotenzialen im Versorgungssystem durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse priorisierten Expert:innengruppen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung.

Ergebnisse: Die Analysen der Kurz- und Langzeitverläufe zeigten, dass auch im Versorgungssystem diagnostizierte Betroffene häufig keine adäquate Weiterleitung oder entsprechende Behandlung erhalten. Neben geringen Inanspruchnahmeraten waren Kombinationen mehrerer Behandlungsformen selten. Frühere Behandlungserfahrungen erhöhten die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inanspruchnahme, frühere irreguläre Behandlungsbeendigungen gingen mit höheren Abbruchraten einher. Patient:innen mit einer alkoholbezogenen Behandlung wiesen insgesamt mehr ambulante Fachärzt:innenkontakte und häufiger Hospitalisierungen auf als Personen ohne eine alkoholbezogene Behandlung. Eine prototypische Versorgung aus qualifizierter Entzugsbehandlung und Rehabilitation reduzierte die Re-Hospitalisierungsraten. Besonders im stationären Bereich zeigten sich während der COVID-19-Pandemie deutliche Rückgänge in der alkoholbezogenen Versorgung. Die Interviews verdeutlichten vielfältige strukturelle, individuelle und systemische Barrieren wie Stigmatisierung, lange Wartezeiten, fehlende Orientierung im Hilfesystem, mangelnde integrierte Angebote und unzureichende Vernetzung. Die Expert:innen betonten entsprechend den Bedarf an frühen, niedrigschwelligen Zugängen zur Versorgung sowie an einer kontinuierlichen und besser vernetzten Versorgung unter Berücksichtigung psychiatrischer Komorbiditäten.

Diskussion: Die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit kann durch ein Zusammenspiel gesellschaftlicher, struktureller und versorgungsspezifischer Maßnahmen verbessert werden. Es ist zu erwarten, dass nur eine integrierte Herangehensweise einen niedrigschwelligen Zugang ermöglicht, Barrieren wirksam abbaut und langfristig zu einer bedarfsgerechten Versorgung führt.

Schlagworte: Versorgungsforschung, Routinedatenanalyse, Mixed-Methods, Patient:innenwege, Alkoholkonsumstörung, Komorbidität, Patient:innen, Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, Suchthilfesystem

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	6
II	Abbildungsverzeichnis	7
III	Tabellenverzeichnis	8
1	Projektziele	9
1.1	Hintergrund	9
1.1.1	Alkoholkonsum und Krankheitslast in Deutschland	9
1.1.2	Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	9
1.1.3	Das deutsche Suchhilfesystem	10
1.1.4	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems	11
1.1.5	Ableitung der Forschungsfragen	12
1.2	Ziele und Fragestellungen des Projekts	13
1.3	Zentrale Forschungsfragen und Hypothesen	13
1.3.1	Fragestellung 1: Typische Kurz- und Langzeitverläufe	13
1.3.2	Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch	14
1.3.3	Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität	14
1.3.4	Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe	14
1.3.5	Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie	14
1.3.6	Fragestellung 6: Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten	14
1.3.7	Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung	15
2	Projektdurchführung	15
2.1	Projektbeteiligte	15
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	16
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	16
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	17
2.4.1	Vorbereitung Sekundärdatenanalyse und Data Linkage (AP1)	17
2.4.2	Sekundärdatenanalyse (AP2)	18
2.4.3	Qualitative Interviews (AP3)	20
2.4.4	Nominal-Group-Technique (AP4)	20
3	Methodik	21
3.1	Studiendesign	21
3.2	Vorbereitung Sekundärdatenanalyse und Data Linkage (AP1)	21
3.2.1	Zielpopulation und Einschlusskriterien	21
3.2.2	Ursprünglicher Verwendungszweck der Daten	22
3.2.3	Data-Linkage	23

3.3	Sekundärdatenanalyse (AP2).....	24
3.3.1	Fragestellung 1: Typische Kurz- und Langzeitverläufe	27
3.3.2	Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch	28
3.3.3	Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität	34
3.3.4	Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe	36
3.3.5	Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie	38
3.4	Qualitative Interviews (AP3)	40
3.4.1	Fragestellung 6: Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten	40
3.5	Nominal-Group-Technique (AP4).....	43
3.5.1	Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung	43
4	Projektergebnisse	44
4.1	Fragestellung 1: Typische Kurz- und Langzeitverläufe	44
4.1.1	Beschreibung der Analytestichprobe.....	44
4.1.2	Inanspruchnahme von alkoholbezogenen Behandlungsformen	45
4.1.3	Klassen und Muster der Inanspruchnahme	45
4.1.4	Behandlungsinanspruchnahme und soziodemografische Einflussfaktoren	49
4.1.5	Behandlungsinanspruchnahme und Komorbidität	51
4.2	Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch	54
4.2.1	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme	54
4.2.2	Einflussfaktoren auf die vorzeitige Beendigung	58
4.3	Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität	64
4.3.1	Einfluss typischer Patient:innenwege auf Morbidität	64
4.4	Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe	70
4.4.1	Beschreibung der Analytestichprobe.....	70
4.4.2	Effekte einer anschließenden Rehabilitation auf die Re-Hospitalisierung	71
4.4.3	Effekte einer Erhöhung der Anzahl von anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen	74
4.5	Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie	75
4.5.1	Beschreibung der Analytestichprobe.....	75
4.5.2	Jegliche Inanspruchnahme im Untersuchungszeitraum.....	75
4.5.3	Ambulante und stationäre Inanspruchnahmen im Beobachtungszeitraum.....	77
4.5.4	Sensitivitätsanalysen.....	78
4.6	Fragestellung 6: Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten	79
4.6.1	Beschreibung der Interviewpartner:innen.....	79
4.6.2	Perspektiven auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten	81
4.6.3	Perspektiven auf Zugang zu und Verfügbarkeit von Hilfe	85
4.6.4	Perspektiven auf Früherkennung und niedrigschwellige Hilfen	86
4.6.5	Perspektiven auf vorzeitige Beendigungen von Behandlungen	86
4.6.6	Perspektiven auf psychische Begleiterkrankungen.....	86

4.6.7	Perspektiven auf die Zusammenarbeit und Kommunikation	87
4.6.8	Perspektiven auf den Genesungsprozess.....	88
4.7	Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung	89
4.7.1	Datengrundlage	89
4.7.2	Stichprobenbeschreibung	90
4.7.3	Priorisierte Handlungsfelder	91
4.8	Priorisierte Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit.....	92
4.8.1	Frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten.....	92
4.8.2	Psychiatrische Komorbidität	92
4.8.3	Allgemeine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten	93
4.8.4	Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems	94
4.8.5	Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote	94
4.8.6	Behandlungsabbrüche	94
4.8.7	Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten bei älteren Menschen.....	95
4.8.8	Inanspruchnahme von ambulanten pharmakologischen Interventionen	95
5	Diskussion der Projektergebnisse	96
5.1	Fragestellung 1: Typische Kurz- und Langzeitverläufe	98
5.2	Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch	99
5.3	Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität	100
5.4	Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe	101
5.5	Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie	102
5.6	Fragestellung 6: Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten	104
5.7	Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung	106
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	111
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	115
IV	Literaturverzeichnis	118
V	Anlagen.....	129

I Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AIC	Akaike Information Criterion, Informationskriterium zur Modellwahl
ALCPP	Average Latent Class Posterior Probability (durchschnittliche posteriore Klassenzugehörigkeitswahrscheinlichkeit)
AP	Arbeitspaket
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch; Klassifikationssystem für Medikamente und Arzneimittel
AUD	Alkoholkonsumstörung (engl.: Alcohol use disorder)
BADO	Basisdatendokumentation im Suchtbereich
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherheit
BIC	Bayesian Information Criterion, Informationskriterium zur Modellwahl
CI	Konfidenzintervall
COVID-19	Coronavirus SARS-CoV-2, 2019
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse, DAK-Gesundheit
DF	Degrees of freedom, Freiheitsgrade
DRG	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKI	Elixhauser-Komorbiditäts-Index
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GAMM	Generalisiertes Additives Gemischtes Modell
GPD	Gute Praxis Datenlinkage
GEE	Generalized Estimating Equation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPS	Gute Praxis Sekundärdatenanalyse
H-MAC	Hash-Message Authentication Code
HIV	Human-Identifizierungs-Variable
IA	Innovationsausschuss
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
ICD-10: F10.x	ICD-10 Diagnosegruppe alkoholbezogenen Störungen
ID	Identifizierer
Inf	Inflated
IKK	Intraklassen-Korrelation
IQR	Interquartilabstand
IRR	Incidence Rate Ratio (Inzidenz-Raten-Verhältnis)
ITS	Interrupted Time Series Analyse (Zeitreihenanalyse)
LCA	Latente Klassenanalyse
LL	Log-Likelihood
m	Mittelwert
NGT	Nominal-Group-Technique
OPS	Operationen und medizinische Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratios (Chancenverhältnis)
OxCGRT	Oxford COVID-19 Government Response Tracker
p	p – Wert, Schwelle für statistische Signifikanz
PHARMA	Verschreibung alkoholbezogener Medikamente

PK	Psychiatrische Kurzkontakte
PRAGMA	Patient:innenwege von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit
PT	Psychotherapie
QE	Qualifizierte Entzugsbehandlung
R^2	Statistische Kenngröße, Anteil der Variabilität der abhängigen Variable
REHA	Rehabilitationsbehandlung
RR	Relatives Risiko
SB	Suchtberatung
SES	Sozioökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
STAB	Stationäre alkoholbezogene Behandlung
SUF	Scientific-Use-Files
Theta ϑ	Statistische Kenngröße, Wahrscheinlichkeitswert
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
χ^2	Chi-Quadrat, statistische Kenngröße

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitspakete des PRAGMA-Projekts	17
Abbildung 2: Wege der Datenzusammenführung, beteiligte Stellen und ihre Aufgaben	24
Abbildung 3: Beispielhafter Zeitstrahl	42
Abbildung 4: Klassen der Inanspruchnahme von alkoholbezogene Behandlungen	46
Abbildung 5: Intensität der Inanspruchnahme in den Klassen	48
Abbildung 6: Verteilung alkoholspezifischer Diagnosen in ambulanten oder stationären Settings innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)	48
Abbildung 7: Altersverteilung sowie Anteil weiblicher Patientinnen innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)	49
Abbildung 8: Verteilung des Erwerbs-/Rentenstatus innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)	50
Abbildung 9: Anteil an psychischen und somatischen Diagnosen innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)	52
Abbildung 10: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme alkoholbezogener Behandlungen	55
Abbildung 11: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer stationären alkoholbezogenen Behandlung	60
Abbildung 12: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer qualifizierten Entzugsbehandlung	62
Abbildung 13: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer Rehabilitationsbehandlung	63
Abbildung 14: Anzahl jeglicher Hospitalisierungen sowie Anzahl an Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug	65
Abbildung 15: Anzahl der Krankhaustage (insgesamt) und ohne Alkoholbezug	65
Abbildung 16: Anzahl ambulante Fachärzt:innenkontakte insgesamt und mit Alkoholbezug	69
Abbildung 17: Gewichtete, unadjustierte Verteilungen der Krankhaustage während der 12-monatigen Nachbeobachtung	72

Abbildung 18: Geschätzter Anteil von AUD-Patient:innen ohne Krankenhaustage im 12-monatigen Follow-up unter verschiedenen Modellierungsszenarien: Referenz (11 %), sowie Szenarien mit 20 %, 35 % und 50 % der AUD-Patienten mit Rehabilitationsbehandlung	75
Abbildung 19: Wöchentliche Anzahl an Patient:innen in jeglicher, ambulanter und stationärer Behandlung.....	77
Abbildung 20: Kategoriensystem aus den Interviews mit betroffenen Personen.....	80
Abbildung 21: Kategoriensystem aus den Interviews mit Angehörigen von betroffenen Personen	80
Abbildung 22: Kategoriensystem aus den Interviews mit Fachkräften.....	81
Abbildung 23: Gründe für eine (Nicht-)Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	82
Abbildung 24: Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess	88

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Konsortialpartner	15
Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner.....	15
Tabelle 3: Datenverfügbarkeit nach Quelle und Umgebung.....	21
Tabelle 4: Berücksichtigte Haupt- oder Nebendiagnosen (ICD-10).....	22
Tabelle 5: Berücksichtigte alkoholbezogene Behandlungsformen	25
Tabelle 6: In den Regressionsmodellen berücksichtigte Prädiktoren	29
Tabelle 7: Operationalisierung einer irregulären Behandlungsbeendigung.....	31
Tabelle 8: Operationalisierung der Prädiktoren für STAB/QE und REHA	32
Tabelle 9: Identifizierte sich nicht überlappende Behandlungsgruppen.....	37
Tabelle 10: Beschreibung der Analysestichprobe und Behandlungsformen.....	45
Tabelle 11: Beschreibung der Analysestichprobe anhand der Behandlungsgruppen STAB, QE und REHA	59
Tabelle 12: Anteil von Personen mit mind. einer Hospitalisierung und mittlere Anzahl an Krankenhaustagen (jeweils mit/ohne Alkoholbezug) pro Versichertengruppe....	64
Tabelle 13: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an Hospitalisierungen	66
Tabelle 14: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an Krankenhaustagen	67
Tabelle 15: Durchschnittliche Anzahl an ambulanten Fachärzt:innenkontakten	68
Tabelle 16: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an ambulanten Kontakten	69
Tabelle 17: Beschreibung der (ungewichteten) Analysestichprobe	71
Tabelle 18: Ergebnisse der Zero-Inflated-Negative-Binomial-Regressionsmodelle	73
Tabelle 19: Regressionsergebnisse für jegliche Inanspruchnahme.....	76
Tabelle 20: Regressionsergebnisse für ambulante bzw. stationäre Behandlungen	78
Tabelle 21: Handlungsfelder für Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung	90
Tabelle 22: Priorisierte Handlungsfelder aus Expert:innensicht	91

1 Projektziele

1.1 Hintergrund

1.1.1 Alkoholkonsum und Krankheitslast in Deutschland

Mit einem Pro-Kopf-Konsum von ca. 13 Litern Reinalkohol im Jahr 2017 zählt Deutschland weltweit zu den Hochkonsumländern (Manthey et al., 2019). Schätzungen gehen davon aus, dass 1,7 Millionen Menschen in Deutschland im Alter zwischen 18 und 64 Jahren Alkohol in missbräuchlicher Form konsumieren und 2,16 Millionen Menschen als alkoholabhängig gelten (Atzendorf et al., 2019; Olderbak et al., 2025). Bei Männern war mit rund 229.000 Fällen die Diagnosegruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol der dritthäufigste Anlass für eine stationäre Behandlung im Jahr 2017. Bei Männern in den Altersgruppen der 15- bis 45-Jährigen (ca. 97.000 Fälle) und der 46- bis 65-Jährigen (ca. 114.000 Fälle) waren Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sogar hauptursächlich für Krankenhausaufenthalte (Schelhase, 2019). Zudem korreliert der Alkoholkonsum in Abhängigkeit von der Trinkmenge mit einer erhöhten Krankheitslast. Die International Classification of Diseases (ICD-10) listet allein mehr als 40 Diagnosen auf, die in einem vollständig kausalen Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen (Rehm et al., 2017). Entsprechend ist Alkohol an einer Vielzahl weiterer Folgeerkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen) sowie Unfällen und Verletzungen ursächlich beteiligt (Rehm et al., 2017). Die negativen sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen für Deutschland sind erheblich: Die jährlichen direkten und indirekten Kosten durch Alkohol werden auf rund € 57 Mrd. geschätzt (Effertz, 2020).

1.1.2 Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Alkoholabhängigkeit wird in der Literatur als chronisch rezidivierende Erkrankung beschrieben, deren Verlauf durch Phasen der Stabilisierung, des erneuten Konsums und wiederholter Rückfälle gekennzeichnet ist. Zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit werden unterschiedliche theoretische Modelle herangezogen (vgl. (Feuerlein et al., 2008)). Neurobiologische Ansätze führen die Entwicklung einer Abhängigkeit vor allem auf durch den regelmäßigen Konsum verursachte Veränderungen in Belohnungs- und Kontrollsystemen des Gehirns zurück. Psychodynamische und psychoanalytische Theorien verstehen Sucht demgegenüber als Ausdruck innerpsychischer Konflikte, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung oder unzureichender Affektregulation, wobei Alkohol auch als Mittel der Selbstmedikation beschrieben wird. Lerntheoretische Modelle wiederum betrachten Alkoholabhängigkeit als erlerntes Verhalten, das durch klassische und operante Konditionierung sowie soziale Lernerfahrungen aufrechterhalten wird. Alkoholbezogene Reize, positive Verstärkung und Modelllernen tragen dazu bei, den Konsum zu stabilisieren. Ergänzend betonen kognitive und rückfalltheoretische Ansätze die Bedeutung von Stress, Craving, Erwartungseffekten und dysfunktionalen Gedanken für die Fortsetzung oder Wiederaufnahme des Konsums. Craving wird dabei als starker Drang zum Alkoholkonsum verstanden, der durch konditionierte Reaktionen und Erwartungen an die Wirkung von Alkohol beeinflusst wird. Insgesamt verdeutlichen diese Ansätze, dass Alkoholabhängigkeit als multifaktorielles Geschehen zu verstehen ist, dessen Entstehung und Verlauf durch biologische, psychische und soziale Faktoren geprägt werden.

An die Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit schließt sich die Frage an, unter welchen Bedingungen Betroffene überhaupt Hilfs- und Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Zur Erklärung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen werden vor allem gesundheitssoziologische und versorgungstheoretische Modelle herangezogen. Klassische Konzepte des Krankheitshandelns betonen hierbei, dass subjektive Krankheitswahrnehmung, Stigmatisierung und soziale Unterstützung eine zentrale Rolle spielen, wenn Menschen professionelle Hilfe aufsuchen. Einen weiterführenden Rahmen bietet das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen (Andersen, 1995), welches die Inanspruchnahme von Versorgung als Ergebnis prädisponierender Merkmale, ermöglichender Faktoren und des wahrgenommenen beziehungsweise tatsächlichen Bedarfs beschreibt. Für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bedeutet dies, dass die Nutzung von Hilfeangeboten nicht allein vom Vorliegen einer Diagnose abhängt, sondern ebenso von prädisponierenden Merkmalen wie Alter und Geschlecht, von ermöglichenden Faktoren wie der Verfügbarkeit von spezifischen Angeboten oder Wartezeiten sowie vom subjektiven und/oder objektiven Hilfebedarf, etwa in Form von Leidensdruck oder alkoholbezogenen Folgeerkrankungen.

1.1.3 Das deutsche Suchhilfesystem

Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit stehen in Deutschland Hilfeangebote in einem sektoral gegliederten Versorgungssystem zur Verfügung, das (sucht-)medizinische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische und rehabilitative Leistungen umfasst. Grundsätzlich lassen sich die Hilfen in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung, die ambulante Suchthilfe, die stationäre Akutversorgung sowie die medizinische Rehabilitation und Nachsorge unterteilen (DG-SUCHT, 2020). Die hausärztliche Versorgung ist für die Identifikation alkoholbezogener Probleme, die somatische Mitbehandlung sowie die Weiterleitung in spezialisierte Angebote relevant, etwa die Überweisung in eine (sucht-)psychiatrische Behandlung oder in eine Suchtberatungsstelle. Suchtberatungsstellen sind Teil der ambulanten Suchthilfe, die psychosoziale Betreuung, ambulante Therapieangebote sowie Angebote der Nachsorge und Rückfallprävention umfasst. Durch die Finanzierung über kommunale oder freie Träger sind Angebote der Suchthilfe nicht primär an eine formale medizinische Behandlung gebunden und richten sich nicht nur an Menschen mit Alkoholabhängigkeit, sondern auch an Menschen mit riskantem oder schädlichem Konsum sowie an Angehörige. Ihre Funktion liegt insbesondere in der Beratung, Motivationsförderung, Krisenintervention, psychosozialen Stabilisierung und Koordination weiterführender Hilfen.

Die stationäre Akutversorgung spielt vor allem dann eine Rolle, wenn bereits akute somatische oder psychische Komplikationen vorliegen. Hierzu zählen intoxikationsbedingte oder psychiatrische Notfälle, Entzugssymptome oder somatische Folgeerkrankungen. Zu den Akutbehandlungen zählt die Entzugsbehandlung, die in Deutschland in der Regel stationär durchgeführt wird. Über ein Zeitfenster von 3 – 8 Tagen erfolgen in internistischen oder psychiatrischen Kliniken eine medizinisch überwachte Stabilisierung sowie die Behandlung körperlicher Entzugssymptome (im Sinne einer körperlichen Entgiftung). Eine erweiterte Form stellt die qualifizierte Entzugsbehandlung dar, die in Deutschland ein Alleinstellungsmerkmal der stationären Versorgung bildet. Sie geht über die reine körperliche Entgiftung hinaus und umfasst zusätzlich psychosoziale, motivationale und psychotherapeutische Elemente. Ziel des zwei- bis dreiwöchigen stationären Aufenthalts in einer spezialisierten Klinik ist es, neben der Behandlung akuter Entzugssymptome eine

weiterführende Behandlung vorzubereiten, die Krankheitseinsicht zu fördern und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen zu stärken. Damit nimmt sie eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen akuter medizinischer Versorgung und langfristiger Rehabilitation ein. Die anschließende, mehrwöchige bis mehrmonatige medizinische Rehabilitation erfolgt in Deutschland häufig stationär, kann aber auch ambulant oder ganztägig-ambulant durchgeführt werden. Inhaltlich umfasst sie psychotherapeutische, medizinische und psychosoziale Maßnahmen mit dem Ziel, die Teilhabe zu verbessern, Rückfälle zu vermeiden und eine langfristige Stabilisierung zu fördern. Für den Erfolg der Rehabilitation ist die Anschlussfähigkeit an weitere Hilfen, insbesondere Nachsorge, von wesentlicher Bedeutung.

Die gestufte Versorgung zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen ist von unterschiedlichen Kostenträgern und Zuständigkeiten geprägt. Suchtmedizinische Leistungen der Akutbehandlung werden überwiegend über die Krankenversicherungen, rehabilitative Leistungen über die Krankenversicherungen und Rentenversicherungsträger, Leistungen der Suchthilfe vor allem über kommunale und freie Träger finanziert und organisiert. Diese Aufteilung ermöglicht zwar eine differenzierte Angebotsstruktur, erschwert aber zugleich die Koordination zwischen den Sektoren. An den Schnittstellen entstehen häufig Brüche, die eine kontinuierliche Behandlung verzögern oder unterbrechen können. Für Menschen mit Alkoholabhängigkeit, deren Verlauf häufig durch Rückfälle, wiederholte Behandlungsversuche und wechselnde Unterstützungsbedarfe geprägt ist, kann diese Fragmentierung dann auch eine wesentliche Versorgungshürde darstellen.

1.1.4 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems

Trotz der hohen Prävalenz und des erhöhten therapeutischen Bedarfs nimmt nur ein Teil der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit Angebote des formellen Suchthilfesystems in Anspruch. Viele Patient:innen fühlen sich von den vorgehaltenen Hilfen nicht ausreichend angesprochen, sei es aus individuellen, ökonomischen oder normativen Gründen oder einer fehlenden Passung der bestehenden Angebote. Für Deutschland wurde für das Jahr 2012 der Anteil der im Suchthilfesystem behandelten Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit auf 16% aller Betroffenen und der Anteil von Patient:innen, die eine stationäre Rehabilitationsbehandlung begonnen haben, auf 1,8% geschätzt (Kraus et al., 2015). Neuere Daten aus Bremen deuten darauf hin, dass im Zeitraum 2016/2017 etwa jede zehnte Person mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit eine oder mehrere suchtspezifische Betreuungs- und/oder Behandlungsleistungen in Anspruch nahm (Möckl et al., 2024). Zudem erfolgt die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten häufig erst, nachdem die Suchterkrankung weit fortgeschritten ist und die gesundheitlichen oder sozialen Folgen der Erkrankung bereits erheblich sind. Die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, steigt dabei mit höherem Alkoholkonsum, stärkerer Komorbidität, niedrigerem Bildungsniveau sowie der Anzahl an vorherigen Behandlungen (Blanco et al., 2015; J Rehm et al., 2015). Behandelte Personen sind im Durchschnitt älter (ca. 47 Jahre) und haben häufig einen jahrzehntelangen problematischen Konsum hinter sich, der mit somatischen Folgeerkrankungen einhergeht (Blanco et al., 2015; J Rehm et al., 2015; Schwarzkopf et al., 2022). Frauen weisen teilweise kürzere Konsumverläufe vor Behandlungsbeginn auf als Männer (Bravo et al., 2013). Als zentrale Kriterien für den Behandlungserfolg gelten Abstinenz, reduzierte Konsummengen sowie eine verbesserte somatische und/oder psychische Gesundheit. Stabile Abstinenzphasen und wenige Rückfälle gelten dabei als wichtige Prädiktoren positiver Verläufe (Maisto et al., 2021). Gleichzeitig beeinflussen Komorbiditäten

und psychosoziale Faktoren den weiteren Verlauf erheblich (Witkiewitz et al., 2020). Rückfälle sind häufig; 25 bis 50 % der Patient:innen werden innerhalb eines Jahres rückfällig, meist innerhalb der ersten 30 Tage (Bachmeier et al., 2018). Ein niedriger sozioökonomischer Status und strukturelle Nachteile verschlechtern die Prognose (Swan et al., 2021). Die Evidenz zu Geschlechtsunterschieden im Behandlungserfolg ist uneinheitlich (McCrary et al., 2020).

Versorgungsverläufe werden nicht nur durch individuelle und strukturelle Faktoren beeinflusst, sondern auch durch externe Krisenereignisse. Die COVID-19-Pandemie hat Gesundheitsverhalten, Erreichbarkeit von Angeboten und die organisatorischen Abläufe im Versorgungssystem erheblich verändert. Während der Pandemie gingen alkoholbedingte Hospitalisierungen zurück (Jakob Manthey, Carolin Kilian, et al., 2023). Dies kann auf veränderte Hilfesuchmuster, eingeschränkte Versorgungsangebote oder pandemiebedingte Verschiebungen in der Nutzung stationärer und ambulanter Leistungen hinweisen.

1.1.5 Ableitung der Forschungsfragen

Zusammenfassend verdeutlichen die dargestellten epidemiologischen, theoretischen und versorgungsbezogenen Befunde, dass Alkoholabhängigkeit als chronisch-rezidivierende Erkrankung mit hoher Krankheitslast und komplexen Versorgungsbedarfen zu betrachten ist. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz alkoholbezogener Störungen, der erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen sowie der deutlich eingeschränkten Inanspruchnahme des deutschen Suchthilfesystems ergibt sich die Relevanz einer systematischen Analyse der Versorgungswege von Patient:innen mit Alkoholabhängigkeit. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche typischen Kurz- und Langzeitverläufe der Inanspruchnahme suchtmmedizinischer Versorgungsleistungen sich erkennen lassen und welche Nutzungsmuster sich über einen längeren Beobachtungszeitraum rekonstruieren lassen. Da die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nicht allein durch das Vorliegen einer Diagnose geprägt ist, sondern durch das Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Faktoren beeinflusst wird, rücken zudem jene Einflussfaktoren in den Fokus, die mit der Inanspruchnahme und/oder der vorzeitigen Beendigung von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen assoziiert sind. Von besonderem Interesse sind hierbei u.a. soziodemographische Merkmale, Komorbiditäten und frühere Behandlungserfahrungen. Angesichts der bekannten Assoziation zwischen Alkoholabhängigkeit, erhöhter Morbidität und vorzeitiger Mortalität ist außerdem von Bedeutung, inwieweit unterschiedliche Versorgungspfade mit unterschiedlichen gesundheitlichen Outcomes verbunden sind, z.B. ob prototypische, leitlinienorientierte Versorgungsverläufe mit einer geringeren Inanspruchnahme vermeidbarer stationärer Behandlungen assoziiert sind. Da Studien zeigen, dass pandemiebedingte Veränderungen der Versorgungsstrukturen, Kontaktbeschränkungen und des Hilfesuchverhaltens mit veränderten Inanspruchnahmen und Versorgungspfaden einhergegangen sind, sollte geprüft werden, wie sich die COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme alkoholbezogener Versorgungsleistungen ausgewirkt hat. Neben quantitativen Analysen bieten qualitative Perspektive die Möglichkeit, Barrieren, Versorgungslücken und die mangelnde Passung bestehender Angebote systematisch zu erfassen. Aus der Kombination quantitativer und qualitativer Ergebnisse lassen sich somit Ansatzpunkte für eine patient:innen- und ergebnisorientierte Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit ableiten.

1.2 Ziele und Fragestellungen des Projekts

Das primäre Ziel des PRAGMA-Projekts bestand in der systematischen Analyse von Versorgungswegen von Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Modellregion Hamburg. Zur Erreichung dieses Ziels wurden erstmals langfristige Routinedaten mehrerer Sozialversicherungsträger mit Basis- und Verlaufsdaten von Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in einem gemeinsamen Datensatz zusammengeführt. Die Sekundärdatenanalyse verfolgte das Ziel, typische Patient:innenwege über einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren sowie über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg empirisch zu identifizieren und zu untersuchen. Dabei wurden auch der Einfluss der Versorgungswege auf Morbidität und Mortalität sowie potenzielle soziodemographische und gesundheitsbezogene Determinanten für die Inanspruchnahme sowie vorzeitige Beendigungen von Versorgungsleistungen und Behandlungsabbrüche analysiert. Um die Diskrepanz zwischen den angestrebten Steuerungszielen und der tatsächlichen Nutzung von Versorgungsangeboten zu quantifizieren, wurden prototypische Versorgungswege mit den realen Versorgungsszenarien aus den Routinedaten verglichen. Zudem wurden die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von alkoholbezogene Versorgungsleistungen analysiert.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse wurde eine vertiefende Untersuchung mittels qualitativer Interviews durchgeführt, um die Perspektiven von Patientinnen und Patienten, Versorgungspersonal sowie Angehörigen hinsichtlich Schwachstellen und Verbesserungspotenziale im Versorgungssystem zu erfassen. Die gewonnenen empirischen Befunde wurden anschließend von Expertinnen und Experten exploriert, diskutiert und priorisiert, um Ansatzpunkte für eine patient:innen- und ergebnisorientierte Verbesserung der Versorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland zu entwickeln.

1.3 Zentrale Forschungsfragen und Hypothesen

1.3.1 Fragestellung 1: Typische Kurz- und Langzeitverläufe

Welche typischen Kurz- und Langzeitverläufe hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtspezifischer Versorgungsleistungen lassen sich für Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit rekonstruieren?

Hypothesen:

- *Kurzzeitverläufe: Wir erwarten, dass ein beträchtlicher Teil (ca. 30%) der Personen mit einer neu diagnostizierten Alkoholabhängigkeit keine suchtspezifische Behandlungen innerhalb von 6 Monaten in Anspruch nimmt. Für den Großteil der identifizierten Personen (ca. 50%) werden infolge der Erstdiagnose nur wenige Kontakte (1-5) mit der suchtspezifischen Versorgung registriert. Für einen kleinen Teil der Personen (weniger als 20%) werden mehr als 5 suchtspezifische Behandlungskontakte registriert.*
- *Langzeitverläufe: Über einen längeren Zeitraum (2 Jahre oder mehr) erwarten wir, dass die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Behandlungen für die meisten Personen (mind. 50%) fluktuiert, mit Perioden häufigerer Kontakte und Perioden mit weniger Kontakten. Für einen ähnlich großen Teil der Personen wird erwartet, dass sie entweder regelmäßige*

Kontakte haben (z. B. ambulante Suchtberatung) oder keine bzw. nur sehr wenige Kontakte haben.

1.3.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch

Lassen sich Einflussfaktoren identifizieren, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme und/oder der vorzeitigen Beendigung von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen stehen?

Hypothese:

- *Personen mit umfangreicherer Behandlungserfahrung, definiert über die Anzahl bzw. Länge der Behandlungsepisoden, werden mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit eine suchtspezifische Behandlung in Anspruch nehmen.*

1.3.3 Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität

Unterscheiden sich Morbidität und Mortalität zwischen Patient:innen mit verschiedenen Versorgungswegen?

Hypothese:

- *Unter Personen, bei denen eine F10.2 Diagnose erstmals ambulant gestellt wurde, ist eine geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (ambulant oder stationär) sowie eine geringere Mortalität zu verzeichnen, wenn Sie infolge der Diagnosestellung eine stationäre Entzugs- und/oder Rehabilitationsbehandlung in Anspruch genommen haben.*

1.3.4 Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe

Welche Effekte zeigen prototypische Verläufe auf vermeidbare Hospitalisierungen?

Hypothese:

- *Prototypische Behandlungsverläufe, wie durch die aktuelle Leitlinie definiert, sind mit einer geringeren Inanspruchnahme stationärer Behandlungsleistungen verbunden.*

1.3.5 Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie

Zeigen sich Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen?

Hypothese:

- *Die Inanspruchnahme alkoholbedingter Versorgungsleistungen ging durch die COVID-19 Pandemie im Jahr 2020 insgesamt zurück, jedoch zeigen sich vor allem im späteren Jahresverlauf Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen.*

1.3.6 Fragestellung 6: Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten

Welche Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bestehen aus Sicht von Patient:innen, Behandler:innen und Angehörigen?

1.3.7 Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung

Welche Ansatzpunkte für eine patient:innen- und ergebnisorientierte Verbesserung der Versorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland lassen sich aus den Ergebnissen zur Optimierung der aktuellen Versorgung ableiten?

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1 bietet eine Übersicht der am Projekt beteiligten Konsortialpartner sowie deren Verantwortlichkeiten. Die Konsortialführung erfolgte durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ingo Schäfer).

Tabelle 1: Beteiligte Konsortialpartner

Einrichtung	Institut/Bereich	Projektleitung	Verantwortlichkeit
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)	Prof. Dr. Ingo Schäfer	Konsortialführung, Durchführung, Auswertung
IFT - Institut für Therapieforschung München	AG Epidemiologie	Prof. Dr. Ludwig Kraus	Vorbereitung Datenexport, Analyseroutinen (Arbeitspaket 1)
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse	Bereich Gesundheitsmanagement – Abteilung Steuerung und Versorgungsentwicklung	Olga Dortmann	Fachliche und technische Beratung; Bereitstellung von Routinedaten (Arbeitspaket 2); Bereitstellung von Expert:innen (Arbeitspaket 4)
DAK-Gesundheit	Geschäftsbereich Leistung, Versorgungs-/ Pflegeforschung	Dr. Wiebke Zachariassen	
Deutsche Rentenversicherung Nord	Reha-Wissenschaften & Forschungsförderung	Dr. Anja Maliezefski	

Tabelle 2 bietet eine Übersicht der am Projekt beteiligten Kooperationspartner sowie deren Verantwortlichkeiten.

Tabelle 2: Beteiligte Kooperationspartner

Einrichtung	Verantwortlichkeit
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin	Fachliche und technische Beratung; Bereitstellung von Routinedaten (Arbeitspaket 2); Bereitstellung von Expert:innen (Arbeitspaket 4)
Basisdatendokumentation e.V. im Suchtbereich, Hamburg	
Therapiehilfe gGmbH, Hamburg	Fachliche Beratung, Unterstützung bei der Rekrutierung von Interviewpartner:innen (Arbeitspaket 3) sowie bei der Rekrutierung von Expert:innen (Arbeitspaket 4)
jhj Hamburg e.V., Beratungsverbund Kodrobs, Hamburg	
Lucas Suchthilfezentrum, Hamburg	

Einrichtung	Verantwortlichkeit
Frauenperspektiven e.V. , Hamburg	
GPD Nordost, BOJE Suchthilfezentrum, Hamburg	
STZ - SuchtTherapieZentrum Hamburg, Hamburg	

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

PRAGMA ist eine systematische Analyse von Versorgungswegen von Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Modellregion Hamburg. Im Projekt wurden erstmalig längerfristige Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, der DAK Gesundheit sowie der Deutschen Rentenversicherungen (DRV Nord und Bund) mit Basis- und Verlaufsdaten von Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in einen gemeinsamen Datensatz zusammengeführt. Die Sekundärdatenanalyse zielte darauf ab, empirisch typische Patient:innenwege über einen Zeitraum von 6 Jahren und über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg zu identifizieren und zu analysieren. Aufbauend auf den Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse erfolgte eine vertiefende Analyse anhand von qualitativen Interviews, um die Patient:innen-, Versorger:innen- und Angehörigenperspektiven bzgl. Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgung zu gewinnen. Die empirischen Ergebnisse wurden abschließend von Expert:innen exploriert. Hierzu wurden von Patientenvertreter:innen, Leistungserbringer:innen und -erstatte Handlungsfelder und Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung generiert, diskutiert und priorisiert.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

PRAGMA ist eine zweistufige Mixed-Methods-Studie, bestehend aus vier aufeinanderbauenden Arbeitspaketen (AP) (Abbildung 1). AP1 umfasste die Aufbereitung sowie die Zusammenführung (Datenlinkage) von Routinedaten. In AP2 erfolgte eine Sekundärdatenanalyse der zusammengeführten Routinedaten entlang der Fragestellungen. AP3 ermöglichte durch qualitative Interviews mit Patient:innen, deren Angehörigen sowie Leistungserbringer:innen vertiefende Einblicke in Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten der Versorgungssituation. AP4 diente der Sammlung und Priorisierung von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Versorgung aus Expert:innensicht.

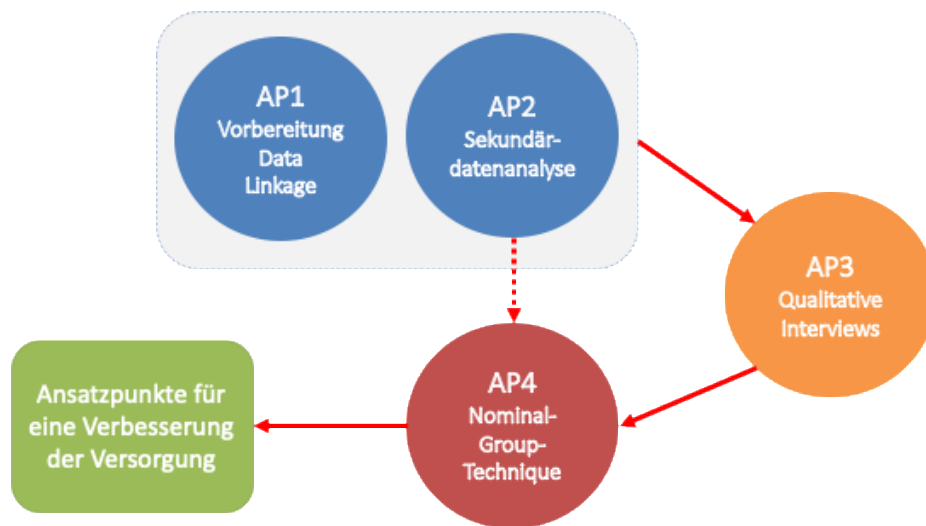


Abbildung 1: Arbeitspakete des PRAGMA-Projekts

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

2.4.1 Vorbereitung Sekundärdatenanalyse und Data Linkage (AP1)

Die Aufgaben im Arbeitspaket 1 umfassten die Entwicklung eines Datenschutzkonzepts, die Erstellung und Anpassung von Datenbereinigungs- und Analyseroutinen sowie die Vorbereitung der externen Validierung der zusammengeführten Daten mittels Scientific-Use-Files.

Als zentrale Grundlage für die Datenübermittlung und -zusammenführung wurde im AP1 gemeinsam mit den Datenhaltern (AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, DAK-Gesundheit, Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Bund, Hamburger Basisdatendokumentation im Suchtbereich (BADO e.V.)) ein Datenschutzkonzept gemäß § 75 Abs. 4a SGB X entwickelt. Neben der Beschreibung formaler Anforderungen (Grundgesamtheit, Schutzbedürftigkeit, Rechtsgrundlagen für die Datennutzung) wurden die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Datensicherheit einschließlich Datensatz- und Datenflussbeschreibung sowie die technischen Verschlüsselungsmaßnahmen im Konzept dargelegt.

Parallel dazu wurden, ausgehend von Scientific-Use-Files, Datenbereinigungs- und Analyseroutinen entwickelt und angepasst, um nach der Zusammenführung eine zeitnahe Datenanalyse zu ermöglichen. Zur externen Validierung der zusammengeführten Daten wurden Daten der bundesweiten fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG) für den Zeitraum von 2012 bis 2021 ausgewertet (Manthey, Jacobsen, et al., 2024). Ziel war es, die Verteilung der Krankenhausentlassungen mit primären und sekundären alkoholbezogenen Diagnosen zu beschreiben und die zeitlichen Veränderungen in verschiedenen Diagnoseclustern, klassifiziert nach ICD-10, zu untersuchen (Manthey, Jacobsen, et al., 2024). Aus der bundesweiten, fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik wurden die stationären Fälle nach ICD-10-Diagnosen für alkoholbezogene Erkrankungen (F10.1–F10.9 sowie alkoholbedingte Leber-, Herz- und Pankreaserkrankungen) selektiert und nach Jahr, Geschlecht, Altersgruppen (15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–69 Jahre) und ICD-10-

Diagnosegruppen aggregiert. Ein analoges Vorgehen erfolgte ebenfalls für die Daten der beiden gesetzlichen Krankenversicherungen. Anschließend wurden für jedes Kalenderjahr die alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenzen aus beiden Quellen berechnet und die relativen Anteile der einzelnen ICD-10-Diagnosen verglichen. Der Vergleich mit den bundesweiten Daten zeigte eine hohe strukturelle Übereinstimmung in Form der Dominanz der Diagnosen F10.1 und F10.2, der Altersgradienten alkoholbedingter Leber- und Herzkrankheiten sowie eines überproportionalen Männeranteils. Ebenso zeigten beide Datenquellen eine konsistente Verteilung der zeitlichen und altersbezogenen Inanspruchnahmen (Manthey, Huß, et al., 2025; Manthey, Jacobsen, et al., 2024). Zusätzlich zu diesem Abgleich wurden Daten der Todesursachenstatistik in Kombination mit DRG-Daten für den gleichen Zeitraum herangezogen, um die Veränderungen der alkoholbezogenen Krankheitslast während der COVID-19-Pandemie zu beschreiben. Der Fokus lag auf der Analyse der Mortalitätsentwicklungen im Zusammenhang mit alkoholbedingten Ursachen, um die Auswirkungen der Pandemie auf die alkoholbezogene Gesundheit in Deutschland zu erfassen (J. Manthey et al., 2023; Jakob Manthey, Carolin Kilian, et al., 2023).

In der Projektvorbereitung führten datenschutzrechtliche Vorbehalte dazu, dass die einheitlichen vertraglichen Vereinbarungen zur Datennutzung ausgesetzt werden mussten. Mit Einbezug eines weiteren Datenhalters konnte eine tragfähige und datenschutzkonforme Lösung für die Weitergabe der erforderlichen Daten geschaffen werden, jedoch auf Kosten einer uneindeutigen Identifizierbarkeit von Personen aus dieser Datenquelle. Die Integration der neuen Kooperationsstruktur erforderte eine Überarbeitung der datenschutzrechtlichen und technischen Grundlagen. So wurde das Datenschutzkonzept angepasst, um den erweiterten Anforderungen an Datenfluss, Pseudonymisierung und Verschlüsselung Rechnung zu tragen. Zudem wurde das Verfahren zur Pseudonymisierung adaptiert, um eine sichere Zusammenführung der Daten aus unterschiedlichen Quellen zu ermöglichen. Nach der Finalisierung erfolgte die datenschutzrechtliche Genehmigung des Bundesamtes für Soziale Sicherung, des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein sowie des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Aktenzeichen: GZ: 117 – 1010904#00001#0050).

Die erforderlichen Anpassungen führten zu Verzögerungen im ursprünglich vorgesehenen Projektablauf. In der Folge wurde das Projekt kostenneutral um fünf Monate verlängert. Ebenfalls abweichend vom ursprünglichen Projektplan standen die Leistungsdaten zur ambulanten Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung aufgrund von Löschfristen lediglich für die vergangenen sechs vollständigen Kalenderjahre zur Verfügung, sodass der Analysezeitraum entsprechend verkürzt werden musste.

2.4.2 Sekundärdatenanalyse (AP2)

Nach der Genehmigung des Forschungsvorhabens erfolgte die Bereitstellung des Erfassungs- und Verschlüsselungsprogramms sowie der technischen Dokumentation an die beteiligten Datenhalter. Gleichzeitig wurde die im Datenschutzkonzept vorgesehene Vertrauensstelle eingerichtet, zu deren Aufgaben die Prüfung der Variablen auf Übereinstimmung mit den Einschlusskriterien, die Vergrößerung bestimmter Variablen sowie die Zusammenführung der verschiedenen Datensegmente zu einem konsolidierten Datensatz pro Datenhalter gehörten. Nach Abschluss aller Datenlieferungen erfolgte die Zusammenführung von Versorgungsdaten zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit aus den

Versorgungsbereichen der ambulanten Gesundheitsversorgung, der stationären Versorgung inkl. der Suchtbehandlung in spezifischen Einrichtungen, der ambulanten Suchtberatung, der ambulanten und (teil-)stationären Rehabilitation sowie der Nachsorge.

Im Rahmen der Datenanalyse wurde zunächst eine interne Validierung durchgeführt, wobei die interne Konsistenz und die Reproduzierbarkeit bekannter Zusammenhänge geprüft wurden. Für die externe, indirekte Validierung wurden die Ausgangsdaten der beteiligten Datenhalter mit dem zusammengeführten Datensatz hinsichtlich epidemiologischer Schätzer verglichen und die Stichproben im Zeitverlauf auf Veränderungen hin untersucht.

Der jeweilige Behandlungsanlass wurde individuell anhand der vorliegenden ICD-10 Diagnosen, Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) relevanter Operationen und medizinischer Prozeduren (OPS) sowie Angaben aus der ambulanten Suchthilfe bestimmt.

Die Zusammenführung und Analysen erfolgten nach den Empfehlungen der Guten Praxis Datenlinkage (GPD) (March et al., 2019) sowie der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) (Swart et al., 2015). Die Umsetzung beider Leitlinien erfolgte systematisch entlang den Einzelempfehlungen. Die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen zur Planung des Daten-Linkage und der Analyse der zusammengeführten Daten (vgl. GDP-Leitlinie 1, GPS Leitlinie Nr. 2, 3, 7) ist im Studienprotokoll (Manthey, Becher, et al., 2024) dokumentiert. Diese Empfehlungen wurden zusätzlich zu den datenschutzrechtlichen und ethischen Empfehlungen (GPD Leitlinie Nr. 2, 3, 4, 5; GPS Leitlinie Nr. 1, 6, 8) vollständig in das Datenschutzkonzept integriert. Gemäß GPD Leitlinienempfehlung Nr. 5.2 erfolgte die Prüfung der Übermittlung der Daten anhand eines eigens entwickelten Testdatensatzes. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen zur Qualitätssicherung (GPS Leitlinie Nr. 5; GPD Leitlinie Nr. 6) wurde nach jedem Linkage durch die Treuhandstelle ein Abgleich zwischen den übergebenen und den zusammengeführten Daten durchgeführt. Implausibilitäten, insbesondere fehlende Werte bei Schlüsselvariablen, wurden systematisch geprüft und gegebenenfalls mit den Dateneignern geklärt (GPD Leitlinienempfehlung Nr. 6.3). Ein iteratives Vorgehen des Data-Linkage (GPD Leitlinienempfehlung Nr. 6.2) wurde geprüft, aber konnte aufgrund der aufwändigen Prozesse der Datenübermittlung und Zusammenführung nicht umgesetzt werden. Die Übertragungsformate, der Umfang und die Struktur der zusammengeführten Daten wurden in einem technischen Bericht dokumentiert (GPS Leitlinienempfehlung Nr. 6.3). Die von der Treuhandstelle durchgeführten Abgleiche zur Prüfung der Qualität des Daten-Linkage (vgl. GPD Leitlinienempfehlung Nr. 6.4, 6.5, 6.6.) konnten keine systematischen Verzerrungen zwischen den Ausgangsdaten und den zusammengeführten Daten feststellen. Die Implementierung von Datenbereinigungen und -auswertungen, einschließlich Plausibilitätskontrollen (gemäß GPS Leitlinienempfehlung Nr. 6.4), sowie die Operationalisierung abgeleiteter Variablen (gemäß GPS Leitlinienempfehlung 6.5) wurden in den veröffentlichten Syntaxen dokumentiert. In der Aufbereitung der Stamm- und Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen wurden in wenigen Fällen Duplikate sowie fehlende Informationen in einzelnen Variablen festgestellt. In der Datenbereinigung wurden Duplikate nach Plausibilitätskontrollen und in Rücksprache mit den Datenhaltern entfernt. Fehlende Werte in Routinedaten wurden im Rahmen der Datenbereinigung nicht imputiert, sondern als solche in der Datenauswertung berücksichtigt, z. B. durch das Filtern auf vollständige Fälle. Empfehlungen, die nicht als zutreffend erachtet wurden (GPS Leitlinie Nr. 4 „Probendatenbank“, GDP Leitlinie Nr. 7 „Langfristige Datennutzung für noch festzulegende Fragestellungen“), wurden nicht umgesetzt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde auf

die Nutzung eines von den Datenhaltern zur Verfügung gestellten Testdatensatz zur Prüfung der Verwendbarkeit der Daten verzichtet (gemäß GPS Leitlinienempfehlung Nr. 5.2). Die analytische Auswertung erfolgte entsprechend den Fragestellungen. Sensitivitätsanalysen wurden durchgeführt, um zu prüfen, wie belastbar die Ergebnisse unter unterschiedlichen Annahmen blieben.

Die Komplexität der zusammengeführten Daten sowie unvorhergesehene Herausforderungen bei der Auswertung erforderten einen erhöhten Arbeitsaufwand. Komplexe Analyseverfahren und die Prüfung alternativer Ergebnisdefinitionen erwiesen sich als notwendig, um belastbare und valide Ergebnisse zu erzielen, potenzielle Fehlerquellen zu identifizieren und zu minimieren sowie Fehlinterpretationen z. B. hinsichtlich der Effekte von Behandlungsverläufen und externen Einflussfaktoren, wie beispielsweise der COVID-19-Pandemie, auf die Versorgungssituation zu vermeiden. Für die Beantwortung zentraler Fragestellungen, wie den Einfluss prototypischer Behandlungsverläufe auf vermeidbare Hospitalisierungen oder die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, wurden verschiedene Lösungsansätze implementiert und miteinander verglichen. Ein im Rahmen der kostenneutralen Laufzeitverlängerung gestellter Umwidmungsantrag ermöglichte entsprechende vertiefende Analysen. Die Ergebnisse der Analysen zur Fragestellung 1 offenbarten erstmals eine hohe Inanspruchnahme von alkoholbezogenen psychiatrischen Kurzkontakten. Mittels des Umwidmungsantrags wurde eine erstmalige Exploration der psychiatrischen Kurzkontakte mittels einer Latenten Klassenanalyse ermöglicht.

2.4.3 Qualitative Interviews (AP3)

Im ersten, vorbereitenden Abschnitt von AP3 erfolgte die Entwicklung der methodischen Grundlagen der Studie, der Interviewleitfäden für die drei Zielgruppen (Patient:innen, Angehörige und Fachkräften), des methodischen Leitfadens sowie des Rekrutierungsplans. Im zweiten Abschnitt wurden die Rekrutierung, Durchführung, Transkription und Auswertung der qualitativen Interviews mit insgesamt 81 Personen umgesetzt.

Im Verlauf der Datenerhebung zeigte sich, dass die Interviews aufgrund der komplexen Behandlungswege sowie der vielfältigen biographischen Hintergründe der Patient:innen mehr Zeit als ursprünglich angenommen beanspruchten. Zudem wurde im Zuge der Auswertung deutlich, dass zusätzliche Interviews erforderlich waren, um die theoretische Sättigung zu erreichen. Die Parallelisierung von Rekrutierung und Auswertung erwies sich als notwendig, um flexibel auf Ergebnisse und entsprechende Fragestellungen aus dem AP2 eingehen zu können.

2.4.4 Nominal-Group-Technique (AP4)

Die vorbereitenden Maßnahmen im AP4 umfassten die Zusammenstellung der zentralen, versorgungsrelevanten Ergebnisse aus AP2 und AP3, die Identifikation von Handlungsfeldern zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit und die Aufbereitung der Ergebnisse für die Expert:innenrunden. Bei der Vorbereitung wurden sowohl strukturelle als auch patient:innen- und angehörigenbezogene Aspekte berücksichtigt. Es folgten die Rekrutierung und Einladung von Betroffenen, Fachkräften der Suchthilfe, Suchtmediziner:innen sowie Vertreter:innen der Leistungserstatter und einer

Onlinebefragung der Expert:innen zur Ideensammlung von Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Versorgung. Die Beiträge wurden strukturiert, zusammengefasst und den teilnehmenden Expert:innen des anschließenden Online-Meetings zur Verfügung gestellt. Die gesammelten Vorschläge wurden in Kleingruppen thematisch diskutiert und aus unterschiedlichen Perspektiven bewertet und priorisiert. Abschließend wurden die aus Expert:innensicht wichtigsten Ansatzpunkte für Verbesserungen der Versorgung zusammengeführt und ausgewertet. Das Vorgehen erwies sich als effiziente Methode zur Generierung von Ansatzpunkten und konnte ohne Verzögerungen umgesetzt werden.

3 Methodik

3.1 Studiendesign

PRAGMA ist eine zweistufige Mixed-Methods-Studie, die Routinedaten verschiedener Datenhalter mittels Sekundärdatenanalyse auswertet, durch qualitative Interviews mit Patient:innen, Angehörigen und Leistungserbringer:innen vertiefende Einblicke in die Versorgungssituation gewinnt und mithilfe der Nominal-Group-Technique (NGT) Verbesserungsansätze für die Versorgung priorisiert (vgl. Abbildung 1).

3.2 Vorbereitung Sekundärdatenanalyse und Data Linkage (AP1)

3.2.1 Zielpopulation und Einschlusskriterien

Die Datenquellen und deren Settings sowie die Jahre der Datenverfügbarkeit sind in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Datenverfügbarkeit nach Quelle und Umgebung

Datenhalter	Setting	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AOK ¹ , DAK ²	ambulant										
	stationär										
	Verschreib- -ungen										
DRV ³	(teil-) stationär, ambulant										
BADO ⁴	ambulant										

¹ AOK Rheinland-Hamburg. Die Gesundheitskasse; ² DAK-Gesundheit; ³ Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Bund; ⁴ Hamburger Basisdatendokumentation im Suchtbereich e.V.

Grundlage der statistischen Auswertung sind Stamm- und Leistungsdaten von Personen, die im Jahr 2021 18 Jahre oder älter waren, in Hamburg wohnten und in den beteiligten gesetzlichen Krankenkassen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose „Psychische und

Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.x)“ oder einer vollständig alkohol-attributablen Diagnose gemeldet waren (Zielpopulation) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Berücksichtigte Haupt- oder Nebendiagnosen (ICD-10)

ICD-10 Code	Definition
F10.0	Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychotische Störung
F10.6	Amnestisches Syndrom
F10.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
E24.4	Alkoholinduziertes Pseudo Cushing Syndrom
E52	Niazinmangel (alkoholinduzierte Pellagra)
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G72.1	Alkoholmyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
K29.2	Alkoholgastritis
K70	Alkoholische Leberkrankheit
K70.0	Alkoholische Fettleber
K70.1	Alkoholische Hepatitis
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K85.2	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis
O35.4	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
T51.0	Toxische Wirkung: Ethanol
T51.9	Toxische Wirkung: Alkohol, nicht näher bezeichnet

3.2.2 Ursprünglicher Verwendungszweck der Daten

Bei den Routinedaten der beteiligten Sozialversicherungsträger handelt es sich um Abrechnungsdaten. Die Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen umfassten Stammdaten (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbsstatus), Leistungsdaten nach §301 SGB V sowie ambulante Daten nach §295 SGB V. Außerdem wurden Informationen zu Diagnosen (primäre und sekundäre Aufnahmediagnosen, Entlass- und Verlegungsdiagnosen), Entlassgründen sowie Versorgungsleistungen auf Basis der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) berücksichtigt.

Daten der Rehabilitation nach § 26 SGB IX sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthielten ebenfalls Stamm- und Leistungsdaten (Leistungsart, Durchführungsart, Dauer). Die Basisdaten- und Verlaufsdocumentationen der Einrichtungen der Hamburger Basisdatendokumentation dienen der kontinuierlichen Erfassung und Auswertung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, des Suchtmittelkonsums sowie der psychosozialen Merkmale und Entwicklungsverläufe der Hilfesuchenden.

3.2.3 Data-Linkage

Im Rahmen der Routinedatenerhebung musste sichergestellt werden, dass Personen, die sowohl Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als auch der ambulanten Suchthilfe (BADO e.V.) in Anspruch genommen haben, in den jeweiligen Datensätzen identifiziert werden konnten. Da es keinen gemeinsamen Identifikator in den verschiedenen Datensätzen gab, war hierfür ein gestuftes Verfahren erforderlich. Die Routinedaten wurden dazu nach einem einheitlichen Verfahren bei den Datenhaltern pseudonymisiert, indem für jede Person ein individueller, auf bestimmten Merkmalen basierender Identifier, eine sogenannte Human-Identifier-Variable (HIV), erstellt wurde (basierend auf unterschiedliche Kombinationen z. B. dritter Buchstabe und Länge von Vor- und Nachname, Geschlecht, Geburtsjahr). Die so gekennzeichneten Routinedaten wurden anschließend mittels eines zwölfstelligen „Keyed Hash-Message Authentication Code“ (H-MAC) verschlüsselt. Die Übermittlung der verschlüsselten Daten erfolgte gemäß den von den Datenhaltern vorgegebenen, datenschutzkonformen Übermittlungswegen (Abbildung 2). In der Vertrauensstelle wurden die Datensegmente der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anhand der jeweiligen Identifier (wie pseudonymisierte Versichertennummer, Vorgangs-ID und Fall-ID) zusammengeführt. Dadurch entstand aus dem ursprünglichen Datensatz der GKV ein konsolidierter Datensatz, in dem sämtliche Identifier-Variablen sowie die pseudonymisierte Versichertennummer entfernt wurden. Nach demselben Verfahren wurde aus den ursprünglichen Datensätzen der weiteren Datenhalter bereinigte Datensätze erstellt.

Innerhalb der Vertrauensstelle erfolgte eine umfassende Plausibilitätsprüfung der Daten. Um eine Re-Identifikation von Personen zu vermeiden, wurden darüber hinaus seltene Datenmuster unkenntlich gemacht oder verallgemeinert. Falls bei den Plausibilitätskontrollen Probleme oder Unstimmigkeiten identifiziert wurden, erfolgte eine Rückmeldung an die jeweiligen Datenhalter mit der Bitte um Korrektur bzw. Nachlieferung. Nach abschließender Kontrolle auf Vollständigkeit und Korrektheit wurden die bereinigten Datensätze an den Evaluator (ZIS) zur weiteren Bearbeitung weitergegeben.

Am ZIS wurden die Datensätze der verschiedenen Datenhalter mithilfe der verschlüsselten HIV-Codes zusammengeführt (Datenlinkage). Nach Abschluss der Zusammenführung wurden die HIV-Codes aus dem Datensatz entfernt und durch neue, interne Ordnungsziffern ersetzt. Der so entstandene finale Analysedatensatz diente anschließend als Grundlage für die Auswertung. Eine detaillierte Darstellung des Datenlinkage ist im Studienprotokoll veröffentlicht (Manthey, Becher, et al., 2024).

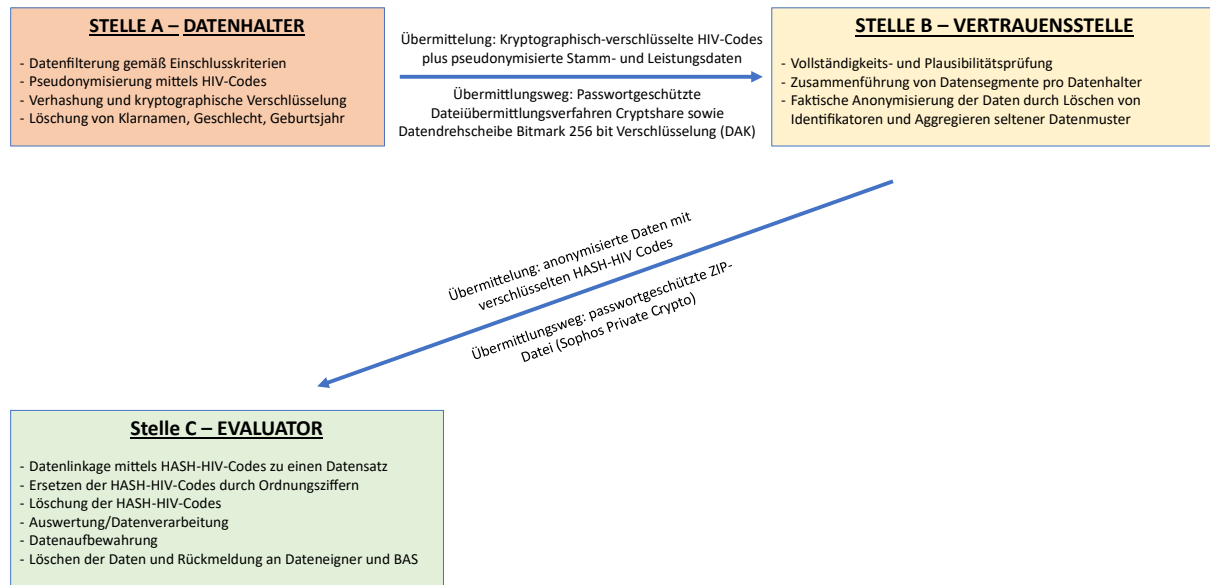


Abbildung 2: Wege der Datenzusammenführung, beteiligte Stellen und ihre Aufgaben

3.3 Sekundärdatenanalyse (AP2)

Soziodemographische Angaben

In den Stammdaten der GKV-Routinedaten sind folgende Informationen für alle Versicherten enthalten: Geburtsjahr, Geschlecht, Nationalität (deutsch vs. nicht deutsch), Versichertenstatus. Aus letzterem konnte sich die Beschäftigungsart (z.B. Arbeitnehmer:in vs. Student:in vs. Rentner:in) sowie ein mögliches Ende der Mitgliedschaft durch Tod feststellen. Der sozioökonomische Status konnte auf Grundlage dieser Daten jedoch nicht abgebildet werden. Zusätzliche Informationen zum sozioökonomischen Status lagen in den Daten der Deutschen Rentenversicherung sowie in der Basisdatendokumentation der Hamburger Suchthilfe nur für einen geringen Anteil der Versicherten vor, sodass auf entsprechende Analysen verzichtet werden musste.

Definition der alkoholbezogenen Behandlungsarten

Die Zuordnung zu einer der unter Tabelle 5 aufgeführten alkoholbezogenen Behandlungsformen erfolgte auf Basis der GKV-Routinedaten unter Verwendung von ICD-10-Diagnosen, EBM-Ziffern und OPS-Codes nach etablierten Definitionen (vgl. Studienplan bei (Manthey, Becher, et al., 2024)). Eine körperliche Entzugsbehandlung wurde beispielsweise definiert als stationärer Aufenthalt mit ICD-10-Hauptdiagnose F10.2, F10.3 oder F10.4 in Kombination mit spezifischen OPS-Codes (9-60x bis 9-63x, ohne 8-985/9-647). Die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) wurde anhand von F10-Diagnosen (ICD-10-Hauptdiagnose F10.2, F10.3 oder F10.4 oder beliebige F10-Hauptdiagnosen mit einer F10.2 Nebendiagnose) in Verbindung mit OPS 8-985 oder 9-647 identifiziert und beinhaltete psychosoziale Therapieelemente. Bewilligungsdiagnosen mit ICD-Codes sowie Leistungsdaten aus den Routinedaten der beteiligten Rentenversicherungen wurden für die Zuordnung der alkoholbezogenen Behandlungsformen der stationären Rehabilitation genutzt. Kontakte zur niedrigschwelligen Suchtberatung wurden den Betreuungsdaten der BADO entnommen.

Tabelle 5: Berücksichtigte alkoholbezogene Behandlungsformen

Quelle (Setting)	Definition	Kürzel	Beschreibung der Behandlungsform
GKV (ambulant)	Psychiatrische Kurzkontakte	PK	Ambulante psychiatrisch-psychologische Kurzbehandlung mit überwiegend fachärztlichen Kontakten; die Behandlungen erfolgen in einzelnen oder wiederholten Sitzungen von 10 bis 60 Minuten
	Psychotherapie	PT	Ambulante Kurz- oder Langzeitpsychotherapie mit mindestens 12 Sitzungen à 60 Minuten bei einer Psychologin oder einem Psychologen
	Pharmakologische Behandlung	PHARMA	Verschreibung eines zugelassenen Medikaments zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. Operationalisierung: Medikamente der ATC-Gruppe N07BB* hier Acamprosat, Naltrexon, Nalmefen.
GKV (stationär)	Stationäre alkoholbezogene Behandlung	STAB	Stationäre alkoholbezogene Behandlung v.a. körperliche Entzugsbehandlung; Medizinische Behandlung von akuten Entzugssymptomen mit dem Ziel der körperlichen Stabilisierung und der sicheren Überbrückung der Entzugsphasen. Operationalisierung anhand ICD-10-Hauptdiagnosen F10.2, F10.3 oder F10.4 und spezifischen OPS-Codes (9-60x bis 9-63x) jedoch ohne OPS Codes „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ (8-985/9-647).
	Qualifizierte Entzugsbehandlung	QE	Stationäre suchtpsychiatrische Akutbehandlung, die über eine reine körperliche Entzugsbehandlung hinausgeht und multidisziplinäre Behandlungsleistungen zur Behandlung psychischer, sozialer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen umfasst. Integrale Bestandteile sind motivierende Gespräche, psycho- und sozialtherapeutische Unterstützung sowie die Vorbereitung auf weiterführende Hilfen. Operationalisierung: ICD-10-Hauptdiagnose F10.2, F10.3 oder F10.4 oder beliebige F10-Hauptdiagnosen mit einer F10.2 Nebendiagnose in Verbindung mit OPS Codes 8-985 oder 9-647.
DRV & GKV (ambulant, stationär)	Rehabilitation	REHA	Stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung (Entwöhnung) im Anschluss an die Akutversorgung; zielt auf die langfristige Stabilisierung, die Förderung der Abstinenz und die Prävention von Rückfällen ab. Sie umfasst in der Regel psychotherapeutische, sozialtherapeutische und medizinische Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Unterstützung bei der sozialen und beruflichen Reintegration. Operationalisierung: Bewilligungsdiagnosen mit ICD-Codes
BADO (ambulant)	Suchtberatung	SB	Ein-/mehrmaliger Kontakt zu niedrigschwelliger Suchtberatung für Personen mit alkoholbezogenen Problemen, mit dem Ziel der Bereitstellung von Orientierung, Motivation und ersten Hilfen sowie der Vermittlung an weiterführende Behandlungs- und Unterstützungsangebote, sofern erforderlich. Operationalisierung: Leistungsdaten der <i>Basisdatendokumentation im Suchtbereich (BADO)</i>

Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung; DRV = Deutsche Rentenversicherung; BADO = Basisdatendokumentation im Suchtbereich

Elixhauser-Komorbiditätsindex

Zur Charakterisierung des Gesundheitszustands der Patient:innen wurden diagnosebezogene Informationen aus Leistungsdaten der GKV-Daten genutzt, z. B. ambulante Behandlungen (Hausärzt:innen oder Fachärzt:innen), stationäre Aufenthalte, ambulante Operationen (kurze Eingriffe im Krankenhaus), Rehabilitationsmaßnahmen (stationär oder ambulant) sowie Daten zu Arbeitsunfähigkeiten. Die in den Leistungen dokumentierten ICD-10-Diagnosen wurden zur Berechnung des Elixhauser-Komorbiditätsindex (EKI) genutzt (Elixhauser et al., 1998). Dieser Wert reicht von 0 bis 31 und höhere Werte deuten auf das Vorhandensein von Diagnosen in mehreren Krankheitsgruppen (z. B. Hypertonie, Lebererkrankungen, Drogenmissbrauch) und damit auf eine höhere Komorbidität hin. Diagnosen von psychischen Störungen werden häufig nur erfasst, wenn tatsächlich eine psychiatrische Versorgung in Anspruch genommen wird, was zu einer Verzerrung des EKI führen kann. Daher wurden in einigen Analysen (wie bereits in früheren Arbeiten, siehe (Jemberie et al., 2022)) ausschließlich somatische Komorbiditäten berücksichtigt und Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol (100 % der Grundgesamtheit), Drogenkonsum, Psychosen und Depressionen aus dem Index ausgeschlossen. Der EKI für somatische Komorbidität weist eine Spannweite von 0–27 auf.

Generelle Angaben zu Methoden der quantitativen Auswertung

Für die Auswertung der Sekundärdaten kamen umfangreiche statistische Verfahren zum Einsatz. Mittels deskriptiver Statistik wurden zentrale Kenngrößen sowie Mittelwerte inklusive Konfidenzintervalle und weiterer Streuungsmaße wie Interquartilabstände (IQR) berechnet, um die Verteilung der untersuchten Parameter in den Stichproben darzustellen (z. B. zur Beschreibung der Studienpopulation nach Schweregrad der alkoholbezogenen Störung, siehe (Manthey, Kilian, et al., 2025)). Für Gruppenvergleiche wurden inferenzstatistische Verfahren wie t-Tests und Chi-Quadrat-Tests eingesetzt. Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen Variablen kamen verschiedene Regressionsmodelle zum Einsatz. Bei der Untersuchung kontinuierlicher Einflussgrößen wurden lineare Regressionen verwendet, während Zero-Inflated Binomialmodelle bei Daten mit Überdispersion und hohen Nullwerten zugrunde gelegt wurden, um sowohl die Häufigkeit der Nullwerte als auch die Verteilung der positiven Ausprägungen adäquat zu modellieren. Zudem kamen logistische Regressionsmodelle zum Einsatz, um den Einfluss zwischen kategorialen Einflussgrößen und Zielgrößen zu bestimmen. Multivariate Regressionen wurden genutzt, um komplexe Beziehungsmuster zu erfassen und den gleichzeitigen Einfluss mehrerer Variablen auf die Zielgröße zu untersuchen, die Effekte einzelner Einflussfaktoren zu kontrollieren und potenzielle Störwirkungen zu minimieren.

Neben klassischen Regressionsverfahren wurden Zeitreihenanalysen (Interrupted Time Series, ITS) genutzt, um die Effekte von Interventionen im Zeitverlauf zu evaluieren. Für die Beschreibung von Kurz- und Langzeitverläufen von Inanspruchnahmen sowie für die zusätzliche Exploration von psychiatrischen Kurzkontakten (siehe Anlage 1) wurden Latente Klassenanalysen (LCA) angewendet, um heterogene Subgruppen innerhalb der Daten zu identifizieren und typische Klassenmuster zu erfassen.

Bei allen statistischen Verfahren wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ festgelegt. Alle Analysen wurden mit der Statistiksoftware R berechnet. Eine detaillierte Darstellung der quantitativen Auswertungsmethoden erfolgt anhand der zentralen Forschungsfragen.

3.3.1 Fragestellung 1: *Typische Kurz- und Langzeitverläufe*

Welche typischen Kurz- und Langzeitverläufe hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtmedizinischer Versorgungsleistungen lassen sich für Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit rekonstruieren?

Analytische Stichprobe und Beobachtungszeitraum

In die analytische Stichprobe zur Beantwortung der Fragestellung 1 wurden alle GKV-versicherten Patient:innen eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten: mindestens 3 Jahre vollständige Versicherungsdaten, eine Alkoholkonsumstörung (AUD) (ICD-10: F10.1 – F10.9), im Zeitraum von 12 Monaten vor der ersten AUD-Diagnose („Look-Behind“-Periode) weder weitere AUD-Diagnose noch Diagnosen, die auf chronische alkoholbedingte Folgeschäden hinweisen (ICD-10: E24.4; G31.2; G62.1; G72.1; I42.6; K29.2; K70; K70.x; K85.2; K86.0; O35.4) sowie ein verfügbarer Nachbeobachtungszeitraum nach der Erstdiagnose von mindestens 24 Monaten.

Für jede Person wurde das „Indexdatum“, also der Zeitpunkt der ersten AUD-Diagnose ohne vorangehende Hinweise auf chronischen Alkoholkonsum, identifiziert (für weitere Informationen siehe (Manthey, Huß, et al., 2025)). Als Kompromiss zwischen einer möglichst langen Nachbeobachtung und der Minimierung von Ausschlüssen durch fehlende Daten wurde ein Beobachtungszeitraum von 24 Monaten gewählt.

Für 6.650 der 9.491 Personen, die in diese Analyse eingingen, begann der 12-monatige Beobachtungszeitraum der „Look-Behind“-Periode im Jahr 2016, wobei der 24-monatige Nachbeobachtungszeitraum 12 Monate später im Jahr 2017 begann. Für 1.531 Personen begann der Beobachtungszeitraum im Jahr 2017 und für 1.310 Personen im Jahr 2018.

Alkoholbezogene Behandlungsformen

Für die Analyse wurden sieben alkoholbezogene Behandlungsformen (vgl. Tabelle 5) berücksichtigt, vier im ambulanten (PK, PT, PHARMA, SB), zwei im stationären (STAB, QE) sowie eine sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting (REHA).

Für vier Behandlungsformen (PT, STAB, QE, REHA) lagen genaue Start- und Enddaten vor. Für zwei Behandlungsformen (PK, PHARMA) wurden lediglich einzelne Behandlungstage als Inanspruchnahme registriert. Bei SB lagen Start- und Enddaten von Beratungsepisoden vor; da einige Episoden jedoch über Jahre andauerten, teils ohne tatsächliche Kontakte, wurde nur der erste Kontakt nach dem Indexdatum für die Analyse berücksichtigt. Beratungen und Behandlungen vor der Indexdiagnose wurden ausgeschlossen, da der zeitliche Verlauf nach Erstdiagnose im Fokus stand.

Soziodemographische Daten

Für jede/n Patient:in standen folgende demographische Daten zur Verfügung: Zeitinvariante Informationen zu Nationalität (deutsch, nicht deutsch/unbekannt), Geschlecht (männlich/weiblich) sowie Geburtsjahr zur Berechnung des Alters bei Indexdiagnose (Gruppen: 18–34; 35–54; 55–64; 65–96 Jahre). Zeitlich variable Angaben zum Beschäftigungs-/Rentenstatus wurden in vier Gruppen zusammengefasst: erwerbstätig (einschließlich Selbständige), arbeitslos, Rente, sonstige (Schule, Studium, Flucht, Sonstiges). Es wurde der

Status herangezogen, der im 12-monatigen Rückschauzeitraum (Look-behind) in der relativen Mehrzahl der Monate vorlag.

Komorbidität

Zur Berechnung des Gesundheitsstatus vor der ersten AUD-Diagnose wurden ICD-10-Diagnosen aus verschiedenen Settings (ambulant, stationär, ambulante Operationen, Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) für den 12-monatigen Look-behind-Zeitraum genutzt, um den EKI zu berechnen.

Statistische Analyse

Zunächst wurden alle Patient:innen identifiziert, die mindestens eine alkoholbezogene Behandlung nach der Indexdiagnose in Anspruch genommen hatten. Unter diesen wurden mittels latenter Klassenanalyse (LCA) die Muster der Behandlungsinanspruchnahme ermittelt. Als Indikatorvariablen dienten sieben binäre Variablen für die Inanspruchnahme der jeweiligen Behandlungstypen innerhalb von 24 Monaten nach der AUD-Diagnose. Für die Modellwahl wurde sichergestellt, dass keine Klasse weniger als 100 Personen enthält, um die Stabilität und Interpretation der Gruppenlösung zu gewährleisten. Zur Beschreibung der Klassen wurden der dominante Behandlungstyp sowie Überschneidungen zwischen Behandlungstypen (z. B. QE und REHA) bestimmt. Zur weiterführenden Analyse der Zusammensetzung der Klassen wurden multinomiale Regressionsanalysen zur Vorhersage der Klassenzugehörigkeit anhand von Geschlecht, Altersgruppe, Nationalität und Erwerbs-/Rentenstatus durchgeführt. Mittels zero-inflated negative Binomialregressionen wurde der Einfluss dieser Kovariaten auf den physischen Elixhauser-Komorbiditätsscore untersucht. Die latente Klassenanalyse wurde mit dem R-Paket polCA Version 1.6.0.1 durchgeführt.

Für eine detaillierte Beschreibung der Methodik siehe (Manthey, Huß, et al., 2025)

3.3.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch

Lassen sich Einflussfaktoren identifizieren, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme und/oder der vorzeitigen Beendigung von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen stehen?

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von alkoholspezifischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen

Analytische Stichprobe und Beobachtungszeitraum

Die Auswertungsstichprobe für die Analyse von Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme stehen, umfasste alle Personen mit vollständiger Versicherungsabdeckung (GKV) im Zeitraum 2016 bis 2019 und die zwischen 2016 und 2018 mindestens eine alkoholspezifische Diagnose erhalten hatten. Die Personen mussten im Jahr

2016 mindestens 18 Jahre alt sein. Ob diese Personen alkoholspezifische Behandlungen in Anspruch nahmen, wurde anschließend im Jahr 2019 (Nachbeobachtungszeitraum) untersucht. Daten aus den Jahren 2020 und 2021 wurden nicht berücksichtigt, um mögliche Verzerrungen durch die COVID-19-Pandemie zu vermeiden. Es gibt Hinweise, dass die Inanspruchnahme alkoholspezifischer Versorgungsleistungen während der Pandemie zurückgegangen ist (siehe auch Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie oder (Manthey et al., 2026)). Pandemiebedingte Effekte hätten dabei sowohl den Anteil der Personen mit Inanspruchnahme als auch den Zusammenhang zwischen individuellen Merkmalen und Inanspruchnahme verzerren können - etwa wenn der Zugang zu Versorgungsangeboten für bestimmte Personengruppen (z. B. Personen mit hoher Komorbidität) unterschiedlich stark eingeschränkt war.

Prädiktoren

Eine Beschreibung der berücksichtigten Prädiktoren ist in Tabelle 6 dargestellt. Die Linearität im Logit wurde mittels der Box-Tidwell-Methode geprüft, indem für jeden metrischen Prädiktor ein Interaktionsterm mit seinem Logarithmus in das Modell aufgenommen wurde (Hosmer & Lemeshow, 1989). Metrische Prädiktoren, bei denen ein nicht-linearer Zusammenhang mit dem Logit der Outcome-Variable festgestellt wurde, gingen entweder log-transformiert (bei exponentiellem Zusammenhang) oder kategorisiert in die Modelle ein. Dies konnte sich je nach Modell unterscheiden. Der EKI-Score, die Anzahl verschiedener Medikamente (ATC-Code Level 2) und das Alter wurde in allen Modellen kategorisiert (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: In den Regressionsmodellen berücksichtigte Prädiktoren

Variable	Beschreibung
Alter im Jahr 2019	Kategorial: 18–34, 35–54, 55–64, 65–99
Geschlecht	Kategorial: männlich, weiblich
Erwerbsstatus in 2018	Kategorial: Erwerbstätig, erwerbslos, berentet, sonstiges
Jahr alkoholspezifische Erstdiagnose	Kategorial: 2016, 2017, 2018
Pflegegrad/-stufe in 2018	Kategorial: ja, nein
Nationalität	Kategorial: deutsch, nicht-deutsch
Elixhauser-Komorbiditätsscore in 2018	ohne alkoholspezifische Diagnosen; Kategorial: 0, 1–2, 3–4, 5+
Anzahl ausgegebener Medikamente im Jahr 2018	ATC-Code Level 2, ausgegeben, kategorial: 0, 1-3, 4-6, 7+
Anzahl alkoholspezifischer Behandlungen zwischen 2016 - 2018	jeweils eine eigene Variable für QE, REHA, STAB, PK, PT, PHARMA

Abkürzungen: ATC-Code = Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für Medikamente und Arzneimittel; QE = Qualifizierte Entzugsbehandlung; REHA = Rehabilitationsbehandlung; STAB = Stationäre alkoholbezogene Behandlung; PK = Psychiatrische Kurzkontakte; PT = Psychotherapie; PHARMA = Verschreibung alkoholbezogener Medikamente

Statistische Analysen

Der Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und der abhängigen Variable „Inanspruchnahme von Behandlung X“ wurde mittels logistischer Regressionsmodelle geschätzt. Insgesamt wurden sieben logistische Regressionsmodelle geschätzt, um die Inanspruchnahme alkoholspezifischer Behandlungen für das Jahr 2019 vorherzusagen. Die Modelle unterschieden sich hinsichtlich der abhängigen Variablen: Jegliche Behandlung, QE, STAB, REHA, PK, PT und PHARMA. In allen Modellen wurden die gleichen Prädiktoren verwendet. Sämtliche Prädiktoren wurden gleichzeitig in die Modelle aufgenommen („Forced Entry“ Methode).

*Einflussfaktoren auf die irreguläre Beendigung von alkoholbezogenen Behandlungen**Analysestichprobe und Beobachtungszeitraum*

Die Analysestichprobe umfasste alle GKV-versicherten Patient:innen, die zwischen 2016 und 2021 mindestens eine alkoholspezifische Diagnose erhalten und eine der nachfolgenden Behandlungsformen (STAB, QE oder REHA) in Anspruch genommen hatten. Behandlungen, die mit dem Versterben der Patient:in endeten (Entlassungsgrund „Tod“ bzw. „verstorben“), wurden ausgeschlossen. Im Unterschied zur Analyse der Inanspruchnahme (siehe Abschnitt Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von alkoholspezifischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen) wurden hier auch die Jahre 2020 und 2021 einbezogen. Während die Inanspruchnahme alkoholspezifischer Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie zurückgegangen ist (Manthey et al., 2026) ist ein vergleichbarer Einfluss auf die individuellen Einflussfaktoren einer irregulären Behandlungsbeendigung weniger zu erwarten.

Alkoholbezogene Behandlungsformen

Es wurden die alkoholbezogenen Behandlungsformen STAB, QE und REHA betrachtet, die über spezifische Diagnose- und OPS-Codes identifiziert wurden. Für STAB und QE wurde jeweils ein stationärer Aufenthalt mit den entsprechenden Kriterien erfasst, während REHA alle DRV-finanzierten Behandlungen mit einer alkoholbezogenen Indikation einschloss. Für jede Behandlungsform wurde eine eigene, sich teilweise überlappende Stichprobe gebildet: STAB (n = 1.779 Patient:innen, 3.811 Behandlungen), QE (n = 1.911 Patient:innen, 3.758 Behandlungen), REHA (n = 550 Patient:innen, 672 Behandlungen).

Eine irreguläre Beendigung wurde anhand der bei Behandlungsabschluss dokumentierten Entlassungsform für REHA beziehungsweise des Entlassungsgrundes nach § 301 SGB V bei STAB und QE bestimmt. Aufgrund unterschiedlicher Kodierungen zwischen REHA und STAB/QE sowie zwischen den Trägern der DRV wurden die Definitionen der einzelnen Behandlungsformen angepasst. Die Zuordnung der Entlassungsarten zu einer dichotomen Variable (irregulär vs. regulär) erfolgte gemäß festgelegtem Schema (Tabelle 7). Rückfälle während einer laufenden Behandlung wurden in der Operationalisierung nicht als eigenständiges Kriterium berücksichtigt, da GKV-Routinedaten keine systematische Dokumentation solcher Ereignisse enthalten. Sofern ein Rückfall jedoch zu einem disziplinarischen Behandlungsabbruch oder zu einer Beendigung gegen ärztlichen Rat führte,

wurde die Behandlung gemäß Tabelle 7 als irregulär beendet klassifiziert. Rückfälle, die nicht zu einem solchen Entlassungsgrund führten - etwa weil die Behandlung anschließend regulär fortgesetzt oder abgeschlossen wurde -, blieben in der Operationalisierung unberücksichtigt. Umgekehrt liegen einer disziplinarischen Beendigung oder einer Beendigung gegen ärztlichen Rat nicht zwangsläufig Rückfälle zugrunde - auch andere Gründe wie Regelverstöße, mangelnde Therapiemotivation, persönliche oder familiäre Belastungen oder ein vorzeitiger Therapieabbruch auf Wunsch der Patient:in können dazu führen.

Grundsätzlich konnte die Validität des Entlassungsgrundes als Indikator für eine irreguläre Beendigung nicht extern überprüft werden. Die Verteilung der Behandlungsdauer innerhalb regulär beendeter Behandlungen weist eine starke Heterogenität auf, einschließlich auffällig kurzer Verweildauern (siehe Abbildung S1 im Zusatzmaterial von (Schranz et al., 2026), exemplarisch für die QE). Dies legt nahe, dass der Entlassungsgrund vermutlich ein spezifischer, aber nicht sensitiver Indikator für irreguläre Behandlungsbeendigungen ist - das heißt, einige tatsächlich irregulär beendete Behandlungen (möglicherweise einschließlich solcher mit Rückfallereignissen) wurden vermutlich fälschlicherweise als regulär klassifiziert.

Tabelle 7: Operationalisierung einer irregulären Behandlungsbeendigung

irreguläre Beendigung	Entlassungsgrund für STAB und QE	Entlassungsgrund für REHA
Nein (0)	"regulär", "beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen", "Verlegung in ein anderes Krankenhaus", "Verlegung in eine Rehaeinrichtung", "Verlegung in eine Pflegeeinrichtung", "aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen", "interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen", "Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung"	"regulär", "Wechsel der Durchführungsart", "verlegt", "vorzeitig auf ärztliche Veranlassung"
Ja (1)	"gegen ärztlichen Rat beendet", "gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen", "aus sonstigen Gründen beendet"	"disziplinarisch", „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“ (DRV 1), „vorzeitig gegen ärztlichen Rat“ (DRV 1), "vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis/vorzeitig gegen ärztlichen Rat" (DRV 2)

Abkürzungen: STAB = Stationäre alkoholbezogene Behandlung; QE = Qualifizierte Entzugsbehandlung; DRV = Deutsche Rentenversicherung

Prädiktoren

In die Analysen wurden soziodemografische Variablen (Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus, Nationalität), Angaben zum Gesundheitszustand (Komorbidität nach EKI ohne alkoholspezifische Diagnosen, Medikation, Pflegestatus) sowie Angaben zur bisherigen Behandlungserfahrung einbezogen. Die Behandlungserfahrung wurde mit der Anzahl

vorheriger Behandlungsepisoden im Beobachtungszeitraum, differenziert nach Behandlungsart und Beendigungsform, abgebildet. Insgesamt wurden sechs Prädiktoren zur Behandlungserfahrung in alle drei Modelle aufgenommen. Bei REHA wurde zusätzlich die Durchführungsart (ambulant/stationär) berücksichtigt. Alle Prädiktoren wurden für jede Behandlungsepisode separat zum jeweiligen Behandlungsbeginn bestimmt und sind daher zeitvariierend. Die Auswahl der Prädiktoren erfolgte auf Basis von Ergebnissen bisheriger Studien sowie explorativ auf Basis der verfügbaren Leistungsdaten. Die Linearität im Logit wurde mittels der Box-Tidwell-Methode geprüft, indem für jeden metrischen Prädiktor ein Interaktionsterm mit seinem Logarithmus in das Modell aufgenommen wurde (Hosmer & Lemeshow, 1989). Metrische Prädiktoren, bei denen ein nicht-linearer Zusammenhang mit dem Logit der Outcome-Variable festgestellt wurde, gingen kategorisiert in die finalen Modelle ein. Dies konnte sich je nach Modell unterscheiden (Tabelle 8).

Tabelle 8: Operationalisierung der Prädiktoren für STAB/QE und REHA

Prädiktorvariable	Operationalisierung	Bezugszeitraum	Datentyp
Erwerbsstatus	<i>beschäftigt</i> = Arbeitnehmer, Selbstständig; <i>arbeitslos</i> = Arbeitslos, Sozialhilfe; <i>berentet</i> = Rente; <i>anderes</i> = Flucht, Schule, Studium, Sonstige	Zum Zeitpunkt des Beginns der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Kategorial
Geschlecht	<i>Männlich, weiblich</i> ²	Stammdaten	Dichotom
Alter	in Jahren	Zum Zeitpunkt des Beginns der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Metrisch
Nationalität	<i>Deutsch, nicht deutsch</i>	Stammdaten	Dichotom
Komorbidität	EKI Score über Diagnosen aus den Settings ambulant (gesichert), stationär (Haupt-/Neben-/Fachabteilungsdiagnose), ambulantes Operieren (gesichert), Rehabilitation (Antrags-/Haupt-/Nebendiagnose), Arbeitsunfähigkeit (alle) und Sonstige Leistungen (alle). Alkoholspezifische Diagnosen ³ wurden nicht gezählt.	180 Tage (zwei Quartale) vor Beginn der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Metrisch ⁴ , min. Score: 0 (keine Komorbidität), max. Score: 30
Anzahl Medikationen	Anzahl unterschiedlicher therapeutischer Untergruppen (Ebene 2 der ATC-Klassifikation) verschreibender Medikamente. Mehrfacheinlösungen derselben Untergruppe wurden einmal gezählt. Berücksichtigt wurden nur jene Verschreibungen, die laut Abgabedatum eingelöst wurden.	30 Tage vor Beginn der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Metrisch

Prädiktorvariable	Operationalisierung	Bezugszeitraum	Datentyp
Pflegestatus	Bestehender Pflegegrad/Pflegestufe zu Behandlungsbeginn (<i>ja/nein</i>)	30 Tage vor Beginn der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Dichotom
Anzahl vorheriger irregulär beendeter Behandlungsepisoden (je eine Variable für STAB, QE, REHA)	Anzahl vorheriger Behandlungsepisoden, die als irregulär beendet kategorisiert wurden; separate Variable für STAB, QE und REHA (Beispiel: Vorhersage einer irregulären REHA-Beendigung durch jeweilige Anzahl vorheriger irregulär beendeter STAB, QE als auch REHA als separate Prädiktoren)	Vom Beginn des Beobachtungszeitraums (2016) bis zum Beginn der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Metrisch ⁴
Anzahl vorheriger regulär beendeter Behandlungsepisoden (je eine Variable für STAB, QE, REHA)	Anzahl vorheriger Behandlungsepisoden, die als regulär beendet kategorisiert wurden; separate Variable für STAB, QE und REHA berücksichtigt (Beispiel: Vorhersage einer irregulären REHA-Beendigung durch jeweilige Anzahl vorheriger regulär beendeter STAB, QE als auch REHA als separate Prädiktoren)	Vom Beginn des Beobachtungszeitraums (2016) bis zum Beginn der jeweiligen Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Metrisch ⁴
Art der Behandlung	Betrifft nur REHA: <i>ambulant, ganztägig ambulant, stationär</i>	Bezogen auf die jeweilige Indexbehandlung (zeitvariabel ¹)	Kategorial

Abkürzungen: EKI = Elixhauser-Komorbiditäts-Index; ATC = Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für Medikamente und Arzneimittel; STAB = Stationäre alkoholbezogene Behandlung; QE = Qualifizierte Entzugsbehandlung; REHA = Rehabilitationsbehandlung

¹ Die Variable wurde für jede Behandlungsepisode einer Person separat zum jeweiligen Behandlungsbeginn bestimmt. Mehrere Behandlungsepisoden derselben Person können daher unterschiedliche Werte aufweisen.

² Da in den vorliegenden Daten keine Personen mit den eingetragenen Geschlechts-Kategorien „ohne Angabe“ oder „divers“ enthalten waren, wird auf deren Nennung verzichtet.

³ Alkoholspezifische Diagnosen: E24.4, F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 / K70.x, K85.2, K86.0, O35.4, R78.0, T51.0, T51.9.

⁴ Die Anzahl vorheriger irregulär beendeter QE wurde im QE- und STAB-Modell, die Anzahl vorheriger regulär beendeter QE im QE-Modell, die Anzahl vorheriger irregulär beendeter STAB im QE- und STAB-Modell sowie der Elixhauser-Score im STAB-Modell kategorisiert

Statistische Analysen

Für jede Behandlungsform wurde ein separates hierarchisches logistisches Regressionsmodell erstellt, um Einflussfaktoren auf das Risiko einer irregulären Beendigung zu identifizieren. Alle Prädiktoren wurden als fixe Effekte in die Modelle aufgenommen, während pro Patient:in ein Random Intercept berücksichtigt wurde, um die Abhängigkeit mehrerer Behandlungsepisoden derselben Person statistisch angemessen abzubilden. Interaktionsterme zwischen Anzahl vorheriger Behandlungsepisoden und weiteren Prädiktoren wurden im Modell belassen,

wenn sie signifikant waren und zur Modellverbesserung beitrugen. Zusätzlich wurden Intraklassen-Korrelation (IKK) und der durch Prädiktoren erklärte Varianzanteil berechnet und die Modelle auf Multikollinearität geprüft. Für die Analysen wurde das glmmTMB-Package für die Statistiksoftware R verwendet.

3.3.3 Fragestellung 3: *Morbidität und Mortalität*

Unterscheiden sich Morbidität und Mortalität zwischen Patient:innen mit verschiedenen Versorgungswegen?

Analytische Stichprobe und Beobachtungszeitraum

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich die Morbidität und Mortalität zwischen Patient:innen mit verschiedenen Versorgungswegen unterscheiden, wurde auf die analytische Stichprobe und den Beobachtungszeitraum aus Fragestellung 1 zurückgegriffen (n = 9.491) (siehe 3.3.1.). Entsprechend wurden alle GKV-versicherten Patient:innen eingeschlossen, die im Zeitraum von 2016 bis 2021 zu irgendeinem Zeitpunkt bei einer der beiden gesetzlichen Krankenkassen versichert waren und im Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2021 mindestens eine der berücksichtigten alkoholbezogenen Behandlungsformen in Anspruch genommen haben und folgenden Kriterien erfüllten:

- mindestens 3 Jahre vollständige Versicherungsdaten,
- Alkoholkonsumstörung (AUD) (ICD-10: F10.1 –F10.9),
- im Zeitraum von 12 Monaten vor der ersten AUD-Diagnose („Look-Behind“-Periode) weder weitere AUD-Diagnose noch Diagnosen, die auf chronische alkoholbedingte Folgeschäden hinweisen (ICD-10: E24.4; G31.2; G62.1; G72.1; I42.6; K29.2; K70; K70.x; K85.2; K86.0; O35.4)
- mindestens 24 Monate verfügbarer Nachbeobachtungszeitraum nach der Erstdiagnose.

Für die Hierarchisierungen hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit für spätere ambulante Behandlungen bzw. Krankenhausaufenthalte wurden die in Fragestellung 1 identifizierten Klassen typischer Patient:innenwege genutzt (vgl. 4.1.3) und für die Mortalität die entsprechenden Dokumentationen in den GKV-Datensätzen verwendet. Insgesamt wurden sieben Gruppen unterschieden:

Gruppe (0) Keine alkoholbezogene Behandlung (n = 6.631); Referenzgruppe

Gruppe (1) Psychiatrische Kurzkontakte (n = 1.267)

Gruppe (2) Stationäre Behandlung (n = 255)

Gruppe (3) Qualifizierte Entzugsbehandlung (n = 597)

Gruppe (4) Rehabilitation (n = 366)

Gruppe (5) Suchtberatung (n = 267)

Gruppe (6) Gemischt mit hohem Anteil pharmakologischer Behandlung (n = 108)

Definition der Outcome-Variablen

1) Krankenhausaufenthalte

Im Rahmen der Auswertung wurden alle Tage mit stationären Aufenthalten im Beobachtungszeitraum erfasst. Hospitalisierungen bzw. Tage, die durch die Behandlungsformen stationäre alkoholbezogene Behandlung (STAB) oder Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) Interventionsgruppen bedingt waren, wurden nicht einbezogen (für weitere Details siehe (Manthey, Huß, et al., 2025)). Die Hauptanalyse bezog sich auf die Anzahl jeglicher Hospitalisierungen (unabhängig von der Behandlungsursache) und wurde durch Sensitivitätsanalysen ergänzt:

Sensitivitätsanalyse (1) Anzahl Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug,

Sensitivitätsanalyse (2) Anzahl der Krankenhaustage (jegliche Ursache),

Sensitivitätsanalyse (3) Anzahl der Krankenhaustage ohne Alkoholbezug.

Eine alkoholbezogene Hospitalisierung lag vor, wenn bei Aufnahme-, Haupt- oder Nebendiagnose eine alkoholspezifische ICD-10-Diagnose codiert wurde.

2) Ambulante Fachärzt:innenkontakte

Im Bereich der ambulanten Versorgung wurden alle ambulanten Fall-IDs innerhalb des Beobachtungszeitraums gezählt, wobei ein Fall als mindestens ein Kontakt mit Fachärzt:innen innerhalb eines Quartals definiert wurde. Der Quartalsbeginn und/oder das Quartalsende musste dabei im Beobachtungszeitraum liegen. In der Analyse erfolgte keine Differenzierung der Fachärzt:innengruppen. Im Unterschied zur Definition der Behandlungsformen mit ambulanten, alkoholbezogenen Fachärzt:innenkontakten (z. B. Intervention PK oder PT, erfasst über Informationen der EBM-Variablen), wurden die ambulanten Kontakte über die Fall-ID erfasst. In der Hauptanalyse wurde die Anzahl aller ambulanten Fachärzt:innenkontakte (jegliche Ursache) betrachtet. Die ergänzende Sensitivitätsanalyse umfasste die Zahl der alkoholbezogenen, ambulanten Kontakte. Ein Alkoholbezug lag vor, wenn eine gesicherte alkoholspezifische ICD-10-Diagnose innerhalb derselben Fall-ID (gleiche Fachärzt:innen/gleiches Quartal) dokumentiert wurde.

3) Mortalität

Die Mortalität wurde über das Auftreten eines dokumentierten Todesfalls im Beobachtungszeitraum bestimmt.

Statistische Analyse

Die Anzahl der Hospitalisierungen und die Anzahl der ambulanten Fachärzt:innenkontakte wurden mittels einer Negative Binomial Regression ausgewertet. Für die Anzahl der Tage im Krankenhaus wurde ein Zero-Inflated Negative Binomial Regression Modell gewählt, um die hohe Anzahl von Personen ohne Krankenhauskontakt korrekt zu analysieren. Die Regressionen überprüften Unterschiede in den abhängigen Variablen zwischen den sieben oben genannten Gruppen. Als konfundierende Variablen wurden in den Modellen das Geschlecht

(männlich vs. weiblich), Altersgruppe zum Zeitpunkt der AUD-Diagnose (18–34, 35–54, 55–64, 65–96 Jahre), Erwerbsstatus innerhalb des 12-monatigen Beobachtungszeitraums vor dem Indexzeitpunkt (erwerbstätig einschließlich selbstständig vs. arbeitslos vs. im Ruhestand vs. sonstige (z. B. Schule, Studium, Geflüchtete, sonstiges)) sowie der Elixhauser-Komorbiditätsscore ohne psychische Erkrankungen (0–27 Punkte) im gleichen Zeitraum berücksichtigt. Aufgrund der geringen Anzahl an dokumentierten Todesfällen (n = 66) konnte keine Regressionsanalyse zum Einfluss typischer Patient:innenwege auf die Mortalität durchgeführt werden.

3.3.4 Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe

Welche Effekte zeigen prototypische Verläufe auf vermeidbare Hospitalisierungen?

Interventionsarten und Datengrundlage

Im Rahmen der Analyse wurden die Behandlungsformen STAB, QE und REHA berücksichtigt. Die Klassifikation einer stationären Alkoholbehandlung (STAB) sowie einer qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) erfolgte auf Basis der GKV-Daten durch die Kombination von OPS-Codes und Diagnosen. STAB wurde als stationärer Aufenthalt mit Hauptdiagnose F10.2, F10.3 oder F10.4 sowie OPS-Codes 9-60x, 9-61x, 9-62x oder 9-63x, jedoch ohne OPS 8-985 oder 9-647, definiert. QE wurde als stationärer Aufenthalt mit Hauptdiagnose F10.2, F10.3 oder F10.4 oder mit jeglicher F10.x-Hauptdiagnose und sekundärer F10.2-Diagnose sowie zusätzlicher OPS-Codierung 8-985 oder 9-647 definiert. Die Dauer einer Behandlung wurde auf Basis des ersten und letzten Behandlungstages im Krankenhaus bestimmt.

Eine Rehabilitationsbehandlung (REHA) schloss sämtliche Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung mit F10.x als Bewilligungsdiagnose sowie Fälle mit entsprechender Genehmigungsgruppe oder zugrundeliegender AUD-Erkrankung ein. Zusätzlich wurden aus den GKV-Daten Rehabilitationsmaßnahmen mit F10.x als Haupt- oder Antragsdiagnose berücksichtigt. Doppelte Fälle (gleicher Beginn, gleiches Ende, gleiche Diagnose) wurden entfernt.

Studienpopulation und identifizierte Behandlungsgruppen

Die Studienpopulation umfasste versicherte GKV-Patienten, die folgende Kriterien erfüllten:

1. Ambulant diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) oder Entzugssyndrom (ICD-10: F10.3, F10.4) ab 2017
2. gesicherte Diagnose in mindestens zwei verschiedenen Fällen (M2BF-Definition nach (Epping et al., 2024))
3. durchgehende gesetzliche Krankenversicherung für mindestens zwölf Monate vor und nach der Erstdiagnose

In der so definierten Population (n = 7.248) wurden drei exklusive Behandlungsgruppen identifiziert (Tabelle 9). Patient:innen, die keiner dieser Gruppen zugeordnet werden konnten (n = 4.422), wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Tabelle 9: Identifizierte sich nicht überlappende Behandlungsgruppen

Gruppe	Größe	Definition
Stationäre alkoholbezogene Behandlung (STAB)	n = 306 Patient:innen	Patient:innen mit mindestens einem stationären Aufenthalt innerhalb von 365 Tagen nach Erstdiagnose ohne QE oder Rehabilitation im Beobachtungszeitraum
Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)	n = 487 Patient:innen	Patient:innen mit abgeschlossener QE und ohne nachfolgende Rehabilitation innerhalb von 365 Tagen nach Erstdiagnose
Rehabilitation (REHA)	n = 101 Patient:innen	Patient:innen mit abgeschlossener Qualifizierter Entzugsbehandlung und anschließender Rehabilitationsbehandlung mit Beginn innerhalb von 365 Tagen nach Erstdiagnose

Nachbeobachtungszeit und Zielgrößen

Im Rahmen der Nachbeobachtung wurden ausschließlich die jeweils ersten Behandlungsformen (STAB, QE oder REHA) berücksichtigt. Der Beobachtungszeitraum begann einen Tag nach dem letzten Behandlungstag und erstreckte sich über zwölf Monate. Als primärer Endpunkt wurde die Gesamtzahl an Krankenhaustagen mit beliebiger Diagnose innerhalb des Nachbeobachtungszeitraums erhoben. Sekundärer Endpunkt war die Gesamtzahl an Krankenhaustagen mit alkoholspezifischer Hauptdiagnose (vollständig alkoholbedingt nach ICD-10). Das Risiko für (alkoholspezifische) Wiederaufnahmen wurde als Ergebnisgröße gewählt, wenngleich bekannt ist, dass nicht jeder Rückfall zu einer stationären alkoholbezogenen Behandlung führt.

Kovariaten

Für alle Patient:innen standen folgende Merkmale zur Verfügung: Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, Erwerbsstatus (erwerbstätig einschl. selbständig, arbeitslos, sonstige), Jahr/Quartal der Erstdiagnose, Zeit zwischen Erstdiagnose und erster Behandlung, Zahl stationärer Aufenthalte im ersten Jahr (0/1 vs. ≥ 2). Zur Erfassung von Begleiterkrankungen wurde der EKI für die zwölf Monate vor Erstdiagnose berechnet (R-Paket comorbidity v1.0.7; Gasparini, 2018). In den Diagnosen wurden alkoholspezifische Störungen als Grunderkrankung ausgeschlossen und der Summenwert von 0 - 30 für die Analyse dichotomisiert (0/1 vs. ≥ 2 Komorbiditäten; Median: 2, IQR: 1 - 4).

Statistische Auswertung

Zur besseren Vergleichbarkeit der Gruppen wurde das sogenannte Matching-Weight-Verfahren nach (Shurrab et al., 2023) unter Berücksichtigung verschiedener Variablen (z. B.

Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, Erwerbsstatus) angewendet. Im Verfahren dienten diese Variablen als primärer Input und nicht nur der Adjustierung. Da die Verteilung der Krankenhaustage stark rechtsschief war und viele Patient:innen keinen Krankenhaustag im Nachbeobachtungszeitraum hatten, wurde eine gewichtete zero-inflated negative-binomial Regression (R-Paket pscl v1.5.9) mit Bonferroni-Korrektur für Mehrfachtests genutzt.

Dieses Modell schätzt getrennt voneinander die Wahrscheinlichkeit, dass keine Krankenhausaufnahme erfolgte (ausgewiesen als Odds Ratio, OR) sowie die Anzahl stationärer Behandlungstage (ausgewiesen als Incidence Rate Ratio, IRR). Die Behandlungsgruppe war in beiden Modellteilen die unabhängige Variable. Beide Modellteile wurden zusätzlich für die Zeit zwischen Diagnose und der ersten Behandlung sowie für das Vorliegen von zwei oder mehr Krankenhausaufenthalten im ersten Jahr adjustiert. Die Modelle wurden mit den jeweiligen Matching-Gewichten berechnet und die Standardfehler anhand von 1.500 Bootstrap-Wiederholungen (R-Paket boot v1.3-30; (Canty & Ripley, 2024)) geschätzt. Ergänzend erfolgten Sensitivitätsanalysen, bei denen Patient:innen mit irregulärer Entlassung aus STAB oder QE ausgeschlossen wurden, um sicherzustellen, dass nur planmäßige durchgeführte Interventionen in die Analyse eingehen.

Simulation alternativer Behandlungsszenarien

Abschließend wurde eine Simulation durchgeführt, um den Einfluss eines höheren Anteils an Patient:innen mit Rehabilitation nach STAB oder QE zu untersuchen. Dabei wurden alternative Szenarien simuliert, in denen 20 %, 35 % und 50 % der Patient:innen eine Rehabilitation erhielten. Mittels Regressionsmodellierung und Bootstrapping erfolgte jeweils die Schätzung der zu erwartenden Anzahl von (alkoholspezifischen) Krankenhaustagen und deren Unsicherheitsbereich. Ziel dieser Analysen war, unter Berücksichtigung von Störfaktoren, den potenziellen Effekt einer gesteigerten Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen auf die Hospitalisierungsbelastung von AUD-Patient:innen zu quantifizieren.

3.3.5 Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie

Zeigen sich Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen?

Analysestichprobe und Beobachtungszeitraum

In die Analyse eingeschlossen wurden alle Personen im Alter von 18 Jahren und älter, die im Zeitraum von 2016 bis 2021 zu irgendeinem Zeitpunkt bei einer der beiden gesetzlichen Krankenkassen versichert waren und im Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2021 mindestens eine der berücksichtigten alkoholbezogenen Behandlungsformen in Anspruch genommen haben. Der Beobachtungszeitraum begann demnach im Januar 2016 und endete im Dezember 2021.

Alkoholbezogene Behandlungsformen

Für die Analyse wurden sieben alkoholbezogene Behandlungsformen berücksichtigt (siehe Tabelle 8), vier im ambulanten (psychiatrische Kurzkontakte (PK), kurz- und langfristige Psychotherapie, Pharmakotherapie, Rehabilitation), zwei im stationären (STAB und QE) sowie eine sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting (REHA) einbezogen.

Primäre und sekundäre Endpunkte

Der primäre Endpunkt war die wöchentliche Aggregation der Anzahl an Patient:innen, die sich in der jeweiligen Woche in irgendeiner der berücksichtigten Behandlungsform befanden.

Als sekundäre Endpunkte wurden aggregiert:

- a) die Anzahl von Patient:innen in ambulanter Behandlung (z. B. psychiatrische Kurzkontakte, kurz- und langfristige Psychotherapie, Pharmakotherapie, ambulante Rehabilitation) sowie
- b) die Anzahl von Patient:innen in stationärer Behandlung (Stationäre Alkoholbehandlung oder qualifizierte Entzugsbehandlung, stationäre Rehabilitation).

Im Untersuchungszeitraum sollten alle Behandlungen berücksichtigt werden, die während des Studienzeitraums begonnen oder beendet wurden. Informationen zu langfristigen rehabilitativen Maßnahmen, die von den Rentenversicherungsträgern finanziert wurden und nach 2021 beendet wurden, standen für die Analysen nicht zur Verfügung. Dadurch wurde die Inanspruchnahme insbesondere gegen Ende des Untersuchungszeitraums (vor allem in der zweiten Hälfte 2021) unterschätzt. Um diesen Bias zu adressieren, wurden Sensitivitätsanalysen für die primären und sekundären Endpunkte ohne Berücksichtigung der Rehabilitationsbehandlungen durchgeführt.

Pandemie-Phasen

In den Analysen wurden Zeitabschnitte definiert, die sowohl die Dynamik der Infektionszahlen als auch die Maßnahmen zur Eindämmung der Virusausbreitung abbilden. In Deutschland, einschließlich Hamburg, traten fünf Infektionswellen auf: Frühling 2020, Winter 2020/2021, Frühling 2021, Herbst 2021 und Winter 2021/2022 (Tolksdorf et al., 2022). Die pandemiebedingten Eindämmungsmaßnahmen in Deutschland und anderen Ländern wurden mithilfe des Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) von 2020 bis 2022 dokumentiert (Hale et al., 2021). Der Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) ist ein Datensatz, der seit dem 1. Januar 2020 staatliche COVID-19 Maßnahmen zu Eindämmung, Gesundheit sowie Wirtschafts- und Schließungspolitik für mehr als 180 Länder und einige subnationale Gebiete erfasst und sie auf ordinalen oder kontinuierlichen Skalen in 19 Politikfeldern vergleichbar macht. Basierend auf der Überlappung von Infektionszahlen und Eindämmungsmaßnahmen wurde ein Schwellenwert von 70 im OxCGRT-Stringenzindex gewählt, um fünf Zeiträume zu definieren, die mit den Definitionen aus anderen Studien übereinstimmen (Elsner et al., 2023; Radeloff et al., 2021):

- (1) Vor-Pandemie,

- (2) erste Infektionswelle/beschränkende Maßnahmen im Frühling 2020,
- (3) Lockerungsphase Sommer 2020,
- (4) Maßnahmen während der zweiten und dritten Welle,
- (5) vierte Welle mit weniger starken Einschränkungen

Zur Vereinfachung wurde nachfolgend der Begriff 'Lockdown' verwendet, wobei betont wird, dass die in Deutschland umgesetzten Maßnahmen im internationalen Vergleich keine strikten Ausgangssperren oder massiven Bewegungseinschränkungen umfassten.

Statistische Analysen

Veränderungen in der Nutzung alkoholbezogener Behandlungsangebote wurden mithilfe einer segmentierten Regressionsanalyse im Kontext einer unterbrochenen Zeitreihenanalyse (Interrupted Time Series, ITS) untersucht. Durch diesen methodischen Ansatz konnten sowohl unmittelbare als auch allmähliche Effekte pandemiebedingter Maßnahmen und deren zeitlicher Verlauf abgebildet werden.

Zur Kontrolle von saisonalen Schwankungen wurden in den Modellen auch jahreszeitliche Muster berücksichtigt. Ebenfalls wurde geprüft, ob die Behandlungszahlen zwischen den einzelnen Wochen voneinander abhängig waren (Autokorrelation). Bei vorliegender Autokorrelation wurden die Modelle durch zusätzliche Regressionsterme angepasst. Die Schätzung der Auswirkungen der Lockdown-Phasen erfolgte durch den Vergleich der beobachteten Inanspruchnahme mit einem modellbasierten kontrafaktischen Szenario, das annimmt, dass die jeweiligen Maßnahmen nicht umgesetzt worden wären.

3.4 Qualitative Interviews (AP3)

3.4.1 Fragestellung 6: *Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten*

Welche Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bestehen aus Sicht von Patient:innen, Behandler:innen und Angehörigen?

Die methodische Grundlage für die Entwicklung, Umsetzung und Auswertung der qualitativen Interviews bildeten Interviewleitfäden, ein Rekrutierungsplan sowie ein methodischer Auswertungsleitfaden.

Die Entwicklung der Interviewleitfäden erfolgte auf Basis einschlägiger Literatur und wurde im Projektverlauf durch (Zwischen-)Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse aktualisiert, indem Themen und Fragestellungen aufgenommen wurden, die für die weiterführende qualitative Erhebung relevant erschienen. In regelmäßigen Projekttreffen wurde geprüft, welche neu entstandenen Fragen durch die vorhandenen Sekundärdaten nicht beantwortet werden konnten und einer explorativen Vertiefung durch die Interviews bedurften. Diese wurden in nachfolgende Interviews ergänzend aufgenommen, um zusätzliche Kontextinformationen und Erklärungen zu erfassen. Beispielhaft hierfür waren Fragen danach, wie identifizierte zeitlichen Abstände zwischen einzelnen Behandlungen zustande kamen und welche Faktoren

diese beeinflussten. Die Leitfäden für Patient:innen fokussierten sich auf allgemeine und behandlungsbezogene Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess sowie auf Determinanten für die (Nicht-)Inanspruchnahme und vorzeitige Beendigung von Versorgungsleistungen. Bei den Fachkräften wurde zusätzlich das Thema „Vernetzung über Schnittstellen der Versorgung“ vertiefend aufgenommen. Für die Angehörigen lag ein zusätzlicher Schwerpunkt auf deren Erfahrungen mit verschiedenen Unterstützungsangeboten. Die Entwürfe der Interviewleitfäden wurden im Anschluss innerhalb der Projektgruppe diskutiert und mittels Testinterviews mit Vertreter:innen aus allen Zielgruppen pilotiert. Die Überprüfung erfolgte anhand von Kriterien wie Interviewdauer, Praktikabilität, Strukturierungsgrad und inhaltlicher Vollständigkeit. Basierend auf den Ergebnissen dieser Vorprüfung wurden die Leitfäden überarbeitet und die Fragebögen finalisiert.

Der Rekrutierungsplan wurde laufend an die Ergebnisse aus AP2 angepasst, um eine Abdeckung aller relevanten Patient:innenwege zu gewährleisten. Die Gesamtzahl der Interviews wurde zur Planung des Rekrutierungsaufwands und zur Bestimmung der Aufwandsentschädigung auf 65 festgelegt. Die Fallzahlen wurden dabei nicht im Sinne einer statistischen Repräsentativität festgelegt, sondern als qualitative Zielgrößen, die sich an der erwarteten Heterogenität der Versorgungsrealität und der Komplexität der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit orientierten. Für die Befragungen von Betroffenen waren aufgrund der komplexen und potenziell sehr unterschiedlichen Versorgungsverläufe ca. 30 Interviews vorgesehen, ebenfalls verteilt über die verschiedenen Versorgungsbereiche (jeweils etwa vier bis acht Patient:innen). Für Angehörige waren zehn bis 15 Interviews eingeplant, da auch hier von einer hohen Varianz der Erfahrungen auszugehen war. Die Rekrutierung wurde bis zum Erreichen der vorgesehenen Zielgrößen beziehungsweise bis zum Eintritt inhaltlicher Sättigung fortgeführt, das heißt bis zu dem Punkt, an dem keine wesentlichen neuen inhaltlichen Aspekte mehr aus weiteren Interviews zu erwarten waren. Die endgültige Verteilung der Stichprobe und die jeweiligen Einschlusskriterien wurden kontinuierlich dokumentiert. Die Rekrutierung erfolgte in Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen aus der Suchthilfe und weiteren Einrichtungen des Hamburger Suchthilfesystems. Es wurden zentrale Versorgungsabschnitte definiert (Suchtberatung, stationäre Behandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe). Für jeden Bereich wurden 4–5 Leistungserbringer unterschiedlicher Professionen und Institutionen rekrutiert, für Patient:innen wurden aufgrund der komplexen Versorgungsverläufe ca. 30 Interviews vorgesehen, und für Angehörige waren 10–15 Interviews eingeplant. Die Gruppe der interviewten Betroffenen setzte sich aus erwachsenen Personen zusammen, bei denen eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom) diagnostiziert wurde oder ein entsprechender Verdacht bestand. In der Vergangenheit oder Gegenwart konnten sie andere Substanzen konsumiert haben, die problematisch oder abhängig machend waren, jedoch sollte Alkohol die primäre Droge und der hauptsächliche Problembereich darstellen. Ausgeschlossen waren Personen, die opioidabhängig waren. Die Betroffenen konnten sowohl Erfahrungen als auch keine Erfahrungen im Bereich der (Alkohol-)Suchthilfe gemacht haben. Die Rekrutierung erfolgte durch Aushänge in Suchthilfeeinrichtungen sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln, Online-Anzeigen, Flyern sowie direkte Ansprache in den beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe. Vor dem Einschluss in die Studie fand mit jedem potenziellen Interviewteilnehmer:innen ein kurzes (telefonisches) Vorgespräch statt, in dem die Einschlusskriterien geklärt wurden und über die Studie aufgeklärt wurde. Falls die

Einschlusskriterien erfüllt wurden und die Teilnehmenden weiterhin Interesse an einer Teilnahme hatten, wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews fanden in Präsenz, via Online-Konferenz oder telefonisch statt. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte zunächst auf Grundlage der definierten Einschlusskriterien. Um eine möglichst heterogene Zusammensetzung zu gewährleisten, wurde die Stichprobe nach dem Prinzip eines gezielten Samplings im weiteren Rekrutierungsverlauf ergänzt, indem unterrepräsentierte Gruppen gezielt angesprochen und bereits hinreichend vertretene Gruppen nicht weiter rekrutiert wurden. Zu Beginn der Rekrutierungsphase wurden somit alle Personen eingeschlossen, die die Einschlusskriterien (s.u.) erfüllten. Im weiteren Verlauf wurde die Rekrutierung differenzierter gesteuert, etwa durch gezielte Ansprache bestimmter Gruppen, beispielsweise mittels Aushängen in öffentlichen Verkehrsmitteln bei Personen ohne Suchthilfeefahrung.

Es wurden leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt, für die die Teilnehmer:innen eine Aufwandsentschädigung erhielten. Die Dauer der Interviews wurde durch die Erfahrungen der Befragten mit dem Hilfesystem beeinflusst: je mehr Behandlungs-/Betreuungserfahrungen die Person hatte, desto länger der zeitliche Bedarf für die Interviews. Somit betrugen die Interviews zwischen 30 und 90 Minuten, in Ausnahmefällen 3 bis 4 Stunden. Im Vordergrund standen allgemeine und behandlungsbezogene Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess, Determinanten für die (Nicht-)Inanspruchnahme sowie für die vorzeitige Beendigung von Versorgungsleistungen. Ein zusätzlicher Aspekt betraf die Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten, sowohl allgemeinen als auch behandlungsbezogenen. Bei Befragungen mit Betroffenen wurde zudem ein Zeitstrahl erarbeitet, welcher verschiedene wichtige Ereignisse hauptsächlich in Bezug zu Alkohol erfasste (Abbildung 3). Die Interviews wurden von wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen durchgeführt und von wissenschaftlichen Hilfskräften unter Supervision transkribiert.

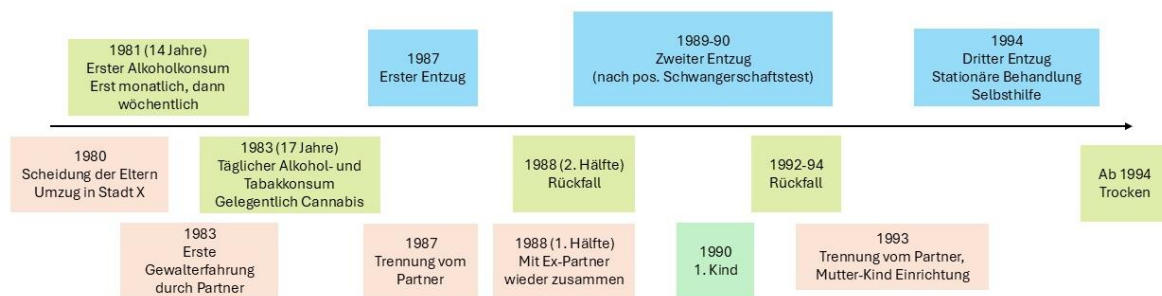


Abbildung 3: Beispielhafter Zeitstrahl

Der methodische Leitfaden regelte die Auswertungsmethodik (qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz), die Codiervorgaben sowie die Anzahl und Schulung der Interviewer:innen und Codierer:innen. Weiterhin wurden datenschutzkonforme Regelungen zur Speicherung, Aufbewahrung und Löschung der erhobenen Daten im Leitfaden festgelegt, ebenso wie die Dokumentation der Rekrutierungs-, Erhebungs- und Auswertungsschritte. Zur Analyse der erhobenen Daten wurde eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2024; Kuckartz, 2018) durchgeführt, da dieses methodische Vorgehen eine systematische, nachvollziehbare und theoriegeleitete Auswertung umfangreicher Interviewdaten ermöglicht. Das Verfahren eignet sich besonders zur Strukturierung und Kategorisierung großer, heterogener Datenmengen und unterstützt

zugleich die Entwicklung sowohl deduktiver (theoriegeleiteter) als auch induktiver (datengestützter) Kategorien. So können inhaltliche Schwerpunkte und Zusammenhänge in den vielfältigen Narrativen der Befragten gezielt herausgearbeitet werden. Durch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der einzelnen Analyseschritte trägt die Methode zudem wesentlich zur Qualitätssicherung und zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse bei.

Der Einsatz von MAXQDA ermöglichte eine systematische und nachvollziehbare Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Dabei wurde zunächst ein flexibles Kategoriensystem auf Basis von Theorie und erhobenen Daten entwickelt und in der Software abgebildet. Die Transkripte der Interviews wurden anschließend einer detaillierten Codierung unterzogen, indem relevante Textstellen den deduktiv und induktiv entwickelten Kategorien zugeordnet wurden. Über verschiedene Analysefunktionen, wie Segmentübersichten, Code- und Dokumenten-Matrix oder Visualisierungstools, konnten die codierten Daten strukturiert ausgewertet, thematische Schwerpunkte herausgearbeitet und Zusammenhänge identifiziert werden. Dokumentationsfunktionen innerhalb von MAXQDA gewährleisteten zudem die Transparenz und Nachvollziehbarkeit aller Auswertungsschritte.

Auf Grundlage einer Vorhabensbeschreibung sowie des methodischen Leitfadens, der Interviewleitfäden sowie den Angaben zur Rekrutierung wurde die qualitative Studie bei der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beantragt und genehmigt (LPEK-0593).

3.5 Nominal-Group-Technique (AP4)

3.5.1 Fragestellung 7: *Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung*

Welche Ansatzpunkte für eine patient:innen- und ergebnisorientierte Verbesserung der Versorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland lassen sich aus den Ergebnissen zur Optimierung der aktuellen Versorgung ableiten?

Die zentralen Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse sowie der qualitativen Interviews bildeten die Grundlage für die Entwicklung von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Zur Vorbereitung des Entwicklungsprozesses wurden die relevanten versorgungsbezogenen Handlungsfelder identifiziert und die wichtigsten Befunde systematisch aufbereitet, um sie für die nachfolgenden Expert:innenrunden (n = 20) nutzbar zu machen. Dabei wurden sowohl strukturelle Aspekte als auch patient:innenbezogene und angehörigenbezogene Faktoren berücksichtigt.

Die Rekrutierung der beteiligten Expert:innen erfolgte per schriftlicher Einladung über die Kooperationspartner des PRAGMA-Projekts als auch über weitere Netzwerke, um eine breite fachliche Expertise sowie unterschiedliche Perspektiven in den Prozess einfließen zu lassen. Betroffene wurden über ihre Beteiligung an den qualitativen Interviews des Projekts eingeladen. Im Anschreiben wurde über die Inhalte, das methodische Vorgehen sowie die Ziele des Entwicklungsprozesses informiert. Die Auswahl der Expert:innen erfolgte nicht formal strukturiert, sondern orientierte sich daran, dass die Teilnehmenden über relevante Erfahrung im jeweiligen Themenfeld verfügten: Berufserfahrung in Behandlung oder Beratung

(Suchtmedizin, Suchthilfe), Tätigkeit im Leistungs- und Versorgungsbereich (Leistungserstatter) bzw. eigene langjährige Erfahrung mit Alkoholabhängigkeit (Betroffene). Ziel war eine ausgewogene Repräsentation der vier Expert:innengruppen.

Für die Entwicklung konkreter Verbesserungsansätze durch die einbezogenen Expert:innen kam ein zweistufiges Verfahren zum Einsatz, das sich an der Nominal Group Technique (NGT) orientierte. Die strukturierte Methode ermöglichte eine systematische Ideengenerierung, -bündelung und -priorisierung sowie die konsensorientierte Einbindung der diversen Perspektiven. Entsprechend dem NGT-Prinzip wurden die identifizierten Handlungsfelder und Kernergebnisse in einem anonymen Online-Fragebogen mit Leitfragen zusammengefasst (Problemstellung und Leitfragen). Die Expert:innen wurden anschließend gebeten, strukturierte Ideen für eine bessere Versorgung pro Handlungsfeld einzubringen (individuelle Ideensammlung). Die eingereichten Ideen wurden anschließend sprachlich überarbeitet, thematisch geordnet und den Teilnehmer:innen vor dem abschließenden Online-Meeting in tabellarischer Form zur Verfügung gestellt (Präsentation der Ideen).

Im Rahmen des Online-Meetings wurden die gesammelten und aufbereiteten Ansatzpunkte in vier moderierten Kleingruppen diskutiert (Klärung und Diskussion), wobei jede Gruppe eine spezifische Perspektive innerhalb des Versorgungssystems repräsentierte („Betroffene“, „Suchtmedizin“, „Suchthilfe“ und „Leistungserbringer“). Der Gruppendiskussion folgten eine gemeinsame Bewertung, eine Einschätzung der Relevanz und eine Priorisierung der Vorschläge. Anschließend wurden die aus Expert:innensicht zentralen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung vor dem Hintergrund empirischer Grundlagen bewertet.

4 Projektergebnisse

4.1 Fragestellung 1: *Typische Kurz- und Langzeitverläufe*

Welche typischen Kurz- und Langzeitverläufe hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtmedizinischer Versorgungsleistungen lassen sich für Patient:innen mit einer Alkoholabhängigkeit rekonstruieren?

4.1.1 Beschreibung der Analytestichprobe

Es wurden $n = 9.491$ Patient:innen mit einer Indexdiagnose einer Alkoholkonsumstörung (AUD) und verfügbaren Informationen für einen anschließenden Zeitraum von 24 Monaten identifiziert. Im ersten Quartal des Beobachtungszeitraums erhielt der Großteil der Patient:innen (75 %) eine F10.1 oder F10.2-Diagnose im ambulanten Bereich. Diagnosen im stationären Setting oder Kombinationen verschiedener Diagnosen und Versorgungsbereiche waren entsprechend selten.

28,6 % der Patient:innen waren weiblich, das durchschnittliche Alter lag bei 54,2 Jahren. 36,8 % der Patient:innen waren erwerbstätig (arbeitslos: 30,3 %; berentet: 20,2 %; sonstige: 12,7 %), und 82,7 % hatten eine deutsche Staatsangehörigkeit. Der mittlere Elixhauser-Score für physische Komorbiditäten betrug 2,1, was bedeutet, dass im Durchschnitt Diagnosen aus zwei zusätzlichen Erkrankungsgruppen (neben der AUD) in den 12 Monaten vor der Indexdiagnose dokumentiert wurden. Ein Elixhauser-Score von 0 lag bei 22,6 % der Patient:innen vor, während bei 43,5 % eine oder zwei weitere Erkrankungsgruppen festgestellt wurden.

(Summenscore 3+: 33,9 %). Unter den Patient:innen mit Inanspruchnahme jeglicher Behandlung zeigte sich ein höherer Anteil an Frauen, jüngeren Personen, Arbeitslosen und deutschen Staatsangehörigen. Zudem lag die durchschnittliche Komorbiditätsbelastung bei dieser Gruppe niedriger.

Tabelle 10: Beschreibung der Analysestichprobe und Behandlungsformen

	N	Weiblich (%)	Alter (m; IQR)	Erwerbstätig (%)	Dt. Staatsbürger (%)	EKI score (m; IQR) ¹
Alle Patient:innen	9.491	28.6	54.2 (45.0 to 64.0)	36.8	82.7	2.1 (1.0 to 3.0)
Jegliche Form	2.860	31.8 ²	50.1 (41.0 to 58.0) ³	33.8 ²	85.3 ²	1.7 (0.0 to 2.0) ³
PK	1.629	36.8	52.1 (44.0 to 60.0)	32.8	85.8	1.8 (0.0 to 3.0)
QE	838	27.1	47.6 (38.0 to 56.0)	35.6	85.7	1.4 (0.0 to 2.0)
STAB	661	29.0	47.6 (38.0 to 56.0)	32.7	84.6	1.5 (0.0 to 2.0)
SB	381	27.8	47.1 (37.0 to 56.0)	41.2	88.5	1.6 (0.0 to 2.0)
REHA	379	30.1	46.6 (38.5 to 54.0)	42.2	87.6	1.4 (0.0 to 2.0)
PHARMA	100	36.0	48.9 (41.0 to 56.0)	40.0	85.0	1.7 (0.0 to 3.0)
PT	69	58.0	47.6 (38.0 to 57.0)	59.4	92.8	1.4 (0.0 to 2.0)

Abkürzungen: m = Mittelwert; IQR = Interquartile range; PK = Psychiatrische Kurzkontakte; QE = Qualifizierte Entzugsbehandlung; STAB = Stationäre alkoholbezogene Behandlung; SB = Suchtberatung; REHA = Rehabilitationsbehandlung; PHARMA = Verschreibung alkoholbezogener Medikamente; PT = Psychotherapie

¹ nur physische Komorbiditäten; möglicher Wertebereich: 0 bis 27

² signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit jeglicher vs. ohne Intervention; $p < .001$ aus dem Chi²-Test

³ signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit jeglicher vs. ohne Intervention; $p < .001$ aus dem t-Test

4.1.2 Inanspruchnahme von alkoholbezogenen Behandlungsformen

Insgesamt nahmen 30 % der Patient:innen ($n = 2.860$) innerhalb von 24 Monaten nach der Indexdiagnose einer AUD mindestens eine Behandlungsform in Anspruch. Am häufigsten wurden psychiatrische Kurzkontakte (PK: 17 %) dokumentiert, gefolgt von einer qualifizierten Entzugsbehandlung (QE: 9 %) sowie einer stationären Alkoholbehandlung (STAB: 7 %). Ein ähnlicher Anteil der Patient:innen nahm nach der Indexdiagnose eine Rehabilitation (REHA: 4 %) oder niedrigschwellige Beratungsangebote (SB: 4 %) in Anspruch. Nur sehr wenige Patient:innen erhielten eine alkoholbezogene pharmakologische Behandlung (PHARMA: 1 %) oder eine formelle Psychotherapie (PT: 1 %). Unter denjenigen mit Inanspruchnahme mindestens einer Intervention nutzten 70 % nur eine Behandlungsform (2 Behandlungsformen: 20 %, 3 Behandlungsformen: 8 %, 4 oder mehr Behandlungsformen: 2 %).

4.1.3 Klassen und Muster der Inanspruchnahme

Die Ergebnisse zur Modellgüte zeigten mit zunehmender Klassenanzahl eine kontinuierlich verbesserte Modellanpassung (zunehmende Log-Likelihood-Werte; sinkende Bayesian Information Criterion(BIC)-Werte bis zum 6-Klassen-Modell (Log-Likelihood: -7087.732; BIC = 14549,52)). Ein 7-Klassen-Modell zeigte eine ähnliche Modellgüte (Log-Likelihood: -7065.815;

BIC = 14569.35), wurde aber aufgrund der geringen Größe der kleinsten Klasse (n=21) nicht präferiert. Im gewählten Modell wurden bei Patient:innen, die mindestens eine Behandlungsform in Anspruch nahmen (n = 2.860), sechs latente Klassen mit unterschiedlichen Mustern der Behandlungsinanspruchnahme identifiziert (Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtkohorte N = 9.491):

Klasse (1) Psychiatrische Kurzkontakte (n = 1.267; 13,3 %)

Klasse (2) Stationäre Behandlung (n = 255; 2,7 %)

Klasse (3) Qualifizierte Entzugsbehandlung (n = 597; 6,3 %)

Klasse (4) Rehabilitation (n = 366; 3,9 %)

Klasse (5) Suchtberatung (n = 267; 2,8 %)

Klasse (6) Gemischt mit hohem Anteil pharmakologischer Behandlung (n = 108; 1,1 %)

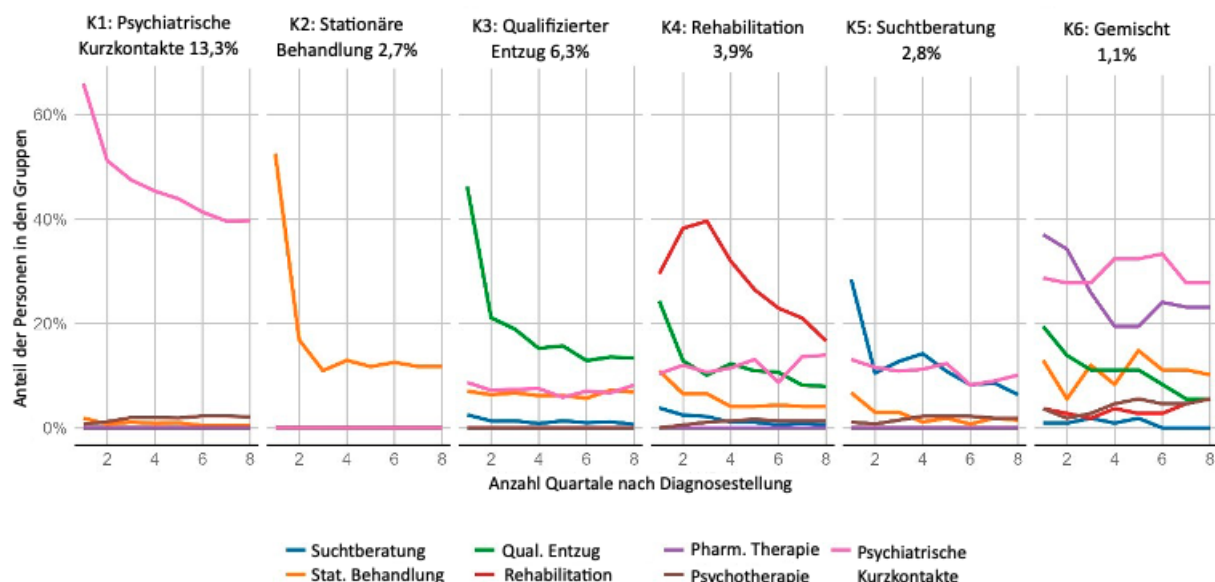


Abbildung 4: Klassen der Inanspruchnahme von alkoholbezogene Behandlungen

Angezeigt wird jeweils der Anteil (%) der Personen pro Klasse, der die jeweilige Behandlungsform in 3-Monats-Intervallen nutzt. Der Prozentwert im Klassenlabel gibt den Anteil der Gesamtstichprobe (n = 9.541) an, der dieser Klasse zugeordnet ist.

In den Klassen 1 bis 5 wurde durch alle Klassenzugehörige dieselbe Behandlungsform in Anspruch genommen, die zugleich als Namensgeber der Klasse diente (z. B. „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ - Klasse 3). In der Klasse 6 „Gemischt“ nutzten die Patient:innen typischerweise mehrere unterschiedliche Behandlungsformen. Klasse 1 ist durch sehr niedrige Inanspruchnahmeraten anderer Behandlungsformen als psychiatrische Kurzkontakte (PK) gekennzeichnet. Klasse 2 unterscheidet sich von den übrigen Klassen dadurch, dass die einzige Behandlungsform eine stationäre alkoholbezogene Behandlung (STAB) war. Klassen 3 und 4 zeichnen sich dadurch aus, dass alle Patient:innen jeweils eine qualifizierte Entzugsbehandlung (Klasse 3) bzw. eine Rehabilitation (Klasse 4) genutzt haben. Während 54

% der Patient:innen in Klasse 4 (Rehabilitation) zusätzlich auch eine qualifizierte Entzugsbehandlung in Anspruch nehmen, erhält keine Person in Klasse 3 (Qualifizierte Entzugsbehandlung) eine Rehabilitation. In beiden Klassen 3 und 4 wird eine stationäre alkoholbezogene Behandlung (STAB) von etwa einem Viertel der Patient:innen genutzt. Klasse 5 ist dadurch gekennzeichnet, dass alle Patient:innen niedrigschwellige Beratungsangebote nutzten; zusätzlich nutzten 23 % auch psychiatrische Kurzkontakte und 15 % eine STAB. Klasse 6 zeichnet sich durch sehr hohe Raten pharmakologischer Behandlung (92 %) und psychiatrischer Kurzkontakte (62 %) aus; darüber hinaus kommen alle anderen Interventionsarten in dieser Gruppe vor (Inanspruchnahmeraten: 6 - 39 %).

Die Intensität der jeweiligen Behandlung wurde anhand der Anzahl der genutzten Interventionen pro Interventionsart unter den jeweiligen Nutzer:innen operationalisiert (Abbildung 5). Über alle latenten Klassen hinweg wurden psychiatrische Kurzkontakte von den meisten Personen mehr als einmal in Anspruch genommen, während die meisten anderen Behandlungsformen in der Regel nur einmal genutzt wurden. Patient:innen der Klasse 1 nahmen zu 100% psychiatrische Kurzkontakte in Anspruch. Mehr als drei Viertel davon nutzten diese mehr als einmal. Weitere Inanspruchnahmen erfolgten nicht, mit Ausnahme der Inanspruchnahme einer körperlichen Entzugsbehandlung/stationären alkoholbezogenen Behandlung (5%) sowie einer Psychotherapie (3%). Patient:innen der Klasse 2 wiesen außer einer stationären alkoholbezogenen Behandlung keine weiteren Inanspruchnahmen anderer Behandlungsformen auf. Mehr als 75% der Patient:innen nahmen eine stationäre alkoholbezogene Behandlung einmalig in Anspruch. Alle Patient:innen der Klasse 3 nahmen eine qualifizierte Entzugsbehandlung in Anspruch, wobei 20% auch psychiatrische Kurzkontakte, 29% stationäre alkoholbezogene Behandlungen und 10% eine Suchtberatung in Anspruch nahmen. Alle Patient:innen in Klasse 4 nahmen eine Rehabilitation in Anspruch, wobei etwa die Hälfte auch einen qualifizierten Entzug in Anspruch nahmen. Unter diesen lag der Anteil mit 1, 2–4 bzw. 5 oder mehr stationären Aufenthalten bei 57,3%, 36,2% bzw. 6,5%. Bei etwa einem Viertel der Patient:innen in Klasse 4 wurde auch eine stationäre alkoholbezogene Behandlung durchgeführt, mit einer Häufigkeitsverteilung vergleichbar mit der für qualifizierte Entzüge. In der Klasse 4 wurden von 32% der Patient:innen psychiatrische Kurzkontakte aufgesucht, wobei etwa ein Drittel der Aufsuchenden 5 oder mehr Kontakte aufwies. Eine formale Psychotherapie erfolgte hingegen nur bei 2% derjenigen in Klasse 4. Unter den Patient:innen der Klasse 5 nahmen alle eine Suchtberatung in Anspruch, wobei zusätzlich bei einem Teil eine stationäre alkoholbezogene Behandlung (15%), psychiatrische Kurzkontakte (23%) und zu einem geringeren Teil psychotherapeutische Behandlungen (3%) in Anspruch genommen wurden. Anders als in den Klassen 1-5 war Klasse 6 nicht dadurch geprägt, dass alle zugeordneten Personen genau eine Behandlungsform nutzten. Klasse 6 war nicht nur durch die Nutzung verschiedener Behandlungsformen, sondern auch durch eine insgesamt häufigere Inanspruchnahme jeder einzelnen Behandlungsform geprägt. Zu 93% umfassten diese pharmakologische Therapien, psychische Kurzkontakte (62%), qualifizierte Entzugsbehandlung (39%), stationäre alkoholbezogene Behandlung (35%), Rehabilitation (12%), Psychotherapie (10%) und Suchtberatung (6%). Die meisten Patient:innen nutzten nur eine Behandlungsform; ausgeprägte Überschneidungen finden sich jedoch in den Klassen 4 („Rehabilitation“) und 6 („Gemischt“). Diese beiden Klassen sind durch Inanspruchnahmen verschiedener Behandlungsformen gekennzeichnet.

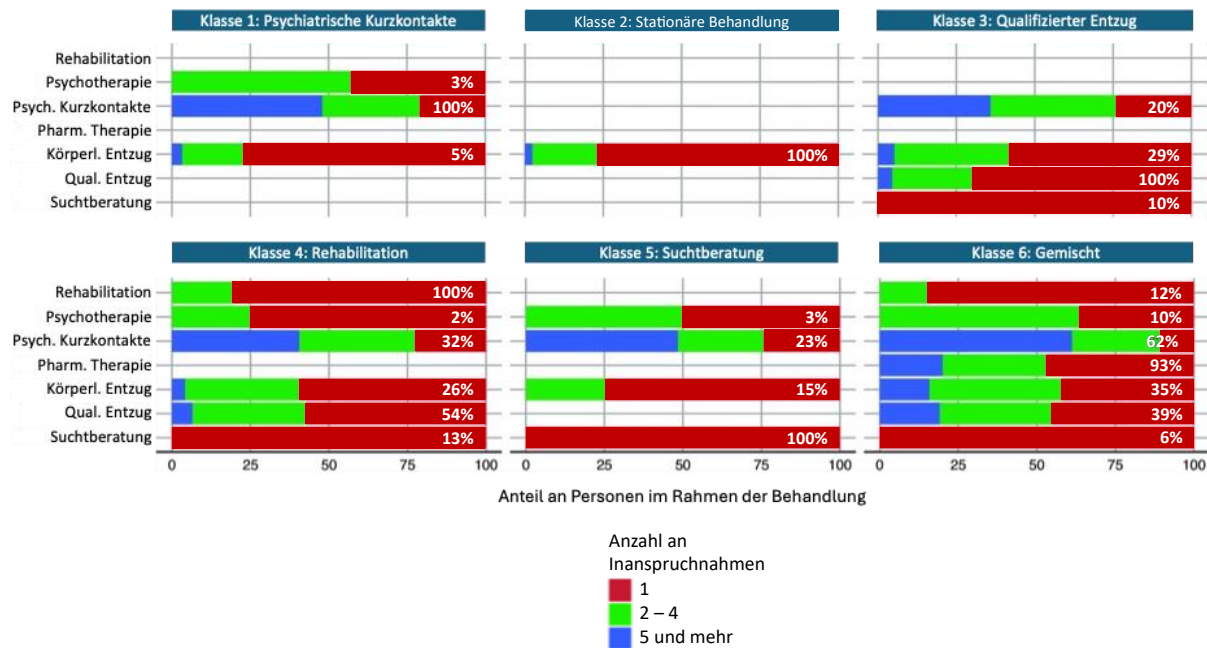


Abbildung 5: Intensität der Inanspruchnahme in den Klassen

Pro Balken wird der Anteil an Personen innerhalb der jeweiligen Klasse angegeben, die die entsprechende Interventionsart in Anspruch genommen haben. Die Länge des Balkens stellt die relative Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser Interventionsart innerhalb der jeweiligen Klasse dar.

Es wurde zudem untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen Mustern der Behandlungsinanspruchnahme und der zu Beginn dokumentierten AUD-Diagnose sowie dem Versorgungssetting besteht. Einzelne F10.1- oder F10.2-Diagnosen im ambulanten Bereich waren besonders häufig bei Personen ohne Behandlung (Klasse 0: 82,3 %) sowie in den Klassen 1 (psychiatrische Kurzkontakte: 77,3 %) und 5 (Suchtberatung: 72,7 %). In den Klassen 2, 3, 4 und 6 zeigte sich hingegen ein deutlich höherer Anteil stationärer AUD-Diagnosen im Indexquartal (Abbildung 6).

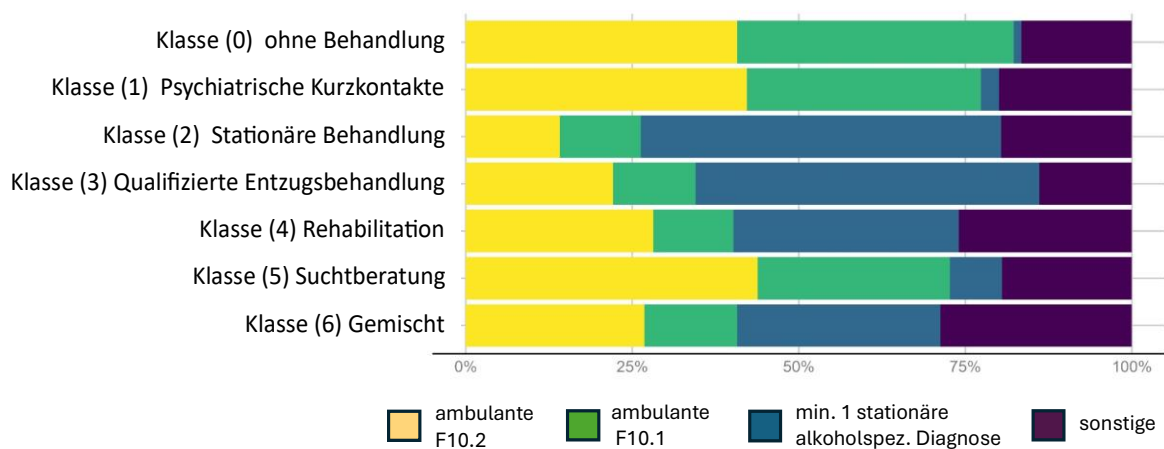


Abbildung 6: Verteilung alkoholspezifischer Diagnosen in ambulanten oder stationären Settings innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)

4.1.4 Behandlungsinanspruchnahme und soziodemografische Einflussfaktoren

Abbildung 7 zeigt das Durchschnittsalter (Median: 55 Jahren; IQR: 45-64 Jahre) und Geschlechterverhältnis in und zwischen den Klassen. Der Anteil weiblicher Patientinnen in den Klassen lag zwischen 23% und 38% (Mittelwert: 28,6%). Während die Klassen 1 (Psychiatrische Kurzkontakte, 37%) und 6 (Gemischt, 38%) einen relativ hohen Anteil aufwiesen, war dieser insbesondere in der Klasse 5 (Suchtberatung, 23%) unterdurchschnittlich (Abbildung 7).

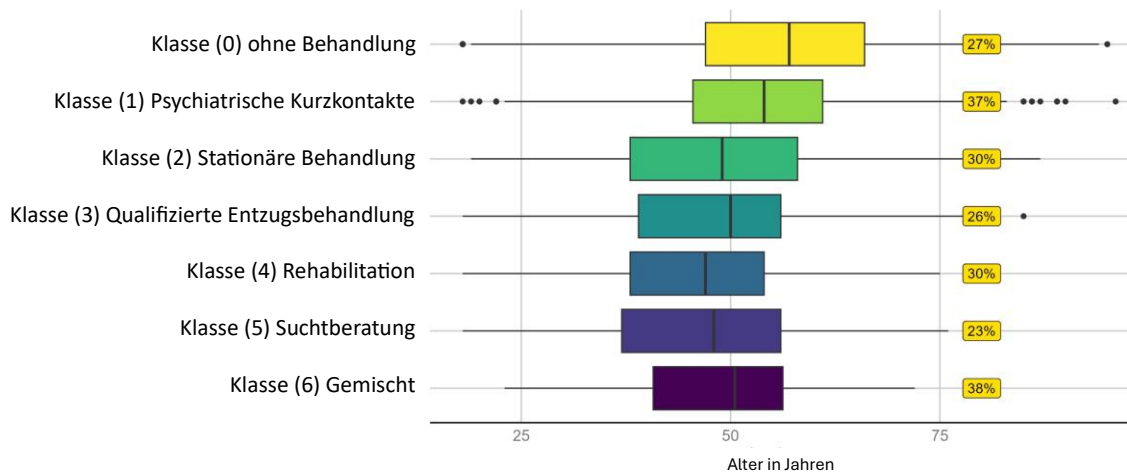


Abbildung 7: Altersverteilung sowie Anteil weiblicher Patientinnen innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)

Alter: Median = vertikale schwarze Linie; Interquartilsabstand = Box; Whisker: $\pm 1,5$ -fache Interquartilsabstandsgrenzen; Punkte = Ausreißer; Anteil weiblicher Patientinnen (%) = gelbe Beschriftung innerhalb der sechs latente Klassen und unter Nicht-Inanspruchnehmenden (Klasse 0)

Abbildung 8 zeigt die Verteilung des Erwerbsstatus (Erwerbstätige, Arbeitslose, Rentner:innen, Sonstige) in und zwischen den Klassen. Erhöhte Anteile an Erwerbstätigen zeigten sich insbesondere in den Klassen 4 (Rehabilitation; 42%) und 6 (Gemischt, 43%). Der Anteil an arbeitslosen Personen lag insgesamt zwischen 23% und 39% (Mittelwert: ca. 30%). Höhere Anteil an Arbeitslosen fanden sich in den Klassen 2 (Stationäre Behandlung, 39%), 3 (Qualifizierte Entzugsbehandlung, 39%), und 4 (Rehabilitation, 37%). Geringe Anteile an Rentner:innen zeigten sich insbesondere in den Klassen 4 (Rehabilitation, 5%) und 3 (Qualifizierte Entzugsbehandlung, 8%) (Abbildung 8).

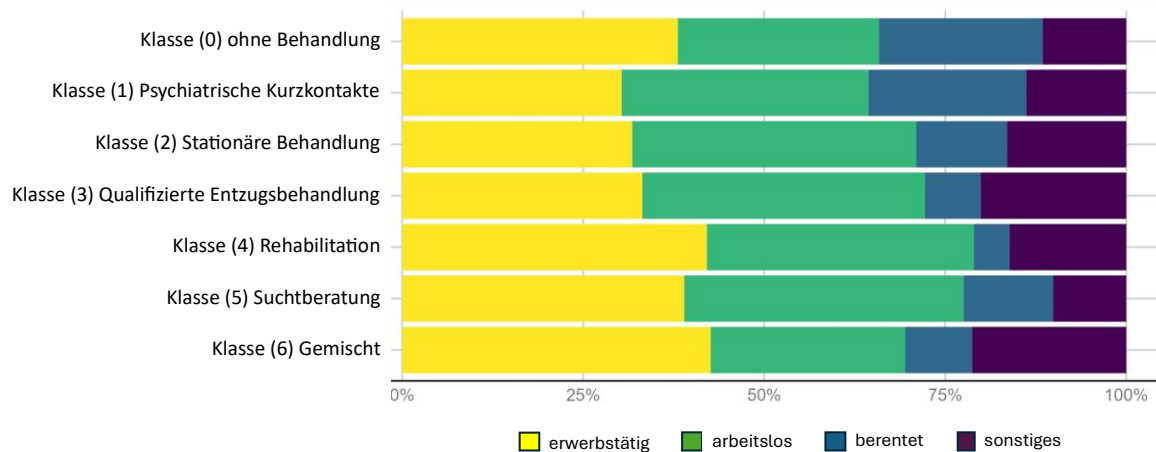


Abbildung 8: Verteilung des Erwerbs-/Rentenstatus innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsinanspruchnahme (Klasse 0)

Die Ergebnisse des multinomialen Regressionsmodells zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen verschiedenen soziodemografischen Variablen und der Zugehörigkeit zu einer von sechs Behandlungsklassen (Log-Likelihood (LL) = -9719; df = 54; AIC = 19547; BIC = 19933) zeigten, dass insbesondere das Alter ein konsistenter und starker Prädiktor für die Zugehörigkeit zu nahezu allen Klassen war, während Effekte von Geschlecht, Erwerbsstatus und Nationalität je nach Klasse variierten. Für die Klasse 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“) zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit mehreren soziodemografischen Variablen. Im Vergleich zu erwerbstätigen Personen hatten Arbeitslose eine höhere Wahrscheinlichkeit, dieser Klasse anzugehören (OR = 1,43; 95%-KI: 1,22–1,66; $p < 0,001$). Gleiches galt für Rentner:innen (OR = 1,70; 95%-KI: 1,42–2,05; $p < 0,001$) sowie für Personen in sonstigen Beschäftigungssituationen (OR = 1,45; 95%-KI: 1,19–1,77; $p < 0,001$). Auch das Alter erwies sich als signifikanter Prädiktor: Im Vergleich zur Referenzgruppe der über 65-Jährigen wiesen Personen im Alter von 55–64 Jahren (OR = 2,07; 95%-KI: 1,71–2,51; $p < 0,001$), 35–54 Jahren (OR = 2,69; 95%-KI: 2,21–3,26; $p < 0,001$) sowie 18–34 Jahren (OR = 1,87; 95%-KI: 1,42–2,46; $p < 0,001$) erhöhte Odds auf. Männer hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit als Frauen, Klasse 1 anzugehören (OR = 0,59; 95%-KI: 0,52–0,67; $p < 0,001$). Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wiesen ebenfalls reduzierte Odds auf (OR = 0,74; 95%-KI: 0,62–0,88; $p < 0,05$).

Für die Klasse 2 („Stationäre Behandlung“) wiesen Arbeitslose (OR = 1,52; 95%-KI: 1,13–2,06; $p < 0,05$) sowie Personen in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen (OR = 1,57; 95%-KI: 1,07–2,30; $p < 0,05$) höhere Wahrscheinlichkeiten der Klassen anzugehören. Altersbezogen zeigten sich insbesondere für jüngere Gruppen erhöhte Wahrscheinlichkeiten: 55–64 Jahre (OR = 1,72; 95%-KI: 1,07–2,77; $p < 0,05$), 35–54 Jahre (OR = 3,05; 95%-KI: 1,95–4,79; $p < 0,001$) und 18–34 Jahre (OR = 4,39; 95%-KI: 2,62–7,36; $p < 0,001$). Für Geschlecht (OR = 0,79; 95%-KI: 0,60–1,04) und Nationalität (OR = 0,92; 95%-KI: 0,67–1,27) wurden keine signifikanten Zusammenhänge beobachtet.

In Klasse 3 („Qualifizierte Entzugsbehandlung“) zeigten sich ebenfalls ausgeprägte Alterseffekte. Im Vergleich zur Referenzgruppe (65+) hatten 55–64-Jährige (OR = 2,79; 95%-KI: 1,93–4,04; $p < 0,001$), 35–54-Jährige (OR = 5,15; 95%-KI: 3,61–7,34; $p < 0,001$) und 18–34-Jährige (OR = 5,59; 95%-KI: 3,73–8,37; $p < 0,001$) deutlich erhöhte Odds. Arbeitslose (OR = 1,39; 95%-KI: 1,14–1,70; $p < 0,001$) sowie Personen in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen

(OR = 1,85; 95%-KI: 1,45–2,36; $p < 0,001$) wiesen ebenfalls höhere Wahrscheinlichkeiten auf, während für Rentner kein signifikanter Effekt gefunden wurde (OR = 0,73; 95%-KI: 0,51–1,03). Geschlecht zeigte keinen signifikanten Zusammenhang (OR = 0,95; 95%-KI: 0,78–1,15). Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit hatten hingegen geringere Odds (OR = 0,62; 95%-KI: 0,49–0,78; $p < 0,001$).

Für Klasse 4 („Rehabilitation“) war der Erwerbsstatus überwiegend nicht signifikant mit der Klassenzugehörigkeit assoziiert, mit Ausnahme von Rentnern, die eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, dieser Klasse anzugehören (OR = 0,42; 95%-KI: 0,25–0,71; $p < 0,001$). Das Alter war erneut ein starker Prädiktor: 55–64 Jahre (OR = 3,37; 95%-KI: 1,94–5,85; $p < 0,001$), 35–54 Jahre (OR = 8,60; 95%-KI: 5,10–14,52; $p < 0,001$) und 18–34 Jahre (OR = 8,51; 95%-KI: 4,78–15,15; $p < 0,001$). Männer hatten eine leicht geringere Wahrscheinlichkeit als Frauen (OR = 0,79; 95%-KI: 0,62–1,00; $p < 0,05$). Nicht-deutsche Personen zeigten ebenfalls reduzierte Odds (OR = 0,48; 95%-KI: 0,35–0,66; $p < 0,001$).

In Klasse 5 („Suchtberatung“) wurden keine signifikanten Effekte des Erwerbsstatus festgestellt. Das Alter zeigte jedoch besonders starke Zusammenhänge mit der Klassenzugehörigkeit: 55–64 Jahre (OR = 4,12; 95%-KI: 2,34–7,24; $p < 0,001$), 35–54 Jahre (OR = 7,05; 95%-KI: 4,06–12,27; $p < 0,001$) und 18–34 Jahre (OR = 12,17; 95%-KI: 6,66–22,25; $p < 0,001$). Für das Geschlecht wurde kein signifikanter Effekt beobachtet (OR = 1,13; 95%-KI: 0,84–1,51). Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit hatten jedoch geringere Odds (OR = 0,49; 95%-KI: 0,34–0,71; $p < 0,001$).

Für Klasse 6 („Gemischt“) wurden insgesamt wenige signifikante Zusammenhänge gefunden. Der Erwerbsstatus war nicht signifikant mit der Klassenzugehörigkeit assoziiert. Altersgruppen unter 65 Jahren wiesen jedoch erhöhte Odds auf: 55–64 Jahre (OR = 3,25; 95%-KI: 1,49–7,12; $p < 0,05$), 35–54 Jahre (OR = 5,04; 95%-KI: 2,35–10,78; $p < 0,001$) und 18–34 Jahre (OR = 5,80; 95%-KI: 2,43–13,84; $p < 0,001$). Männer hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit als Frauen (OR = 0,56; 95%-KI: 0,38–0,83; $p < 0,05$). Für die Nationalität wurde kein signifikanter Zusammenhang festgestellt (OR = 0,65; 95%-KI: 0,37–1,11).

4.1.5 Behandlungsanspruchnahme und Komorbidität

Die Verteilung der Elixhauser-Komorbiditätsscores für physische Komorbiditäten war deutlich rechtsschief: Die meisten Patient:innen wiesen neben der Alkoholkonsumstörung keine oder nur eine weitere Erkrankung auf, während nur wenige mehr als fünf Komorbiditäten hatten. Im Vergleich zu keiner Behandlungsanspruchnahme und unter Kontrolle von Geschlecht, Alter, Erwerbs-/Ruhestandsstatus sowie Nationalität hatten Patient:innen der Klassen 1–4 (psychiatrische Kurzkontakte, stationäre alkoholbezogene Behandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung, Rehabilitation) vor der Indexdiagnose signifikant niedrigere Komorbiditätsscores. Die mittleren Elixhauser-Scores für physische Komorbiditäten waren in den Klassen 1–4 um 8 %, 17 %, 16 % bzw. 17 % niedriger.

Abbildung 9 zeigt den Anteil der Patient:innen mit mindestens einer Diagnose aus 31 Diagnosegruppen (entsprechend des Elixhauser-Komorbiditäts-Scores) innerhalb und zwischen den Klassen. Bei den psychischen Diagnosegruppen zeigten sich über alle Klassen hinweg hohe Anteile für Depressionen, mit den höchsten Ausprägungen in den Klassen 1 (Psychiatrische Kurzkontakte) und 6 (Gemischt) mit jeweils 78%. Ebenso zeigten sich

suchtbezogene Diagnosen insgesamt und insbesondere in den Klassen 6 (Gemischt, 32%), 2 (Stationäre Behandlung, 29%) und 3 (Qualifizierte Entzugsbehandlung, 28%) erhöht. Bei den somatischen Diagnosegruppen standen unkomplizierte Hypertonien, unkomplizierte Diabeteserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen sowie Lebererkrankungen im Vordergrund. Gegenüber den latenten Klassen 1 – 6 waren die Anteile an diesen somatischen Diagnosen in der Klasse 0 (Ohne Behandlung) am höchsten, die psychischen mit Ausnahme von Psychosen am niedrigsten (Abbildung 9).

Depression	42%	78%	54%	57%	61%	57%	78%
Psychosen	6%	18%	9%	8%	5%	6%	9%
Drogenmissbrauch	14%	25%	29%	28%	27%	23%	32%
Alkoholmissbrauch	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Eisenmangelanämie	4%	4%	1%	3%	2%	3%	3%
Blutverlustanämie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen	4%	4%	4%	2%	3%	3%	6%
Gewichtsverlust	4%	3%	2%	3%	2%	2%	3%
Adipositas	17%	15%	7%	9%	10%	11%	14%
Gerinnungsstörungen	2%	1%	0%	3%	2%	2%	1%
Rheumatoide Arthritis	4%	4%	1%	1%	2%	3%	4%
Solide Tumoren ohne Metastasen	5%	5%	2%	3%	1%	3%	2%
Metastasen	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Lymphome	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
HIV/AIDS	1%	1%	3%	1%	1%	1%	2%
Peptische Ulkuskrankheit o. Blutung	2%	1%	2%	1%	1%	2%	2%
Lebererkrankungen	23%	18%	20%	19%	13%	18%	20%
Nierenversagen	6%	4%	3%	2%	2%	1%	5%
Hypothyreose	8%	9%	6%	7%	6%	6%	9%
Diabetes mellitus kompliziert	9%	6%	3%	3%	3%	4%	4%
Diabetes mellitus unkompliziert	11%	8%	5%	5%	6%	6%	8%
Chronische Lungenerkrankungen	32%	29%	22%	24%	24%	28%	28%
Andere neurologische Erkrankungen	9%	13%	13%	9%	9%	6%	8%
Lähmungen / neurologische Ausfälle	3%	3%	1%	2%	2%	1%	1%
Hypertonie kompliziert	4%	4%	2%	1%	1%	2%	3%
Hypertonie unkompliziert	43%	33%	32%	28%	29%	31%	31%
Periphere Gefäßerkrankungen	12%	7%	6%	5%	4%	6%	6%
Pulmonale Zirkulationsstörungen	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%
Klappenerkrankungen	4%	3%	1%	1%	1%	1%	0%
Herzrhythmusstörungen	11%	9%	7%	7%	5%	9%	6%
Herzinsuffizienz	8%	6%	2%	3%	3%	5%	3%
	I	I	I	I	I	I	I
	Klasse (0)	Klasse (1)	Klasse (2)	Klasse (3)	Klasse (4)	Klasse (5)	Klasse (6)

Abbildung 9: Anteil an psychischen und somatischen Diagnosen innerhalb der latenten Klassen sowie unter Personen ohne Behandlungsanspruchnahme (Klasse 0)

Anteil der Patient:innen mit mindestens einer Diagnose aus 31 Diagnosegruppen, definiert durch den Elixhauser-Komorbiditäts-Score, für die sechs latenten Klassen von Behandlungsmustern sowie unter Personen

ohne Behandlungssuche (Klasse 0). Die Diagnosen stammen aus dem stationären und ambulanten Bereich und beziehen sich auf die 12 Monate vor der neuen alkoholspezifischen Diagnose.

Im Zero-inflated-Regressionsmodell für den Elixhauser-Score der physischen Komorbidität zeigten sich im Count-Modell mehrere signifikante Zusammenhänge. Für die Modellgüte ergaben sich eine Log-Likelihood (LL) von -16651 ($df = 16$) sowie $AIC = 33334$ und $BIC = 33448$. Das Alter, z-standardisiert, war ein deutlicher Prädiktor des Komorbiditätsausmaßes: Mit zunehmendem Alter stieg der erwartete Elixhauser-Score um den Faktor $1,404$ (95%-KI: $1,38-1,433$; $p < 0,001$). Für Männer ergab sich im Vergleich zu Frauen kein signifikanter Unterschied (exponentierter Koeffizient = $0,979$; 95%-KI: $0,95-1,013$). Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigte sich lediglich für Rentner:innen ein signifikanter positiver Zusammenhang mit höheren Werten des Elixhauser-Scores (exponentierter Koeffizient = $1,176$; 95%-KI: $1,13-1,222$; $p < 0,001$), während für Arbeitslose und Personen in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen keine signifikanten Unterschiede gegenüber Erwerbstätigen beobachtet wurden. Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit wiesen zudem leicht höhere Werte auf als Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bzw. mit unbekannter Nationalität (exponentierter Koeffizient = $1,056$; 95%-KI: $1,01-1,103$; $p < 0,05$).

Bezogen auf die Behandlungsklassen zeigte sich im Vergleich zur Referenzkategorie „Ohne Behandlung“, dass mehrere Behandlungsmuster mit niedrigeren Werten des physischen Komorbiditätsscores assoziiert waren. Für Klasse 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“) ergab sich ein signifikanter negativer Zusammenhang (exponentierter Koeffizient = $0,924$; 95%-KI: $0,88-0,967$; $p < 0,001$). Ebenso war die Zugehörigkeit zu Klasse 2 („Stationäre Behandlung“) mit niedrigeren Elixhauser-Werten verbunden (exponentierter Koeffizient = $0,826$; 95%-KI: $0,74-0,922$; $p < 0,001$). Auch für Klasse 3 („Qualifizierte Entzugsbehandlung“) (exponentierter Koeffizient = $0,844$; 95%-KI: $0,78-0,909$; $p < 0,001$) sowie Klasse 4 („Rehabilitation“) (exponentierter Koeffizient = $0,834$; 95%-KI: $0,76-0,919$; $p < 0,001$) zeigten sich signifikant niedrigere Werte. Für Klasse 5 („Suchtberatung“) und Klasse 6 („Gemischt“) wurden keine signifikanten Zusammenhänge mit dem physischen Komorbiditätsscore beobachtet.

Im Zero-Inflation-Modell, das die Wahrscheinlichkeit eines strukturellen Nullwertes abbildet, zeigte sich ebenfalls ein ausgeprägter Alterseffekt: Mit zunehmendem Alter sank die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe ohne beobachtete Komorbidität zu gehören (exponentierter Koeffizient = $0,358$; 95%-KI: $0,31-0,407$). Männer wiesen im Vergleich zu Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, einem strukturellen Nullwert zugehören (exponentierter Koeffizient = $2,137$; 95%-KI: $1,46-3,139$).

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass insbesondere das Alter einen zentralen Einfluss auf das physische Komorbiditätsprofil hatte. Darüber hinaus waren die Behandlungsklassen teilweise mit niedrigeren Elixhauser-Scores assoziiert, während sich für Geschlecht und Nationalität nur begrenzte bzw. punktuelle Zusammenhänge zeigten.

4.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch

Lassen sich Einflussfaktoren identifizieren, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme und/oder der vorzeitigen Beendigung von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen stehen?

4.2.1 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

4.2.1.1 Beschreibung der Analysestichprobe

Die untersuchte Stichprobe umfasste 13.685 Patient:innen mit vollständiger Versicherungsabdeckung im Zeitraum 2016–2019 sowie mindestens einer alkoholspezifischen Diagnose zwischen 2016 und 2018. Im Jahr 2019 nahmen 12 % der Patient:innen mindestens eine alkoholspezifische Suchtbehandlung in Anspruch. Die Inanspruchnahmeraten für die einzelnen Behandlungsformen lagen bei 2,5 % für qualifizierte Entzugsbehandlung (QE), 0,8 % für Rehabilitation (REHA), 2,5 % für stationäre alkoholbezogene Behandlung (STAB), 8,2 % für psychiatrische Kurzkontakte (PK), 0,2 % für psychotherapeutische Behandlung (PT) und 0,4 % für pharmakologische alkoholbezogene Behandlung (PHARMA). Der Frauenanteil betrug 33 %. Das durchschnittliche Alter der Patient:innen lag im Jahr 2019 bei 56,6 Jahren (IQR: 47–67 Jahre). Der mittlere Elixhauser-Score (ohne alkoholspezifische Diagnosen) lag bei 3 (IQR: 1–4). Weitere Merkmale der Stichprobe: 84 % verfügten über die deutsche Staatsangehörigkeit, bei 11 % war ein Pflegegrad dokumentiert. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2018 pro Patient:in 4,8 verschiedene Medikamente (ATC-Code Level 2) ausgegeben (IQR: 2–7).

4.2.1.2 Identifizierte Einflussfaktoren auf eine Inanspruchnahme

Inanspruchnahme irgendeiner alkoholspezifischen Suchtbehandlung

Im Modell zur Vorhersage der Inanspruchnahme irgendeiner alkoholspezifischen Behandlung im Jahr 2019 waren vor allem frühere Behandlungserfahrungen starke Prädiktoren: Eine Zunahme vorausgegangener QE (OR = 6,1; 95%-KI: 5,0–7,4; $p < 0,001$, Anzahl QE log-transformiert), das heißt, eine grobe Verdopplung der QE-Behandlungsepisoden erhöht die Odds um den Faktor 6, STAB (OR = 3,2; 95%-KI: 2,5–4,0; $p < 0,001$, Anzahl STAB log-transformiert) sowie PK (OR = 5,3; 95%-KI: 4,9–5,7; $p < 0,001$, Anzahl PK log-transformiert) war jeweils mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit für eine spätere Inanspruchnahme assoziiert. Auch pharmakologische Behandlungen war signifikant positiv mit einer Inanspruchnahme verbunden (OR = 1,3; 95%-KI: 1,2–1,5; $p < 0,001$). Frühere REHA-Behandlungen und PT-Behandlungen hatten keinen signifikanten Einfluss. Bezogen auf soziodemografische Merkmale zeigten sich signifikant erhöhte Odds für die Altersgruppe 35–54 Jahre (im Vergleich zu 18–34 Jahren), während Personen ab 65 Jahren seltener eine Suchtbehandlung in Anspruch nahmen. Höhere Werte im EKI waren dagegen durchgängig mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit einer Behandlung assoziiert (Abbildung 10). Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft nahmen signifikant seltener eine Suchtbehandlung in Anspruch als Personen mit deutscher Nationalität (OR = 0,8; 95%-KI: 0,6–0,9; $p = 0,007$). Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,454 rund 45,4 % der Varianz bzw. weist eine gute Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = -3.180,77 (df = 23); AIC = 6.407,53; BIC = 6.580,59).

PRAGMA (01VSF21029)

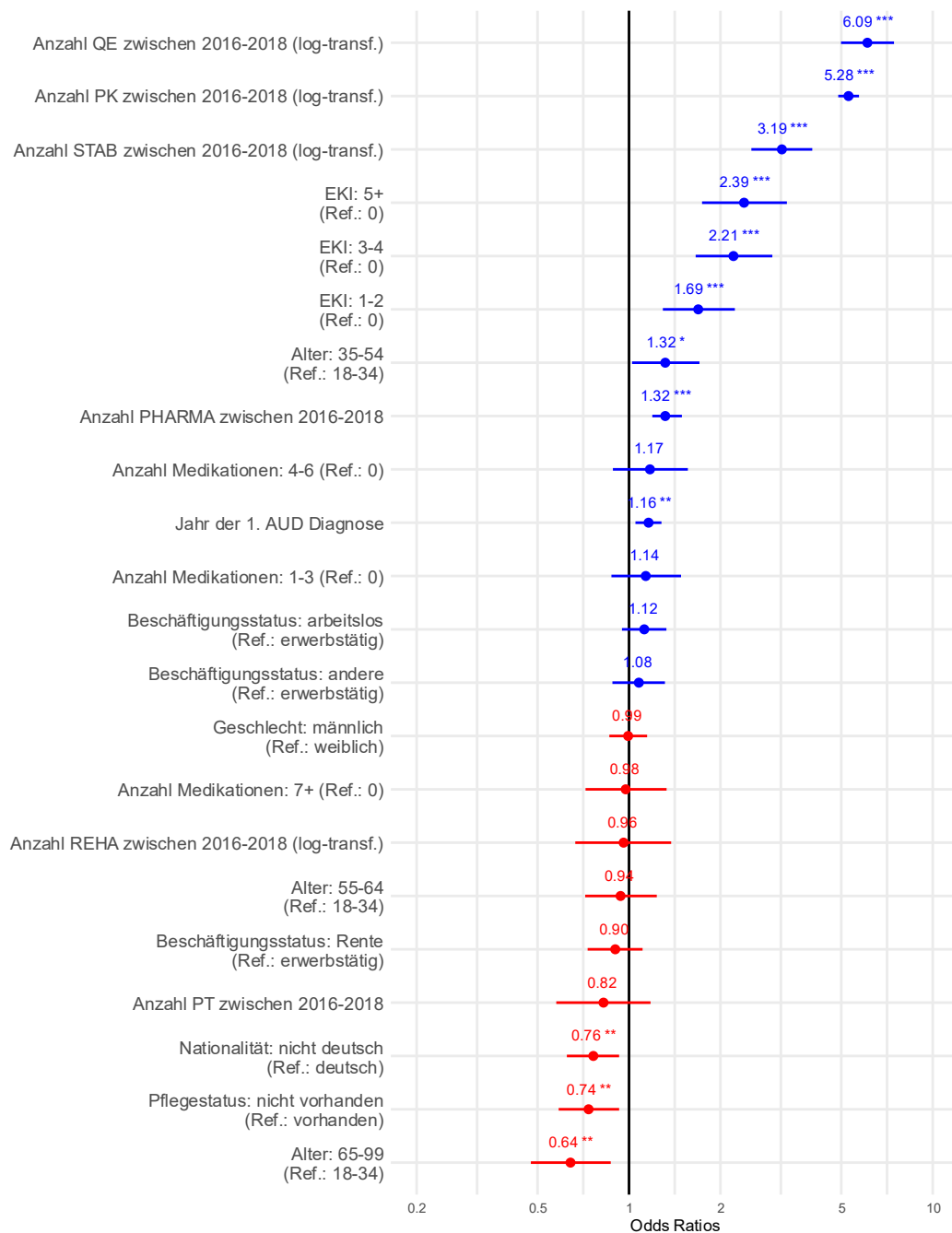


Abbildung 10: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme alkoholbezogener Behandlungen

Abgebildet sind exponenzierten Modelkoeffizienten (Odds Ratios) sowie ihre Signifikanz (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) und Konfidenzintervalle (Balken). Rot: Negativ mit einer Inanspruchnahme assoziiert, Blau: positiv mit einer Inanspruchnahme assoziiert. Abkürzungen: Ref. = Referenzkategorie; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitation; PT = Psychotherapie; PK = Psychiatrische Kurzkontakte; PHARMA = Pharmakologische Behandlung; EKI = Elixhauser-Komorbiditäts-Index; log-transf. = log-transformiert.

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer stationären alkoholbezogenen Behandlung

Im Modell zur Inanspruchnahme einer STAB im Jahr 2019 zeigte sich, dass vor allem eine höhere Behandlungserfahrung einen starken Einfluss hatte: Je mehr STAB oder QE-Behandlungen eine Person in den Jahren 2016–2018 absolviert hatte, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, 2019 erneut eine STAB zu nutzen. Eine Verdopplung der Anzahl vorheriger QE-Behandlungen (OR = 5,9; 95%-KI: 4,7–7,4; $p < 0,001$, Anzahl QE-Behandlungen log-transformiert) bzw. der Anzahl vorheriger STAB (OR = 5,1; 95%-KI: 3,9–6,7; $p < 0,001$, Anzahl STAB log-transformiert) erhöhte die Odds für die Inanspruchnahme einer STAB im Jahr 2019 jeweils um das Fünf- bis Sechsfache. Von den soziodemografischen Merkmalen war insbesondere das Alter relevant: Personen ab 65 Jahren nutzten signifikant seltener eine STAB im Vergleich zur Referenzgruppe der 18–34-Jährigen (OR = 0,4; 95%-KI: 0,2–0,7; $p = 0,003$). Der Rentenstatus war ebenfalls mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine STAB assoziiert (OR = 0,6; 95%-KI: 0,4–0,9; $p = 0,034$). Patient:innen mit hoher Komorbiditätsbelastung (EKI: 5+ im Vergleich zu 0) zeigten fast doppelt so hohe Odds für die Inanspruchnahme einer STAB (OR = 2,0; 95%-KI: 1,2–3,4; $p = 0,012$). Weitere Aspekte wie Geschlecht, Nationalität, Zeitpunkt der ersten Alkoholdiagnose, Verschreibungsanzahl von Medikamenten, Erfahrungen mit einer REHA, PK, PT oder PHARMA hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme einer STAB. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,281 rund 28,1 % der Varianz und weist damit eine moderate Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = -1.195,19 (df = 25); AIC = 2.440,38; BIC = 2.628,49).

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer qualifizierten Entzugsbehandlung

Im Modell zur Vorhersage der Inanspruchnahme einer QE-Behandlung im Jahr 2019 waren vor allem frühere Behandlungserfahrungen starke Prädiktoren: Eine Verdopplung der Anzahl vorheriger QE-Behandlungen (OR: 6,0; 95%-KI: 4,7–7,6; $p < 0,001$, Anzahl QE-Behandlungen log-transformiert) bzw. der Anzahl vorheriger STAB (OR: 5,1; 95%-KI: 4,0–6,7; $p < 0,001$, Anzahl STAB log-transformiert) erhöhte die Odds für die Inanspruchnahme einer QE-Behandlung im Jahr 2019 jeweils signifikant um das Fünf- bis Sechsfache. Von den soziodemografischen Merkmalen war insbesondere das Alter relevant: Personen ab 65 Jahren nutzten signifikant seltener eine QE-Behandlung im Vergleich zur Referenzgruppe der 18–34-Jährigen (OR: 0,41; 95%-KI: 0,2–0,8; $p = 0,004$). Der Rentenstatus war ebenfalls mit geringeren Odds für eine QE-Behandlung assoziiert (OR: 0,6; 95%-KI: 0,4–1; $p = 0,033$). Patient:innen mit hoher Komorbiditätsbelastung (EKI: 5+ im Vergleich zu 0) zeigten fast doppelt so hohe Odds für die Inanspruchnahme einer QEB (OR: 2,0; 95%-KI: 1,2–3,3; $p = 0,013$). Weitere Aspekte wie Geschlecht, Nationalität, Zeitpunkt der ersten Alkoholdiagnose, Verschreibungsanzahl von Medikamenten, Erfahrungen mit einer REHA, PK, PT oder PHARMA hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme einer QE-Behandlung. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,280 rund 28,0 % der Varianz und weist damit eine moderate Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = -1.196,00 (df = 23); AIC = 2.438,00; BIC = 2.611,06).

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer alkoholspezifischen Rehabilitation

Die Ergebnisse der Schätzung der Wahrscheinlichkeit, im Jahr 2019 eine REHA in Anspruch genommen zu haben, zeigen, dass der wichtigste Prädiktor die vorherige QE-

Behandlungserfahrung war. Ein bis zwei frühere QE-Behandlungen waren mit deutlich erhöhten Odds für die Inanspruchnahme einer alkoholspezifischen Rehabilitation verbunden (OR = 9,2; 95%-KI: 6,0–14,1; $p < 0,001$), ebenso wie drei oder mehr QEs (OR = 6,0; 95%-KI: 2,5–14,5; $p < 0,001$). Auch eine höhere Anzahl vorangegangener STAB erhöhte die Odds für eine alkoholspezifische Rehabilitation signifikant (OR = 1,2; 95%-KI: 1,0–1,4; $p = 0,008$). Von den soziodemografischen Merkmalen zeigte nur das Alter einen signifikanten Zusammenhang: Patient:innen im Alter von 65 Jahren und älter nahmen signifikant seltener eine alkoholspezifische Rehabilitation in Anspruch als die Referenzgruppe im Alter von 18–34 Jahren (OR = 0,2; 95%-KI: 0,1–0,7; $p = 0,007$). Für die anderen Altersgruppen sowie für Geschlecht, Erwerbsstatus, erstmaliges Diagnosedatum einer Alkoholkonsumstörung und Nationalität ergaben sich keine signifikanten Effekte auf die Inanspruchnahme einer REHA. Es zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge für die Komorbidität (EKI), die Verschreibungsanzahl von Medikamenten oder für vorherige Behandlungserfahrung mit weiteren Behandlungsformen. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,165 rund 16,5 % der Varianz und weist damit eine begrenzte Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = –551,87 (df = 23); AIC = 1.149,73; BIC = 1.322,79).

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme eines psychiatrischen Kurzkontakts

Im Modell zur Inanspruchnahme von PK im Jahr 2019 zeigte sich, dass insbesondere frühere Behandlungserfahrungen einen starken Einfluss hatten: Eine Verdopplung der Anzahl früherer PK erhöhte die Odds, diese Leistung erneut in Anspruch zu nehmen, um das 7,8-Fache (OR = 7,8; 95%-KI: 7,1–8,6; $p < 0,001$, Anzahl PK log-transformiert). Zusätzlich waren die Odds für eine Inanspruchnahme dieser Leistung bei Personen mit 1–2 vorausgegangenen QE-Behandlungen gegenüber keiner Behandlung doppelt so hoch (OR = 2,0; 95%-KI: 1,4–2,8; $p < 0,001$), bei drei oder mehr vorangegangenen qualifizierten Entzugsbehandlungen sogar um das 2,7-Fache erhöht (OR = 2,7; 95%-KI: 1,5–4,8; $p = 0,001$). Ebenso erhöhten frühere PHARMA-Behandlungen die Odds für die Inanspruchnahme von PK (OR = 1,1; 95%-KI: 1,0–1,2; $p = 0,047$). Eine höhere Komorbidität war ebenfalls deutlich mit einer erhöhten Inanspruchnahme von PK verbunden: Im Vergleich zur Referenzgruppe ohne Komorbidität verdoppelten (OR = 2,7; 95%-KI: 1,7–4,3; bei EKI 1-2) bzw. verdreifachten (OR = 3,5; 95%-KI: 2,2–5,6; bei EKI 3–4; OR = 3,4; 95%-KI: 2,1–5,5; bei EKI 5+; jeweils $p < 0,001$) sich die Odds mit steigendem EKI. Ein späteres Jahr der ersten Diagnose einer Alkoholkonsumstörung erhöhte die Odds für die Inanspruchnahme von PK (OR = 1,3; 95%-KI: 1,1–1,4; $p < 0,001$). Hingegen nahmen Personen ohne Pflegestatus (OR = 0,6; 95%-KI: 0,4–0,7; $p < 0,001$), ohne eine deutsche Nationalität (OR = 0,7; 95%-KI: 0,5–0,9; $p = 0,006$) oder mit häufigerer Inanspruchnahme einer PT (pro Verdopplung; OR = 0,3; 95%-KI: 0,2–0,6; $p = 0,001$, Anzahl PT log-transformiert) diese Leistung signifikant seltener in Anspruch. Andere soziodemografische Merkmale, die Verschreibungsanzahl von Medikamenten sowie frühere Behandlungserfahrungen mit STAB oder REHA zeigten keinen signifikanten Einfluss. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,53 rund 53,0 % der Varianz und weist damit eine sehr gute Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = –2.096,51 (df = 24); AIC = 4.241,01; BIC = 4.421,59).

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung

Im Modell zur Inanspruchnahme vollumfänglicher PT im Jahr 2019 zeigte sich, dass insbesondere frühere PK und PT einen zentralen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer PT haben. Patient:innen, die 1-2 PK in der Vergangenheit hatten, wiesen über neunfach erhöhte Odds für die Inanspruchnahme einer PT auf (OR = 9,1; 95%-KI: 2,9–28,7; $p < 0,001$), bei 3–7 PK lag das OR bei 5,5 (95%-KI: 1,6–19,4; $p = 0,008$) und bei 8 oder mehr PK bei 6,2 (95%-KI: 1,8–22,3; $p = 0,005$), jeweils verglichen mit keinem vorausgegangenen PK. Ein besonders starker Effekt zeigte sich für vorherige PT: Personen mit PT-Vorerfahrung nahmen diese Form der Behandlung mit stark erhöhter Wahrscheinlichkeit erneut in Anspruch (OR = 73,0; 95%-KI: 25,4–209,9; $p < 0,001$). Auch vorherige PHARMA-Behandlungen erhöhten die Wahrscheinlichkeiten geringfügig, aber signifikant (OR = 1,1; 95%-KI: 1,0–1,2; $p = 0,041$). Andere Prädiktoren, darunter Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Pflegegrad, Nationalität, Komorbidität, die Verschreibungsanzahl von Medikamenten sowie Vorerfahrungen mit anderen Behandlungsformen, zeigten keinen signifikanten Einfluss. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,385 rund 38,5 % der Varianz und weist damit eine moderate Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = -143,50 (df = 26); AIC = 339,01; BIC = 534,63).

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer pharmakologischen Behandlung

Im Modell zur Inanspruchnahme einer PHARMA-Behandlung im Jahr 2019 zeigte sich, dass frühere QE-Behandlungserfahrungen die Odds für eine Inanspruchnahme einer PHARMA-Behandlung deutlich erhöhten: Patient:innen mit 1–2 vorausgegangenen QE hatten 4,3-fach erhöhte Odds (95%-KI: 2,1–9,2; $p < 0,001$) und diejenigen mit 3 oder mehr QEs sogar 6,6-fach erhöhte Odds (95%-KI: 2,1–20,6; $p = 0,001$), im Vergleich zu Personen ohne vorausgegangene QE-Behandlungen. Am stärksten war der Einfluss vorheriger PHARMA-Behandlungen: Eine Verdopplung der Anzahl vorheriger PHARMA-Behandlungen erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Inanspruchnahme um das 11-fache (OR = 11,3; 95%-KI: 7,5–17,0; $p < 0,001$). Patient:innen ab 65 Jahren nahmen deutlich seltener eine PHARMA-Behandlung in Anspruch (OR = 0,1; 95%-KI: 0,0–0,4; $p = 0,004$) als die Referenzgruppe der Patient:innen zwischen 18-34 Jahren. Weitere Prädiktoren zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer PHARMA-Inanspruchnahme. Das Modell erklärt mit einem Nagelkerke- R^2 von 0,402 rund 40,2 % der Varianz und weist damit eine gute Modellgüte auf (Log-Likelihood (LL) = -225,82 (df = 25); AIC = 501,63; BIC = 689,73).

4.2.2 Einflussfaktoren auf die vorzeitige Beendigung

4.2.2.1 Beschreibung der Analytestichprobe

In der STAB-Gruppe (Stationäre alkoholbezogene Behandlung) wurden 1.779 Patient:innen mit insgesamt 3.811 Behandlungen, in der QE-Gruppe (Qualifizierte Entzugsbehandlung) 1.911 Patient:innen mit 3.758 Behandlungen und in der REHA-Gruppe (ambulante/stationäre Rehabilitation) 550 Patient:innen mit 672 Behandlungen berücksichtigt (Tabelle 11). Das durchschnittliche Alter lag je nach Gruppe zwischen 46,5 und 48,2 Jahren, der Männeranteil war mit rund 74 % in der STAB- und QE-Gruppe am höchsten und lag in der REHA-Gruppe bei 67 %. Der mittlere EKI-Score betrug bei Patient:innen in der STAB-Gruppe sowie QE-Gruppe etwa 3 und in der REHA-Gruppe 2,3 (Tabelle 11). Ein Pflegebedarf wurde in der STAB-Gruppe

mit 6,4 % häufiger dokumentiert als in QE-Gruppe (4,4 %) und REHA-Gruppe (0,9 %). In der STAB- und QE-Gruppe erfolgten alle Behandlungen stationär, in der REHA-Gruppe wurde ein Teil der Behandlungen auch ambulant (14,9%) oder ganztägig-ambulant (12,8%) durchgeführt. Vorangegangene Behandlungsepisoden waren insgesamt selten.

Tabelle 11: Beschreibung der Analytestichprobe anhand der Behandlungsgruppen STAB, QE und REHA

	STAB-Gruppe (n = 1.779 Patient:innen; n = 3.811 Behandlungen)	QE-Gruppe (n = 1.911 Patient:innen; n = 3.758 Behandlungen)	REHA-Gruppe (n = 550 Patient:innen; n = 672 Behandlungen)
Alter in Jahren, m (SD)	48,2 (11,9)	47,8 (11,4)	46,5 (9,4)
Geschlecht (männlich; %)	73,3	74,9	66,8
Erwerbsstatus (%)			
- Erwerbstätig	27,4	28,9	35,1
- Arbeitslos	38,0	41,3	34,8
- Rente	10,1	8,4	3
- Anderes (z. B. Flucht, Studium)	24,5	21,4	30,1
Deutsche Staatsbürgerschaft (%)	83,9	85,8	87,4
EKI¹, M (IQR)	3 (2-4)	2,9 (2-4)	2,3 (1-3)
Anzahl Medikationen², M (IQR)	0,9 (0-1)	0,9 (0-1)	0,9 (0-1)
Pflegestatus (%)	6,4	4,4	0,9

¹ innerhalb von zwei Monaten vor Behandlungsbeginn. Range: 0-30, exklusive alkoholspezifischer Diagnosen.

² Verschreibungen innerhalb eines Monats vor Behandlungsbeginn eingelöst.

³ Personen in Altersrente erhalten keine Rehabilitation über die DRV.

Abkürzungen: m = Mittelwert; IQR = Interquartilabstand; SD = Standardabweichung; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitation.

Datengrundlage ist jeweils das Subsample über den gesamten Beobachtungszeitraum 2016-2021, d.h. ein/e Patient:in kann mehr als eine Beobachtung beitragen.

4.2.2.2 Identifizierte Einflussfaktoren auf die vorzeitige Beendigung

Prädiktionsmodell für den Abbruch einer Stationären Alkoholbehandlung (STAB)

Insgesamt endeten 27,4 % der stationären alkoholbezogenen Behandlungen irregulär. Das finale Regressionsmodell enthielt die in Tabelle 8 aufgeführten Prädiktoren, ohne Interaktionen mit der Behandlungserfahrung einer STAB. Das Modell erklärte 14,5 % der Ergebnisvarianz: 6,6 % entfielen auf die Prädiktoren und 7,9 % auf die Unterschiede zwischen den Patient:innen (IKK), die durch die anderen Prädiktoren (z. B. Geschlecht, Nationalität) nicht erklärt werden konnten. Die Modellanpassung war signifikant besser als die des Nullmodells ($\chi^2(18) = 113,6$, $p < 0,001$). Die Log-Likelihood (LL) betrug -2134,6 (df = 20; AIC = 4309,11; BIC = 4434,0).

Männliche Versicherte hatten im Vergleich zu Frauen um 26,2 % erhöhte Odds, die STAB irregulär zu beenden (OR = 1,26, 95 % KI: 1,03–1,54, $p = 0,023$) (Abbildung 11). Patient:innen ohne im EKI erfasste Begleiterkrankungen zeigten ebenfalls höhere Odds für eine irreguläre Beendigung als solche mit hoher Komorbiditätslast ($EKI \geq 4$; OR = 1,58, 95 % KI: 1,11–2,27). Unbeschäftigte Patient:innen beendeten die STAB häufiger irregulär als Beschäftigte (OR =

1,34, 95 % KI: 1,08–1,66, $p = 0,008$). Das Alter war negativ mit einer irregulären Beendigung assoziiert: mit jedem Lebensjahr sanken die Odds um 2 % ($OR = 0,98$, 95 % KI: 0,97–0,99, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Behandlungshistorie zeigten sich deutliche Zusammenhänge: Patient:innen mit mindestens einer vorherigen irregulär beendeten QE-Behandlung oder STAB hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, die aktuelle STAB irregulär zu beenden (QE: $OR = 1,76$, 95 % KI: 1,35–2,30; STAB: $OR = 1,32$, 95 % KI: 1,02–1,73; $p < 0,001$ bzw. $p = 0,038$, Referenz: keine vorherigen irregulär beendeten STAB- oder QE-Episoden). Bei Patient:innen mit zwei oder mehr vorherigen irregulär beendeten QE-Behandlungen stiegen die Odds ebenfalls an ($OR = 1,53$, 95 % KI: 1,06–2,20, $p = 0,022$). Im Gegensatz dazu sank die Wahrscheinlichkeit einer irregulären Beendigung um 6,8 % mit jeder weiteren regulär abgeschlossenen STAB ($OR = 0,93$, 95 % KI: 0,88–0,99, $p = 0,016$). Darüber hinaus gab es keinen weiteren statistisch signifikanten Einfluss der Behandlungshistorie auf die Wahrscheinlichkeit einer irregulären Beendigung einer STAB.



Abbildung 11: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer stationären alkoholbezogenen Behandlung

Abgebildet sind exponenzierten Modelkoeffizienten (Odds Ratios) sowie ihre Signifikanz (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) und Konfidenzintervalle (Balken). Rot: positiv mit einer irregulären Beendigung assoziiert, Blau: negativ mit einer irregulären Beendigung assoziiert. Abkürzungen: Ref. = Referenzkategorie; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitation.

Prädiktionsmodell für Abbruch einer qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

Insgesamt wurden 17,4 % der QE irregulär beendet. Das finale Modell schloss keine Interaktionen zwischen der Behandlungserfahrung insgesamt und anderen Prädiktoren ein, da keine der getesteten Interaktionen statistisch signifikant war. Es zeigte keine auffällige Multikollinearität zwischen den Prädiktoren. Das Modell erklärte 40,8 % der Ergebnisvarianz: 7,9 % entfielen auf die festen Prädiktoren, während 32,9 % auf die Unterschiede zwischen den Patient:innen, die durch den Random Intercept abgebildet wurden, zurückgingen. Die Daten wurden durch das vollständige Modell signifikant besser erklärt als durch das Nullmodell ($\chi^2(18) = 118,6$, $p < 0,001$). Die Log-Likelihood (LL) betrug $-1606,8$ ($df = 20$); AIC = 3253,5; BIC = 3378,2.

Patient:innen, die zum Zeitpunkt der QE-Behandlung unbeschäftigt, in Rente waren oder einen anderen nicht-erwerbstätigen Status hatten (z. B. Flucht, Studium), beendeten die QE-Behandlung häufiger irregulär als Erwerbstätige (Rente: OR = 2,49, 95 % KI: 1,44–4,30, $p = 0,001$; Unbeschäftigt: OR = 1,76, 95 % KI: 1,29–2,40, $p < 0,001$; Anderes: OR = 1,54, 95 % KI: 1,07–2,21, $p = 0,020$; Referenzgruppe: Beschäftigt). Das Alter der Patient:innen war negativ mit einer irregulären Beendigung assoziiert; mit jedem zusätzlichen Lebensjahr verringerten sich die Odds um 3 % (OR = 0,97, 95 % KI: 0,95–0,98, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Behandlungshistorie hatten Patient:innen, die in der Vergangenheit mindestens eine irregulär beendete STAB aufwiesen, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, die aktuelle QE-Behandlung irregulär zu beenden (1 vorherige irregulär beendete STAB: OR = 2,74, 95 % KI: 1,84–3,48, $p < 0,001$; zwei oder mehr STAB: OR = 4,16, 95 % KI: 2,01–8,60, $p < 0,001$; Referenz: keine vorherigen irregulär beendeten stationären alkoholbezogene Behandlungen). Die Behandlungshistorie zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer irregulären Beendigung der qualifizierten Entzugsbehandlung. Auch alle anderen Prädiktoren waren ohne statistisch signifikanten Effekt (siehe Abbildung 12).

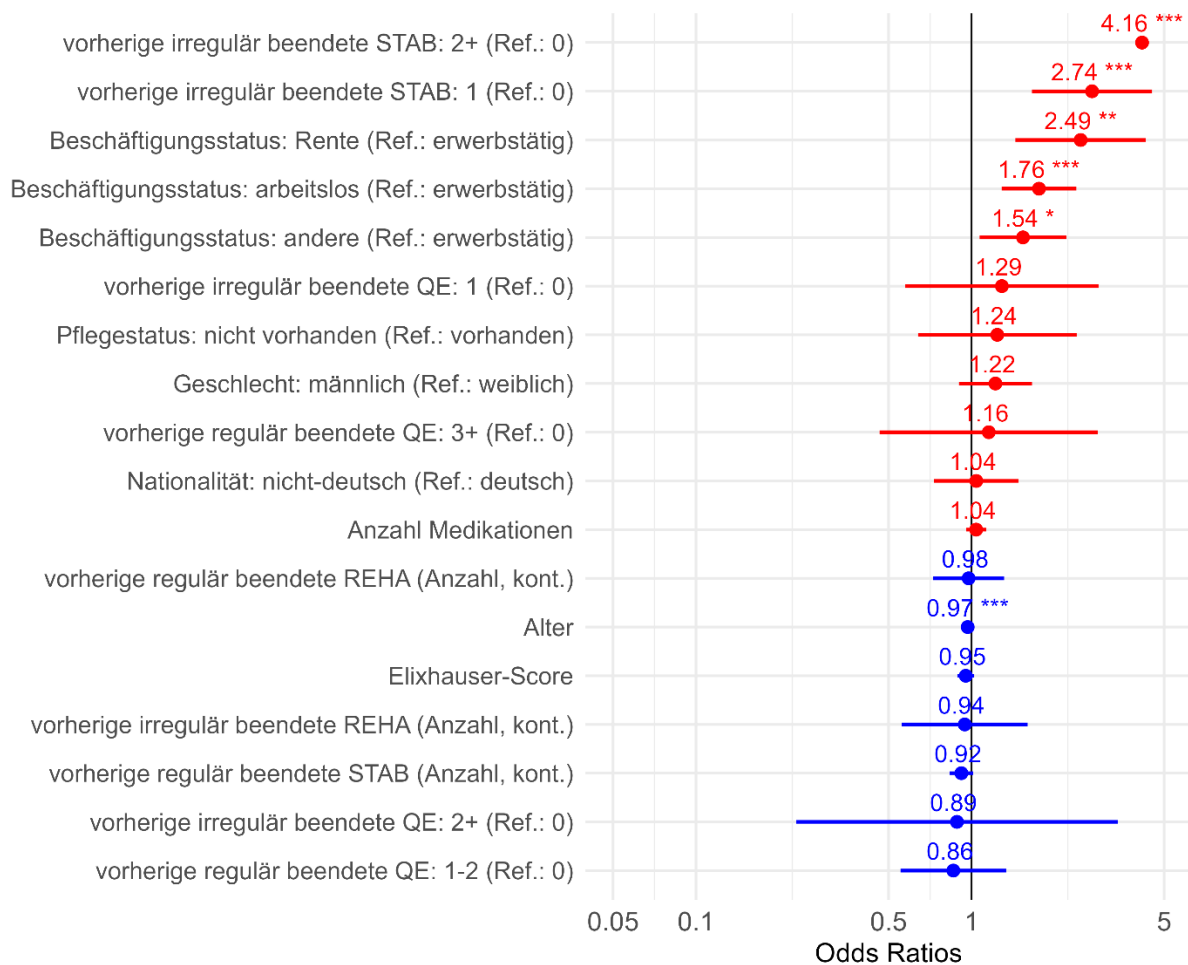


Abbildung 12: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer qualifizierten Entzugsbehandlung

Abgebildet sind exponenzierten Modelkoeffizienten (Odds Ratios) sowie ihre Signifikanz (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) und Konfidenzintervalle (Balken). Rot: positiv mit einer irregulären Beendigung assoziiert, Blau: negativ mit einer irregulären Beendigung assoziiert. Abkürzungen: Ref. = Referenzkategorie; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitation; EKI = Elixhauser-Komorbiditäts-Index

Prädiktionsmodell für Abbruch einer Rehabilitationsbehandlung (REHA)

Insgesamt wurden 25,1 % der Rehabilitationsbehandlungen irregulär beendet. Das finale Modell berücksichtigte alle Prädiktoren (vgl. Tabelle 6), außer dem Pflegegrad, da dieser nur bei sechs Patient:innen vorlag. Es wurden keine Interaktionen zwischen der Behandlungserfahrung insgesamt und anderen Prädiktoren in das Modell aufgenommen, da keine der getesteten Interaktionen statistisch signifikant war. Zwischen den Prädiktoren lag keine auffällige Multikollinearität vor. Das Modell erklärte insgesamt 13,0 % der Ergebnisvarianz: 12,0 % entfielen auf die Prädiktoren, und 1,0 % auf die Unterschiede zwischen den Patient:innen (zufällige Effekte). Die Daten wurden durch das vollständige Modell signifikant besser erklärt als durch das Nullmodell ($\chi^2(15) = 52,47$, $p < 0,001$). Die Log-Likelihood (LL) betrug -352,34 (df = 17; AIC = 738,7; BIC = 815,4).

Das Alter der Patient:innen war negativ mit einer irregulären Beendigung der Rehabilitationsbehandlung assoziiert: Mit jedem Jahr zunehmenden Alters sanken die Odds

um 3 % (OR = 0,97, 95 % KI: 0,95–0,99, $p = 0,014$). Patient:innen mit nicht-deutscher Nationalität zeigten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine irreguläre Beendigung im Vergleich zu deutschen Patient:innen (OR = 1,81, 95 % KI: 1,06–3,10, $p = 0,031$). Eine ambulante Durchführung war ebenfalls mit einer irregulären Beendigung verbunden: Die Odds waren im Vergleich zu stationärer Behandlung um das 2,13-Fache erhöht (OR = 2,13, 95 % KI: 1,22–3,70, $p = 0,008$), und im Vergleich zu ganztägig ambulanten Maßnahmen sogar um das 4,55-Fache (OR = 4,55, 95 % KI: 2,00–11,11, $p < 0,001$). Jede vorherige irregulär beendete QE erhöhte die Odds für eine irreguläre REHA-Beendigung um 82 % (OR = 1,82, 95 % KI: 1,11–2,97, $p = 0,017$). Darüber hinaus hatte die Behandlungshistorie keinen weiteren signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer irregulären Beendigung der REHA. Auch alle anderen Prädiktoren zeigten keinen statistisch signifikanten Effekt (siehe Abbildung 13).

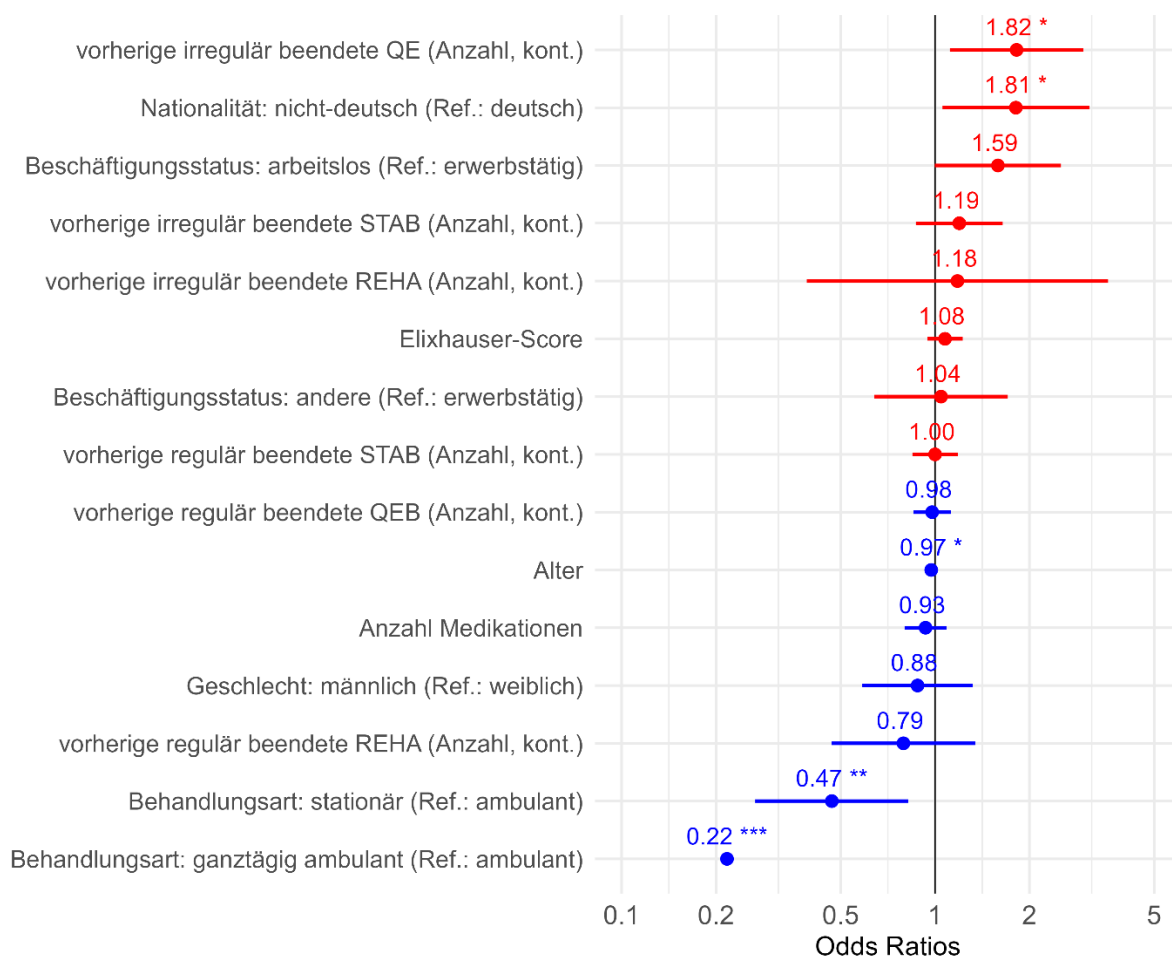


Abbildung 133: Einflussfaktoren auf irreguläre Beendigung einer Rehabilitationsbehandlung

Abgebildet sind exponenzierten Modelkoeffizienten (Odds Ratios) sowie ihre Signifikanz (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) und Konfidenzintervalle (Balken). Rot: positiv mit einer irregulären Beendigung assoziiert, Blau: negativ mit einer irregulären Beendigung assoziiert. Abkürzungen: Ref. = Referenzkategorie; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitation; EKI = Elixhauser-Komorbiditäts-Index

4.3 Fragestellung 3: Morbidität und Mortalität

Unterscheiden sich Morbidität und Mortalität zwischen Patient:innen mit verschiedenen Versorgungswegen?

Die Analysestichprobe entspricht derer der Fragestellung 1 und ist unter 4.1.1 zusammengefasst sowie im Detail unter (Manthey, Huß, et al., 2025) beschrieben.

4.3.1 Einfluss typischer Patient:innenwege auf Morbidität

4.3.1.1 Einfluss auf Krankenhausaufenthalte

Der Anteil der Patient:innen mit mindestens einer Hospitalisierung insgesamt (unabhängig von der Ursache) lag je nach Gruppe zwischen 47,2 % (keine alkoholbezogene Behandlung) und 68,2 % (stationäre Behandlung) (Tabelle 12). Die Anteile der Patient:innen mit mindestens einer Hospitalisierung ohne Alkoholbezug war insgesamt niedriger und reichte von 34,7 % (Gruppe „Qualifizierter Entzug“) bis 42,4 % (Gruppe „psychiatrische Kurzkontakte“) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anteil von Personen mit mind. einer Hospitalisierung und mittlere Anzahl an Krankenhaustagen (jeweils mit/ohne Alkoholbezug) pro Versichertengruppe

Gruppe	jegliche Hospitalisierung % (95%-CI)	Hospitalisierung ohne Alkoholbezug % (95%-CI)	Anzahl Krankenhaustage insgesamt M (IQR)	Anzahl Krankenhaustage ohne Alkoholbezug M (IQR)
0 - keine Behandlung n = 6.631	47,2 (46,0-48,5)	40,3 (39,1-41,4)	12,4 (0-9)	7,8 (0-5)
1 - psych. Kurzkontakte n = 1.267	51,1 (48,4-53,9)	42,4 (39,7-45,1)	16,7 (0-12)	9,3 (0-5)
2 - stat. Behandlung n = 255	68,2 (62,3-73,6)	41,2 (35,3-47,3)	21,0 (0-22,5)	7,8 (0-5,5)
3 - Qualifizierter Entzug n = 597	66,0 (62,1-69,7)	34,7 (31,0-38,6)	25,8 (1-32)	5,6 (0-3)
4 - Rehabilitation n = 366	64,8 (59,7-69,5)	37,2 (32,4-42,2)	23,8 (0-25)	7,4 (0-3)
5 - Suchtberatung n = 267	53,9 (47,9-59,8)	40,4 (34,7-46,4)	13,9 (0-9,5)	6,7 (0-2)
6 - Gemischt n = 108	59,3 (49,8-68,1)	38,0 (29,4-47,4)	24,2 (0-26,3)	6,4 (0-3,3)

Abkürzungen: n = Gruppengröße; CI = Konfidenzintervall; M = Mittelwert; IQR = Interquartilabstand

Die deskriptiven Analysen für die Anzahl jeglicher Hospitalisierungen (Hauptanalyse) zeigen, dass in den Gruppen „Stationäre Behandlung“ (21 Tage), „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ (25,8 Tage) und „Gemischt“ (24,2 Tage), also diejenigen mit hohem Anteil stationärer

Alkoholbehandlungen, auch die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen am größten ist (Tabelle 12, Abbildung 14). Die geringste Anzahl von Hospitalisierungen wurde in der Referenzgruppe (Gruppe 0 – „keine Behandlung“) und Gruppe 5 („Suchtberatung“) beobachtet. Eine sehr ähnliche Verteilung zeigte sich auch in der Anzahl der Tage im Krankenhaus.

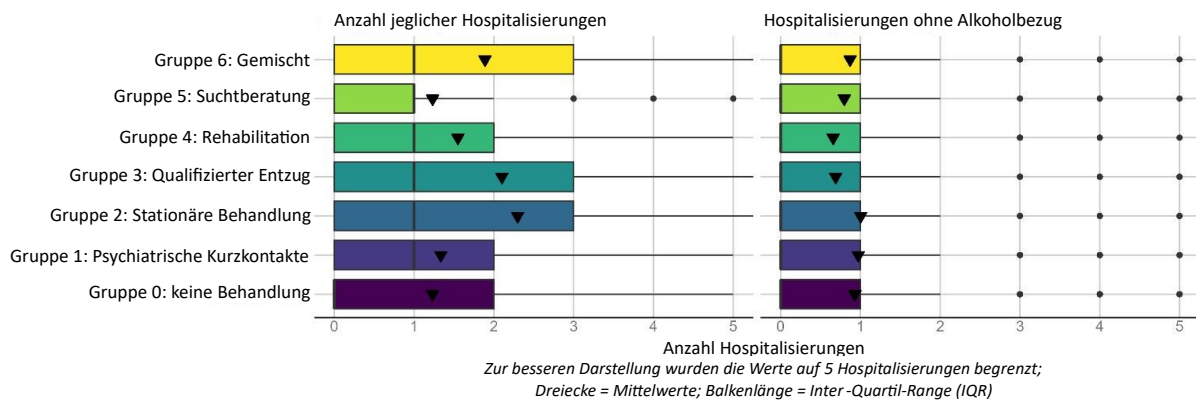


Abbildung 14: Anzahl jeglicher Hospitalisierungen sowie Anzahl an Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug

Für die Anzahl an Hospitalisierungen (jegliche Ursache) bzw. die Anzahl an Tagen im Krankenhaus ohne Alkoholbezug zeigen sich unterschiedliche Muster: Personen in den Gruppen mit hohen Anteilen einer qualifizierten Entzugsbehandlung (Gruppe 3 und 6) sowie der Gruppe „Suchtberatung“ zeigten eine geringere Anzahl an Krankenhaustagen ohne Alkoholbezug (Tabelle 12; Abbildung 15).

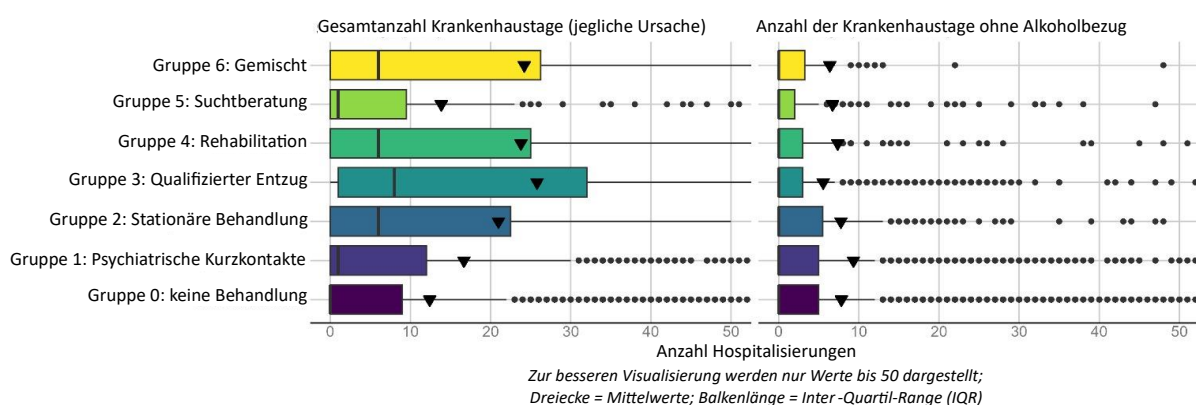


Abbildung 15: Anzahl der Krankhaustage (insgesamt) und ohne Alkoholbezug

Auch nach Kontrolle für verschiedene mögliche konfundierende Variablen wird deutlich, dass Personen mit einer Inanspruchnahme jeglicher alkoholbezogener Behandlung grundsätzlich häufiger hospitalisiert werden als diejenigen ohne eine solche Behandlung (Referenzgruppe) (Tabelle 13) und auch mehr Tage im Krankenhaus verbringen (Tabelle 14). Die stärksten Effekte auf die Hospitalisierungsrate zeigen sich für die Gruppen „Stationäre Behandlung“ (IRR

im Vergleich zu keiner Behandlung: 2,20) sowie „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ (IRR: 2,08). Personen in einer dieser beiden Gruppen hatten geschätzt mehr als doppelt so viele Hospitalisierungen (jegliche Ursache) wie Personen ohne eine alkoholbezogene Behandlung (Tabelle 13). Auch der Elixhauser-Summenscore zeigte einen starken, kontinuierlichen Effekt auf die Anzahl der Hospitalisierungen (IRR: 1,19 bzw. 1,23): Mit jedem zusätzlichen Punkt im Elixhauser-Score stieg die geschätzte Hospitalisierungsrate um 19 % bzw. 23 %. Die Modellgüte war mit Nagelkerke-R²-Werten von 0,135 und 0,147 begrenzt.

Tabelle 13: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an Hospitalisierungen

Predictors	Anzahl jegliche Hospitalisierung			Anzahl Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug		
	IRR	CI	p	IRR	CI	p
(Intercept)	0,76	0,68 – 0,86	<0,001	0,53	0,46 – 0,60	<0,001
Geschlecht: männlich	0,96	0,90 – 1,03	0,276	0,94	0,87 – 1,01	0,112
Altersgruppe 35-54 Jahre	0,79	0,71 – 0,88	<0,001	0,77	0,68 – 0,87	<0,001
Altersgruppe 55-64 Jahre	0,78	0,70 – 0,88	<0,001	0,85	0,74 – 0,97	0,019
Altersgruppe 65-96 Jahre	0,98	0,86 – 1,11	0,741	1,11	0,95 – 1,28	0,187
Elixhauser-Summenscore	1,19	1,17 – 1,21	<0,001	1,23	1,21 – 1,25	<0,001
Erwerbstätigkeit (Referenz: Erwerbstätig): Arbeitslos	1,28	1,19 – 1,39	<0,001	1,18	1,08 – 1,29	<0,001
In Rente	1,30	1,19 – 1,42	<0,001	1,20	1,08 – 1,32	<0,001
Sonstiges (z. B. Studium)	1,47	1,33 – 1,62	<0,001	1,29	1,16 – 1,45	<0,001
Psychiatrische Kurzkontakte	1,19	1,08 – 1,30	<0,001	1,18	1,06 – 1,31	0,002
Stationäre Behandlung	2,20	1,86 – 2,63	<0,001	1,36	1,11 – 1,68	0,004
Qual. Entzugsbehandlung	2,08	1,85 – 2,35	<0,001	1,00	0,86 – 1,16	0,967
Rehabilitation	1,65	1,41 – 1,93	<0,001	1,00	0,82 – 1,21	0,969
Suchtberatung	1,20	1,00 – 1,45	0,052	1,09	0,88 – 1,35	0,440
Gemischt	1,88	1,44 – 2,48	<0,001	1,16	0,84 – 1,62	0,361
Beobachtungen	9,491			9,491		
R² Nagelkerke	0,135			0,147		
Log-Likelihood	-14577			-11840		
Freiheitsgrade	16			16		
AIC/BIC:	29185/29300			23712/23826		

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio (Inzidenz-Raten-Verhältnis); CI = Konfidenzintervall; p = p-Wert (statistische Signifikanz hervorgehoben); R² = Anteil der Variabilität der abhängigen Variable; AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion

Im Vergleich zu keiner Behandlung zeigten sich die stärksten Effekte in Bezug auf die Länge im Krankenhaus für die Gruppe „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ (IRR: 1,46), „Rehabilitation“ (IRR: 1,46) und „Gemischt“ (IRR: 1,66) (Tabelle 14). Personen in einer dieser Gruppen hatten entsprechend gegenüber nicht behandelten Personen eine um 46–66 % erhöhte Krankenhausverweildauer. Auch Personen in der Gruppe „Psychiatrische Kurzkontakte“ wiesen einen deutlichen Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl an Krankenhaustagen (IRR: 1,33) auf (Tabelle 14). Die Modelle wiesen mit R²-Werten von 0,955 bzw. 0,935 eine sehr hohe Güte auf; die adjustierten R²-Werte entsprachen jeweils den unadjustierten Werten.

Tabelle 14: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an Krankenhaustagen

	Anzahl Krankenhaustage Insgesamt (zero-infl model)			Anzahl Krankenhaustage ohne Alkoholbezug (zero-infl model)		
Count - Component						
Predictors	IRR	CI	p	IRR	CI	p
(Intercept)	20,73	17,28 – 24,88	<0,001	11,21	8,77 – 14,32	<0,001
Geschlecht, männlich	0,89	0,80 – 0,98	0,020	0,86	0,76 – 0,97	0,019
Altersgruppe 35-54 Jahre	0,70	0,59 – 0,82	<0,001	0,46	0,37 – 0,58	<0,001
Altersgruppe 55-64 Jahre	0,61	0,51 – 0,73	<0,001	0,44	0,35 – 0,56	<0,001
Altersgruppe 65-96 Jahre	0,64	0,53 – 0,77	<0,001	0,48	0,37 – 0,62	<0,001
Elixhauser-Summenscore	1,09	1,06 – 1,11	<0,001	1,20	1,16 – 1,23	<0,001
Erwerbstätigkeit (Referenz: Erwerbstätig): Arbeitslos	1,18	1,05 – 1,33	0,005	1,25	1,08 – 1,46	0,004
In Rente	1,33	1,17 – 1,52	<0,001	1,32	1,13 – 1,54	0,001
Sonstiges (z. B. Studium)	1,29	1,11 – 1,50	0,001	1,19	0,98 – 1,45	0,079
Psychiatrische Kurzkontakte	1,33	1,15 – 1,53	<0,001	1,25	1,05 – 1,48	0,012
Stationäre Behandlung	1,27	0,99 – 1,63	0,062	1,22	0,85 – 1,77	0,278
Qual. Entzugsbehandlung	1,46	1,24 – 1,71	<0,001	1,00	0,77 – 1,30	0,974
Rehabilitation	1,46	1,18 – 1,80	<0,001	1,19	0,87 – 1,64	0,281
Suchtberatung	1,02	0,78 – 1,35	0,877	0,94	0,66 – 1,34	0,718
Gemischt	1,66	1,12 – 2,46	0,011	1,08	0,61 – 1,90	0,795
Zero-Inflated Component						
Predictors	IRR	CI	p	IRR	CI	p
(Intercept)	0,88	0,68 – 1,14	0,337	0,56	0,38 – 0,83	0,004
Geschlecht, männlich	1,17	1,00 – 1,38	0,057	1,32	0,98 – 1,76	0,064
Altersgruppe 35-54 Jahre	0,98	0,78 – 1,22	0,834	0,91	0,67 – 1,24	0,554
Altersgruppe 55-64 Jahre	0,72	0,57 – 0,92	0,009	0,48	0,32 – 0,70	<0,001
Altersgruppe 65-96 Jahre	0,36	0,27 – 0,49	<0,001	0,00	0,00 – Inf	0,975
Erwerbstätigkeit (Referenz: Erwerbstätig): Arbeitslos	0,66	0,56 – 0,78	<0,001	0,71	0,54 – 0,92	0,011
In Rente	0,57	0,45 – 0,72	<0,001	0,34	0,17 – 0,70	0,003
Sonstiges (z. B. Studium)	0,67	0,54 – 0,84	0,001	0,79	0,55 – 1,11	0,174
Psychiatrische Kurzkontakte	0,81	0,66 – 0,99	0,035	0,80	0,55 – 1,16	0,230
Stationäre Behandlung	0,16	0,06 – 0,42	<0,001	0,90	0,45 – 1,78	0,754
Qual, Entzugsbehandlung	0,00	0,00 – inf*	0,975	1,15	0,76 – 1,73	0,503
Rehabilitation	0,09	0,03 – 0,30	<0,001	0,88	0,52 – 1,49	0,632
Suchtberatung	0,53	0,34 – 0,83	0,006	0,65	0,31 – 1,40	0,274
Gemischt	0,30	0,12 – 0,74	0,009	1,03	0,41 – 2,60	0,944
Beobachtungen	9491			9491		
R ² / R ² adjusted	0,955/0,955			0,935/0,935		
Log-Likelihood	-26632			-20428		
Freiheitsgrade	30			30		
AIC/BIC:	53324/53539			40916/41130		

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio (Inzidenz-Raten-Verhältnis); CI = Konfidenzintervall; p = p-Wert (statistische Signifikanz hervorgehoben); R² = Anteil der Variabilität der abhängigen Variable; AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion; * inflated: Überschuss an Nullwerten, der nicht durch eine übliche Verteilung erklärt werden kann.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahl solcher Hospitalisierungen im Allgemeinen nicht zwischen Personen mit und ohne alkoholbezogene Behandlung unterscheidet. Die Regressionsanalysen deuten jedoch darauf hin, dass die Anzahl der Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug in den Gruppen 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“; IRR: 1,18) und 2 („Stationäre Behandlung“; IRR: 1,36) leicht erhöht ist. Zudem verbrachte Gruppe 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“) auch eine etwas größere Anzahl von Tagen im Krankenhaus ohne Alkoholbezug (IRR: 1,25) (Tabelle 14).

4.3.1.2 Einfluss auf ambulante Fachärzt:innenkontakte

Für die Hauptzielvariable (Anzahl ambulante Fachärzt:innenkontakte insgesamt) zeigte sich in den deskriptiven Auswertungen, dass bei der Gruppe „Psychiatrische Kurzkontakte“ die durchschnittliche Anzahl an ambulanten Fachärzt:innenkontakte am größten ist (M= 22,1) (Tabelle 15; Abbildung 16). In Gruppe „Gemischt“, der Gruppe mit einer Mischung unterschiedlicher Alkoholbehandlungen, ist die Anzahl der ambulanten Kontakte ebenfalls leicht erhöht (m=19,2). In allen anderen Gruppen war die Anzahl an ambulanten Fachärzt:innenkontakten vergleichbar. Ein ähnliches Muster zeigt sich in der Anzahl der ambulanten Fachärzt:innenkontakte ohne Alkoholbezug, jedoch zeigt sich hier keiner erhöhte Inanspruchnahme unter den Personen der Gruppe „Gemischt“ (Tabelle 15; Abbildung 16)

Tabelle 15: Durchschnittliche Anzahl an ambulanten Fachärzt:innenkontakten

Gruppe	Anzahl ambulante Fachärzt:innenkontakte	
	insgesamt M (IQR)	mit Alkoholbezug M (IQR)
0 - keine Behandlung n = 6.631	16,1 (9-21)	10,6 (3-15)
1 - psych. Kurzkontakte n = 1.267	22,1 (13-28)	13,6 (5-19)
2 - stat. Behandlung n = 255	14,8 (8-19)	9,2 (3-12)
3 - Qualifizierter Entzug n = 597	15,9 (9-21)	8,7 (3-12)
4 - Rehabilitation n = 366	16,9 (10-22)	9,6 (4-13)
5 - Suchtberatung n = 267	16,7 (9-22)	10,6 (4-14)
6 - Gemischt n = 108	19,2 (12-24)	9,9 (4-14)

Abkürzungen: M = Mittelwert; IQR = Interquartilabstand

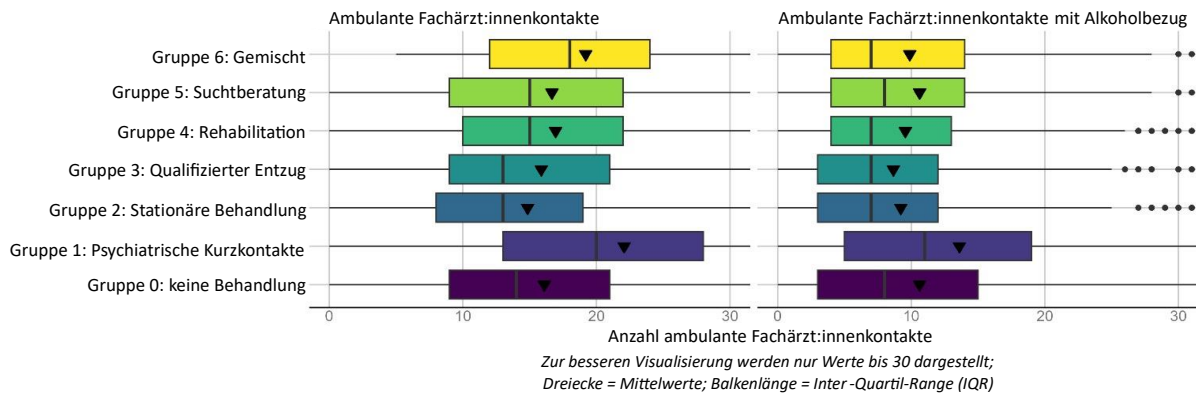


Abbildung 16: Anzahl ambulante Fachärzt:innenkontakte insgesamt und mit Alkoholbezug

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen, dass auch nach Kontrolle für soziodemografische Merkmale sowie die Morbidität vor der Diagnose der Alkoholkonsumstörung unterschiedliche Behandlungswege im Zusammenhang mit dem ambulanten Inanspruchnahmeverhalten stehen (Tabelle 16). Nach Adjustierung auf potenzielle Störfaktoren zeigt sich die Tendenz, dass bei Personen mit einer alkoholbezogenen Behandlung insgesamt mehr ambulante Fachärzt:innenkontakte dokumentiert wurden (Hauptanalyse) (Tabelle 16). Die höchste ambulante Inanspruchnahme von Leistungen wurde in Gruppe 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“) beobachtet (IRR im Vergleich zu keiner Behandlung: 1,44). Für Personen in Gruppe 2 („Stationäre Behandlung“) ergab sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zur Gruppe ohne Behandlung (IRR 1,05). Beschränkt man die Analyse auf ambulante Kontakte ohne Alkoholbezug (Sensitivitätsanalyse), sind die Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Alkoholbehandlung insgesamt gering. Leicht erhöhte Werte zeigen sich lediglich für Personen in Gruppe 1 („Psychiatrische Kurzkontakte“) und Gruppe 5 („Suchtberatung“) (Tabelle 16). Die moderate Modellgüte lag bei Nagelkerke-R²-Werten von 0,359 und 0,210.

Tabelle 16: Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Anzahl an ambulanten Kontakten

Predictors	Anzahl ambulante Kontakte			Anzahl ambulante Kontakte ohne Alkoholbezug		
	IRR	CI	p	IRR	CI	p
(Intercept)	13,13	12,57 – 13,71	<0,001	10,53	9,84 – 11,27	<0,001
Geschlecht, männlich	0,83	0,81 – 0,85	<0,001	0,75	0,72 – 0,78	<0,001
Altersgruppe 35-54 Jahre	0,96	0,93 – 1,00	0,064	0,81	0,76 – 0,86	<0,001
Altersgruppe 55-64 Jahre	1,02	0,98 – 1,07	0,320	0,83	0,78 – 0,89	<0,001
Altersgruppe 65-96 Jahre	1,06	1,01 – 1,11	0,027	0,84	0,78 – 0,91	<0,001
Elixhauser-Summenscore	1,14	1,13 – 1,14	<0,001	1,17	1,15 – 1,18	<0,001
Erwerbstätigkeit (Referenz: Erwerbstätig): Arbeitslos	0,97	0,94 – 0,99	0,016	0,93	0,89 – 0,98	0,002
In Rente	1,02	0,99 – 1,06	0,175	1,01	0,96 – 1,07	0,628
Sonstiges (z. B. Studium)	1,05	1,01 – 1,09	0,008	1,00	0,94 – 1,06	0,899
Psychiatrische Kurzkontakte	1,44	1,39 – 1,49	<0,001	1,34	1,27 – 1,41	<0,001

	Anzahl ambulante Kontakte			Anzahl ambulante Kontakte ohne Alkoholbezug		
<i>Predictors</i>	<i>IRR</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>	<i>IRR</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>
Stationäre Behandlung	1,05	0,98 – 1,13	0,149	1,00	0,89 – 1,12	0,962
Qual. Entzugsbehandlung	1,15	1,09 – 1,20	<0,001	0,96	0,89 – 1,03	0,265
Rehabilitation	1,24	1,17 – 1,32	<0,001	1,07	0,97 – 1,18	0,159
Suchtberatung	1,19	1,11 – 1,28	<0,001	1,16	1,05 – 1,30	0,005
Gemischt	1,30	1,17 – 1,44	<0,001	1,01	0,86 – 1,20	0,910
Beobachtungen	9491			9491		
R ² Nagelkerke	0,359			0,210		
Log-Likelihood	-33422			-31681		
Freiheitsgrade	16			16		
AIC/BIC:	66876/66990			63395/63510		

Abkürzungen: IRR = Incidence Rate Ratio (Inzidenz-Raten-Verhältnis); CI = Konfidenzintervall; p = p-Wert, Schwelle für statistische Signifikanz; AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion

4.3.1.3 Einfluss auf Mortalität

In den Routinedaten waren insgesamt 66 Todesfälle dokumentiert, der Großteil (n = 49) in der Gruppe 0 - „Keine alkoholbezogene Behandlung“. Aufgrund der geringen Fallzahl konnten keine belastbaren statistischen Auswertungen vorgenommen werden.

4.4 Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe

Welche Effekte zeigen prototypische Verläufe auf vermeidbare Hospitalisierungen?

4.4.1 Beschreibung der Analysestichprobe

In den jeweiligen Behandlungsgruppen waren die Patient:innen durchschnittlich im mittleren Alter, überwiegend männlich und überwiegend erwerbstätig oder arbeitslos (Tabelle 17). Mehr als die Hälfte der Patient:innen erhielt ihre erste alkoholbezogene Diagnosestellung im Jahr 2017. In allen Gruppen lag die mediane Anzahl zusätzlicher komorbider Diagnosen 12 Monate vor der Erstdiagnose der Alkoholkonsumstörung bei 2. Die Behandlungsdauer war in der Rehabilitationsgruppe am längsten (21 Tage QE plus 105 Tage Reha), gefolgt von QE (15 Tage) und STAB (8 Tage) (Tabelle 17). Nach statistischer Gewichtung waren die Gruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, der Erwerbstätigkeit und der Komorbiditäten vergleichbar.

Tabelle 17: Beschreibung der (ungewichteten) Analytestichprobe

	STAB (n = 306)	QE (n = 487)	REHA (n = 101)
Alter bei der AUD-Diagnose m, (SD)	49 (12,64)	48,26 (12,11)	45,63 (10,78)
Männlich, n (%)	227 (74,2)	347 (71,3)	69 (68,3)
Erwerbsstatus, n (%)			
- Erwerbstätig	106 (34,6)	191 (39,2)	47 (46,5)
- Arbeitslos	113 (36,9)	169 (34,7)	31 (30,7)
- Sonstiges (z. B. berentet)	87 (28,4)	127 (26,1)	23 (22,8)
Jahr der AUD-Diagnosestellung, n (%)			
- 2017	154 (50,3)	286 (58,7)	59 (58,4)
- 2018	45 (14,7)	93 (19,1)	23 (22,8)
- 2019	67 (21,9)	56 (11,5)	13 (12,9)
- 2020	40 (13,1)	52 (10,7)	6 (5,9)
EKI im 12-Monats-Rückblick, Median (IQR)	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-3)
Anzahl der Tage zwischen AUD-Diagnose und Behandlung, Median (IQR)	68 (36-185)	80 (32,5-186)	68 (37-136)
Anzahl Behandlungstage Median (IQR)	8 (6-15)	15 (10-21)	QE: 21 (12-21) REHA: 105 (86-112)
Zwei oder mehr IATs innerhalb von 12 Monaten nach erster AUD-Diagnose, n (%)	53 (17,3)	19 (3,9)	2 (2,0)

Ungewichtete Daten. Abkürzungen: AUD = Alcohol use disorder/Alkoholkonsumstörung; CI = Konfidenzintervall; IQR = Interquartilsabstand; SD = Standardabweichung, STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; Reha = Rehabilitationsbehandlung.

4.4.2 Effekte einer anschließenden Rehabilitation auf die Re-Hospitalisierung

Abbildung 17 zeigt die gewichtete Verteilung der stationären Aufenthalte für die drei Behandlungsgruppen: (a) auf Basis aller Diagnosen; (b) auf Basis alkoholspezifischer Diagnosen. Die Patient:innen, die eine STAB erhielten, hatten eine mediane Zahl von einem stationären Aufenthalt in der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit, mit einer medianen Dauer von 3 Tagen (IQR: 0–19). Dies entspricht den Patient:innen, die nur QE erhielten (ein Aufenthalt, IQR: 0–2, mediane Dauer: 4 Tage, IQR: 0–24), jedoch ist die Behandlungsdauer niedriger im Vergleich zu Patient:innen, die sowohl QE als auch eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nahmen (keine Aufenthalte, IQR: 0–1, Median: null Tage, IQR: 0–6).

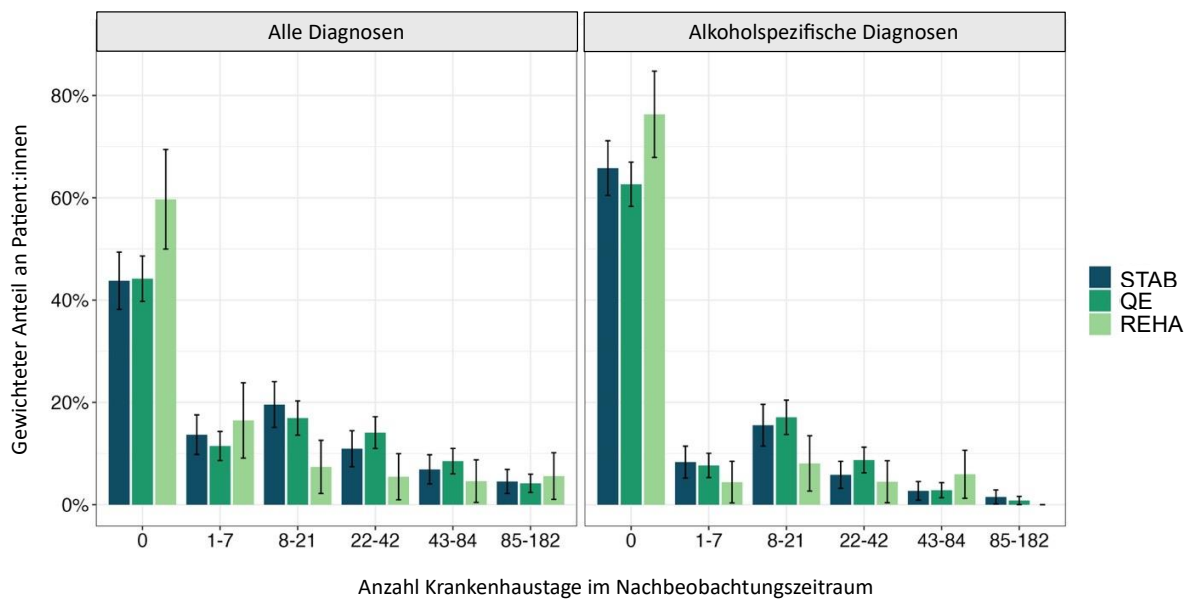


Abbildung 177: Gewichtete, unadjustierte Verteilungen der Krankenhaustage während der 12-monatigen Nachbeobachtung.

Fehlerbalken stellen das 95 %-Konfidenzintervall dar. Abkürzungen: STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; REHA = an QE anschließende Rehabilitationsmaßnahme

Die adjustierte Regressionsanalyse (Tabelle 18) zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der STAB- und der QE-Gruppe (alle p-Werte > 0,50). Allerdings war die Inanspruchnahme einer nachfolgenden Rehabilitationsbehandlung mit signifikant höheren Odds verbunden, während der Nachbeobachtungszeit nicht hospitalisiert gewesen zu sein, im Vergleich zu QE ohne Rehabilitationsbehandlung (d.h., null Tage im Krankenhaus; $p = 0,022$). Zur vereinfachten Interpretation kann das Inverse des OR angewandt werden: Da eine $OR = 1,84$ die Wahrscheinlichkeit für eine Nicht-Hospitalisierung beschreibt, deutet das inverse OR ($1/1,84 \approx 0,54$; CI: 0,34 – 0,87) darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung bei Eintritt in die Rehabilitationsbehandlung nach QE um circa 46 % reduziert ist. Pro zusätzlichem Tag zwischen Diagnosestellung und Beginn der Behandlung erhöhen sich die Odds einer späteren Hospitalisierung um 0,3 % (inverses OR = $1/0,997 \approx 1,003$; CI: 1,002 – 1,005). Bei tatsächlicher Hospitalisierung zeigte sich kein Unterschied in der Dauer des stationären Aufenthalts ($p > 0,050$). Diese Ergebnisse sind stabil, wenn Patient:innen mit unregelmäßigem Entlassungsverlauf ausgeschlossen wurden.

Tabelle 18: Ergebnisse der Zero-Inflated-Negative-Binomial-Regressionsmodelle

	Zero-inflated component		Count component	
	OR (95% CI)	Robust 95% CI	IRR (95% CI)	Robust 95% CI
Primärer Endpunkt: Diagnoseunabhängige Hospitalisierung				
Behandlungsform (Referenz: QE)				
STAB	1,08 (0,77-1,51)	0,75-1,53	0,97 (0,77-1,22)	0,73-1,26
REHA	1,84 (1,15-2,95) *	1,12-3,05	0,99 (0,67-1,47)	0,55-1,53
Zeitspanne zw. Alkoholdiagnose und Behandlungsbeginn	0,997 (0,995-0,998) ***	0,995-0,998	1,000 (0,999-1,001)	0,998-1,001
Zwei oder mehr STAB-Aufenthalte (Referenz: keiner/einer)	0,34 (0,17-0,71) **	0,13-0,65	1,13 (0,80-1,59)	0,80-1,55
Log-Likelihood:	-2748			
Freiheitsgrade:	11			
AIC/BIC	5517,763 / 5570,516			
Sekundärer Endpunkt: Alkoholspezifische Hospitalisierung				
Behandlungsform (Referenz: QE)				
STAB	1,34 (0,97-1,86)	0,97-1,90	1,03 (0,80-1,32)	0,73-1,39
REHA	1,87 (1,13-3,10) *	1,12-3,252	1,42 (0,92-2,20)	0,77-2,23
Zeitspanne zw. Alkoholdiagnose und Behandlungsbeginn	0,997 (0,996-0,999) ***	0,996-0,999	0,999 (0,998-1,000)	0,998-1,000
Zwei oder mehr STAB-Aufenthalte (Referenz: keiner/einer)	0,31 (0,18-0,55) ***	0,17-0,54	1,14 (0,81-1,59)	0,73-1,68
Log-Likelihood:	-1832			
Freiheitsgrade:	11			
AIC/BIC	3686,443 / 3739,196			

Abkürzungen: OR = Odds Ratio; CI = Konfidenzintervall; IRR = Inzidenz-Raten-Verhältnis; QE = qualifizierte Entzugsbehandlung; STAB = Stationäre Alkoholbehandlung; Reha = Rehabilitation; AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion; *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Die Zero-Inflated-Negative-Binomial-Regressionsmodelle berücksichtigten die Ausgleichsgewichte. Die zero-inflated Komponente: Odds Ratio (OR) für das Nicht-Rehospitalisierung während der Nachbeobachtung. Die Zählkomponente: Inzidenz-Raten-Verhältnis (IRR) für die Anzahl der Krankenhaus-Tage. Robuste Standardfehler wurden mittels Bootstrapping mit 1.500 Replikationen geschätzt. Für alle Ursachen: Theta = 0,71; für alkoholbezogene Hospitalisationen: Theta = 0,99.

Für alkoholbezogene Hospitalisierungen innerhalb der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit lag die mediane Zahl der Aufenthalte bei null, mit einer medianen Aufenthaltsdauer von null

Tagen in allen drei Gruppen (IQRs für Aufenthalte: STAB: 0–1, QE: 0–1, Reha: 0–0; IQRs für Tage im Krankenhaus: STAB: 0–8, QE: 0–10, Reha: 0–0).

Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied in den Odds oder in der Anzahl der Tage mit alkoholbezogenen Krankenhausaufenthalten zwischen der STAB- und der QE-Gruppe (alle p-Werte > 0,50, Tabelle 18). Allerdings waren die Odds, in der Nachbeobachtungszeit keine alkoholbezogenen Tage im Krankenhaus zu verbringen, bei Patient:innen in der QE-Gruppe mit zusätzlicher Rehabilitationsmaßnahme signifikant höher als bei Patient:innen, die nur QE erhielten ($p = 0,032$). Das inverse Odds Ratio zeigt, dass die Aufnahme einer Reha nach QE die Chancen auf eine alkoholbezogene Hospitalisierung um 47 % verringert ($OR = 1/1,87 \approx 0,53$; CI: 0,32–0,88) (Tabelle 18). Mit jedem zusätzlichen Tag zwischen Diagnosestellung und Behandlung steigen die Odds für eine alkoholbezogene Hospitalisierung nach Behandlung um 0,3 % ($OR = 1,003$; CI: 1,001–1,004). Bei Patient:innen, die wegen alkoholbezogener Ursachen hospitalisiert waren, bestanden keine signifikanten Unterschiede in der Dauer des Krankenhausaufenthalts zwischen den Gruppen. Das Ausschließen von Patient:innen mit unregelmäßigem Entlassungsverlauf führte zu vergleichbaren Ergebnissen, wobei die Effektstärken für die Rehabilitationsmaßnahme in der Null-Komponente etwas höher lagen ($OR = 2,04$, 95 % CI: 1,16–3,53). Die geschätzten Theta-Parameter von 0,71 bzw. 0,99 weisen auf eine Überdispersion der Daten hin und stützen damit die Verwendung eines Zero-Inflated-Negative-Binomial-Modells.

4.4.3 Effekte einer Erhöhung der Anzahl von anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen

Abbildung 18 zeigt die geschätzten Anteile der AUD-Patient:innen ohne Wiedereinweisung innerhalb der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit, falls 20 %, 35 % oder 50 % der Patient:innen eine Rehabilitationsbehandlung in Anspruch nehmen würden. Im Referenzszenario wurden 45,8 % (95 % CI: 42,6–48,9 %) der insgesamt 894 Patient:innen, die eine Behandlung erhielten, während der Nachbeobachtung weder stationär behandelt noch alkoholbezogen hospitalisiert. Dieser Anteil stieg in Szenarien, in denen jede zweite Patient:in in STAB oder QE eine Reha erhielt, auf bis zu 50,7 % (95 % CI: 47,5–53,9 %) bzw. 69,2 % (95 % CI: 66,2–72,1 %). Es wurde geschätzt, dass durch eine erhöhte Reha-Inanspruchnahme bei 44 zusätzliche Patient:innen (allgemein) und bei 35 Patient:innen (alkoholbezogen) eine Hospitalisierung in der Nachbeobachtungszeit vermieden werden könnten. Bei durchschnittlich 19 stationären Tagen bei Re-Hospitalisierung wegen aller und 15 Tagen bei alkoholbezogenen Ursachen könnten dadurch 836 bzw. 525 stationäre Tage vermieden werden.

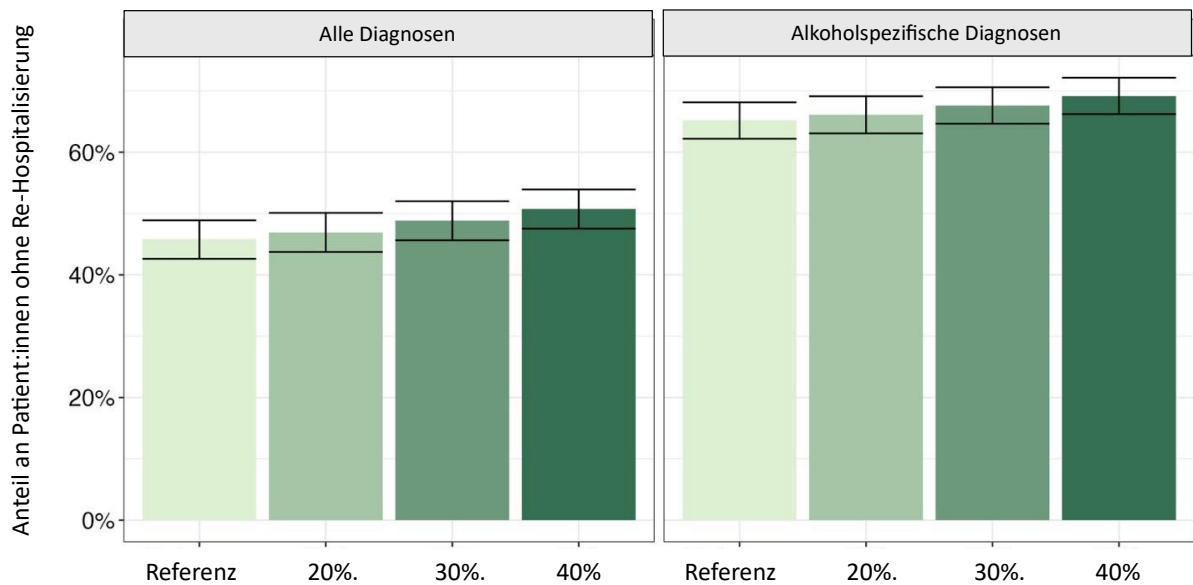


Abbildung 188: Geschätzter Anteil von AUD-Patient:innen ohne Krankenhaustage im 12-monatigen Follow-up unter verschiedenen Modellierungsszenarien: Referenz (11 %), sowie Szenarien mit 20 %, 35 % und 50 % der AUD-Patienten mit Rehabilitationsbehandlung

4.5 Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie

Zeigen sich Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen?

4.5.1 Beschreibung der Analytestichprobe

Im Zeitraum zwischen 2016 und 2021 wurden insgesamt 5.671 Patientinnen und Patienten in Behandlung wegen Alkoholkonsumstörungen erfasst. Die Stichprobe bestand aus 1.796 Frauen (31,7 %) und 3.875 Männern (68,3 %). Im Jahr 2020 lag das Durchschnittsalter in der Stichprobe bei 52,5 Jahren (Median: 53 Jahre; IQR: 43 bis 61 Jahre).

Über den Beobachtungszeitraum von sechs Jahren nahmen 3.096 Patient:innen im Rahmen mit einer Alkoholkonsumstörung mindestens einen psychiatrischen Kurzkontakt in Anspruch, 112 Patient:innen mindestens eine ambulante Psychotherapie. Außerdem wurde bei 272 Patient:innen mindestens eine ambulant verordnete alkoholspezifische pharmakologische Behandlung dokumentiert. Insgesamt traten 1.790 Patient:innen eine körperliche Entzugsbehandlung an, 1.921 Patient:innen eine qualifizierte Entzugsbehandlung. 525 Patient:innen nahmen an mindestens einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, 564 an einer stationären Rehabilitationsbehandlung für AUD teil. In den Jahren 2016 bis 2019 variierte die Anzahl der in Behandlung befindlichen Personen zwischen 2.159 und 2.246.

4.5.2 Jegliche Inanspruchnahme im Untersuchungszeitraum

Im Durchschnitt wurden zwischen 2016 und 2021 wöchentlich 243 Patient:innen in Behandlung wegen einer Alkoholkonsumstörung (Median: 247; IQR: 227 bis 264) erfasst. Die

Zeitreihenanalyse zeigte während des ersten Lockdowns (22. März bis 3. Mai 2020) einen unmittelbaren Rückgang um 52,4 Personen sowie eine schrittweise Abnahme von 5,2 Personen pro Woche bei der Behandlung von AUD. Ohne den Lockdown 1 wurde in diesem Zeitraum eine mediane wöchentliche Behandlung von 267 Patient:innen (IQR: 263 bis 269) prognostiziert. Dies entspricht im Vergleich zu den beobachteten Werten einem Rückgang der Behandlungsauslastung um 27,3 % (IQR: -30,2 % bis -23,5 %). Nach dem ersten Lockdown stiegen die Patient:innenzahlen pro Woche an (+5,8 Personen pro Woche), was die vorherigen negativen Trends teilweise ausglich. Während des zweiten Lockdowns wurde ein Rückgang um 2,6 Personen pro Woche beobachtet. Insgesamt wurden keine weiteren statistisch signifikanten Veränderungen in der primären Outcome-Variable festgestellt (siehe Modellzusammenfassung in Tabelle 19). Mit einem R^2 von 0,542 erklärte das Modell 54,2 % der Varianz und wies damit eine gute Modellgüte auf.

Tabelle 19: Regressionsergebnisse für jegliche Inanspruchnahme

Primärer Endpunkt: Jegliche Inanspruchnahme einer alkoholbezogenen Behandlung ¹			
Prädiktoren	Schätzung	95% CI	p
(Intercept)	233,96	226,46 – 241,45	<0,001
Zeit	0,14	0,09 – 0,20	<0,001
Lockdown1	-52,42	-77,89 – -26,94	<0,001
Zeit bis Lockdown1	-5,24	-8,93 – -1,55	0,006
Zeit zw. Lockdowns	5,78	1,19 – 10,38	0,014
Lockdown2	-2,62	-21,44 – 16,20	0,784
Zeit bis Lockdown2	-2,62	-4,54 – -0,70	0,008
Zeit nach Lockdowns	1,36	-0,64 – 3,35	0,181
Smooth term (Wochen)			<0,001
Beobachtungen (Wochen)	314		
R^2	0,542		
Freiheitsgrade	20,3		

Abkürzungen: CI = Konfidenzintervall; p = p-Wert, Schwelle für statistische Signifikanz (Statistisch signifikante Effekte sind hervorgehoben); R^2 = Anteil der Variabilität der abhängigen Variable;

¹ Ergebnisse eines Generalisierten Additiven Gemischten Modells (GAMM)

Der Rückgang der Behandlungszahlen während der Pandemie wird auch durch die jährlichen Daten belegt: Im Vergleich zu 2019 wurde in den Jahren 2020 und 2021 jeweils ein Rückgang der behandelten Personen um 5 % beziehungsweise 11 % verzeichnet.

Abbildung 19 zeigt die wöchentliche Anzahl der in Behandlung befindlichen Patient:innen in jeglicher alkoholbezogener Behandlung und getrennt nach stationärem und ambulantem Setting.

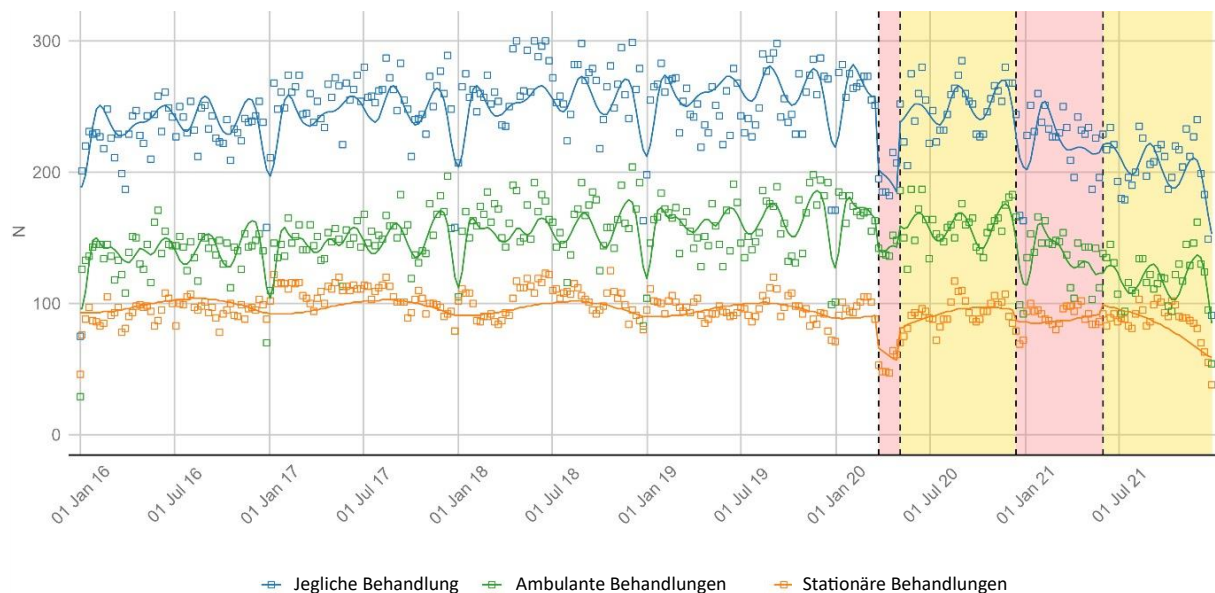


Abbildung 199: Wöchentliche Anzahl an Patient:innen in jeglicher, ambulanter und stationärer Behandlung

Beobachtete Werte (Rechtecke) sowie die prognostizierten Werte (Linien) sind aus den Regressionsmodellen dargestellt. Die schattierten Bereiche kennzeichnen die Lockdown-Perioden: Rot (23. März 2020 bis 4. Mai 2020; 14. Dezember 2020 bis 31. Mai 2021) und Gelb (4. Mai 2020 bis 14. Dezember 2020; 31. Mai 2021 bis 31. Dezember 2021).

4.5.3 Ambulante und stationäre Inanspruchnahmen im Beobachtungszeitraum

Im Durchschnitt wurden zwischen 2016 und 2021 wöchentlich 148 Patient:innen in ambulanter Behandlung (Median: 148; IQR: 136 bis 164) sowie 96 Patient:innen in stationärer Behandlung (Median: 96; IQR: 89 bis 104) registriert. Vor dem ersten Lockdown zeigte sich nur bei den ambulanten Behandlungszahlen (+0,15 Patient:innen pro Woche) eine statistisch signifikante Zunahme.

Während des ersten Lockdowns zeigten die Zeitreihenanalysen einen unmittelbaren, signifikanten Rückgang in beiden Settings: bei der ambulanten Behandlung um 19,3 und bei der stationären alkoholbezogenen Behandlung um 23,3 Personen pro Woche. Es wurden keine signifikanten schrittweisen Reduktionen beobachtet (Tabelle 20). Im Vergleich zum Szenario ohne Lockdown betrugen die relativen Rückgänge bei den Behandlungszahlen 45,2 % (IQR: -48,3 % bis -37,3 %) in der stationären alkoholbezogenen Behandlung und 14,6 % (IQR: -16,4 % bis -13,1 %) in der ambulanten Versorgung. Während beim zweiten Lockdown in der ambulanten Behandlung eine schrittweise Abnahme von 1,4 Personen pro Woche feststellbar war, kam es nach dem Lockdown zu einer Gegenbewegung (+1,4 Personen pro Woche). Mit $R^2 = 0,579$ bzw. 0,341 wiesen die Modelle eine gute bzw. moderate Güte auf.

Tabelle 20: Regressionsergebnisse für ambulante bzw. stationäre Behandlungen

	Ambulante Behandlungen ¹			Stationäre Behandlungen ²		
Prädiktoren	Schätzer	95% CI	p	Schätzer	95% CI	p
(Intercept)	136.06	131.57 – 140.55	<0.001	99.63	90.39 – 108.87	<0.001
Zeit	0.15	0.11 – 0.18	<0.001	-0.02	- 0.09 – 0.05	0.534
Lockdown1	-19.34	- 35.67 – - 3.01	0.020	-23.32	- 34.62 – - 12.02	<0.001
Zeit bis Lockdown1	-1.67	- 3.88 – 0.55	0.139	-2.40	- 6.13 – 1.33	0.207
Zeit zw. Lockdowns	1.41	- 1.35 – 4.17	0.316	3.03	- 1.48 – 7.54	0.187
Lockdown2	4.21	- 7.50 – 15.91	0.480	-7.53	- 18.07 – 3.00	0.160
Zeit bis Lockdown2	-1.41	- 2.56 – - 0.25	0.017	-0.69	- 2.61 – 1.22	0.478
Zeit nach Lockdowns	1.42	0.22 – 2.62	0.021	-0.99	- 3.08 – 1.09	0.350
Smooth term (Wochen)			<0.001			0.020
Beobachtungen (Wochen)	314			314		
R ²	0.579			0.341		
Freiheitsgrade	23,7			10,5		

Abkürzungen: CI = Konfidenzintervall; p = p-Wert, Schwelle für statistische Signifikanz (Hinweis: Statistisch signifikante Effekte sind hervorgehoben); R² = Anteil der Variabilität der abhängigen Variable; .

¹ Ergebnisse des Allgemeinen Additiven Modells (GAM)

² Ergebnisse des Allgemeinen Additiven Gemischten Modells (GAMM)

4.5.4 Sensitivitätsanalysen

In den Sensitivitätsanalysen, in denen auf Rehabilitationsmaßnahmen verzichtet wurde, sank die durchschnittliche wöchentliche Anzahl an Patient:innen in allen Behandlungskategorien: Gesamtauslastung median: 176, ambulant: 111, stationär: 65. Dabei zeigten sich bei den sofortigen Effekten während des Lockdowns deutliche Rückgänge: bei der Gesamtauslastung um 33,0 % (IQR: -36,3 % bis -26,9 %), bei der ambulanten Behandlung um 19,5 % (IQR: -21,7 % bis -18,2 %) und bei der stationären alkoholbezogenen Behandlung um 55,9 % (IQR: -57,7 % bis -42,8 %). Während in den Hauptanalysen beim zweiten Lockdown eine schrittweise Abnahme beobachtet wurde, deuten die Sensitivitätsanalysen auf unmittelbare Reduktionen bei der stationären alkoholbezogenen Behandlung (-9,6 Personen; Referenz: -11,4 %; IQR: -23,7 % bis -8,3 %) hin, was auf einen sofortigen Rückgang bei standard- oder intensivmedizinischer Therapie schließen lässt.

4.6 Fragestellung 6: *Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten*

Welche Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bestehen aus Sicht von Patient:innen, Behandler:innen und Angehörigen?

4.6.1 Beschreibung der Interviewpartner:innen

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 81 Personen im Rahmen von Interviews befragt. Die Rekrutierung erfolgte über unterschiedliche institutionelle und nicht-institutionelle Zugangswege. Betroffene wurden mehrheitlich über die kooperierenden Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe (n = 12) sowie über Einrichtungen der suchtmmedizinischen Versorgung (n = 12) gewonnen. Darüber hinaus erfolgte ein Teil der Rekrutierung über öffentliche Werbung, insbesondere in Form von Kleinanzeigen und Aushängen im öffentlichen Verkehr (n = 10). Die Rekrutierung von Fachkräften erfolgte überwiegend über bestehende regionale Netzwerke der suchtttherapeutischen und (sucht-)medizinischen Versorgung (n = 15), ergänzt durch Zugänge über Suchtberatung und Selbsthilfe (n = 10) sowie eine gezielte Rekrutierung über Einrichtungen der (sucht-)medizinischen Versorgung (n = 5). Angehörige wurden über öffentliche Werbung (n = 8) sowie über die kooperierenden Einrichtungen der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe (n = 9) gewonnen.

Die Gruppe der Betroffenen umfasste 34 Interviewteilnehmer:innen, darunter 20 Frauen (siehe Anlage 3). Das durchschnittliche Alter dieser Gruppe lag bei 47,6 Jahren. Hinsichtlich des Kontakts zum Hilfesystem zeigte sich, dass die Mehrheit der Betroffenen einen mittleren bis hohen Unterstützungsbedarf aufwies: Fünf Befragte hatten keinen Kontakt zum Behandlungssystem, sechs einen niedrigen, zwölf einen mittleren und elf einen hohen Kontakt.

Von den Betroffenen hatten 29 Personen, darunter 16 Frauen, eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (F10.2). Ebenfalls 29 der 34 Befragten gaben an, bereits Hilfe im Zusammenhang mit ihrer Alkoholkonsumstörung in Anspruch genommen zu haben. Das Spektrum der genutzten Unterstützungsangebote reichte von der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und einzelnen Beratungsgesprächen bis hin zu verschiedenen Behandlungsformen wie qualifizierten Entzugsbehandlungen, stationären Maßnahmen und Rehabilitationsprogrammen.

Fünf Personen (vier Frauen und ein Mann) berichteten von einem zumindest riskanten Alkoholkonsum oder einer bislang nicht diagnostizierten Alkoholabhängigkeit, hatten jedoch bislang keinen Kontakt zum Behandlungssystem. In der Gruppe mit niedrigem Kontakt nutzten zwei Personen ausschließlich Selbsthilfeangebote, während die übrigen vier entweder nur kurzfristig Suchtberatung in Anspruch genommen oder maximal eine stationäre Behandlung im Rahmen der weiteren Therapievorbereitung erhalten hatten. Personen mit einer hohen Inanspruchnahme verfügten in der Regel über Erfahrungen mit mehr als fünf stationären Aufenthalten, häufig inklusive Langzeittherapien.

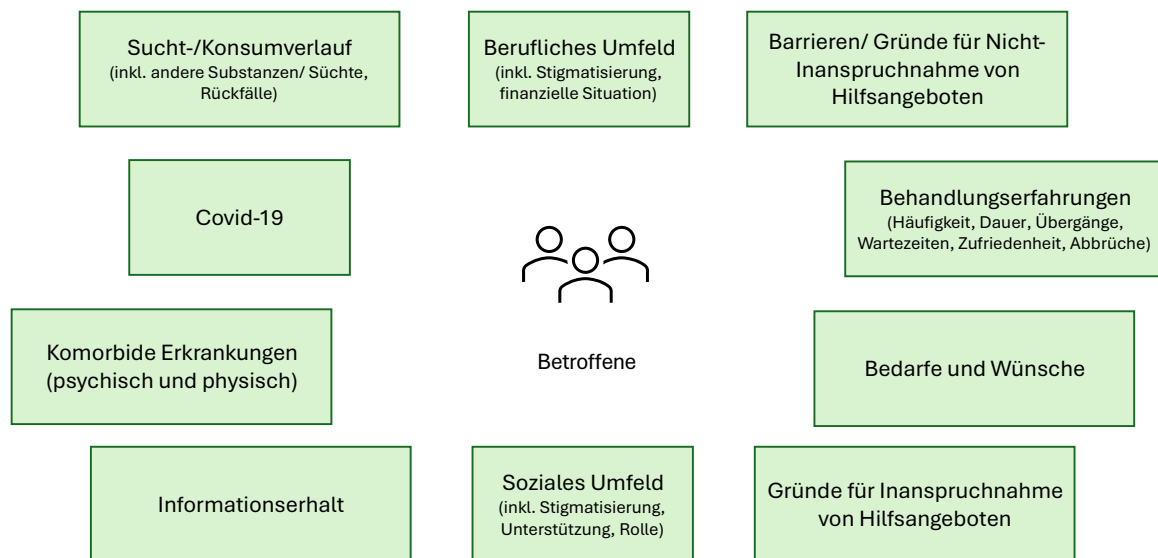


Abbildung 20: Kategoriensystem aus den Interviews mit betroffenen Personen

Darüber hinaus nahmen 17 Angehörige an den Interviews teil, darunter zehn Frauen (siehe Anlage 3). Außerdem wurden insgesamt acht Kinder von Betroffenen interviewt (vier im Alter zwischen 18 und 22 Jahren sowie drei im Alter zwischen 27 und 32 Jahren). Ergänzend beteiligten sich sieben Partner:innen von Betroffenen, von denen fünf männlich waren.

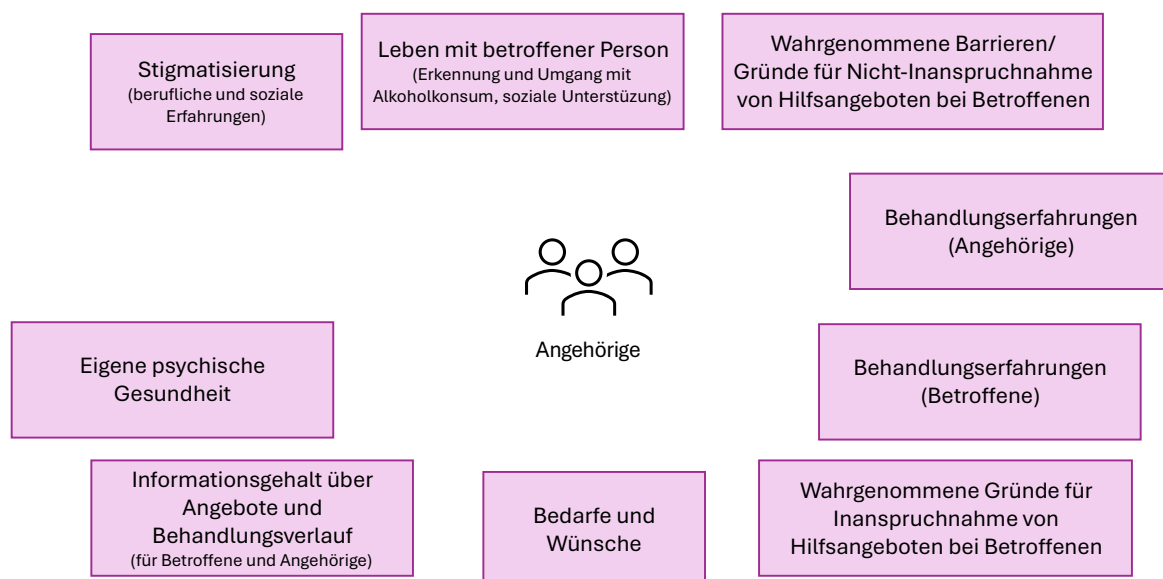


Abbildung 21: Kategoriensystem aus den Interviews mit Angehörigen von betroffenen Personen

Es wurden 30 Fachkräfte der Suchthilfe in die Interviews einbezogen, darunter 21 Frauen (siehe Anlage 3). Die Berufserfahrung der Fachkräfte in der Behandlung alkoholabhängiger Menschen variierte: Drei Personen verfügten über weniger als zwei Jahre Erfahrung oder arbeiteten nicht schwerpunktmäßig in diesem Bereich, elf hatten zwischen zwei und fünf Jahren Erfahrung, neun zwischen sechs und zehn Jahren und sieben mehr als zehn Jahre. Die

größte Berufsgruppe stellten Sozialpädagog:innen bzw. Sozialarbeiter:innen dar, gefolgt von Ärzt:innen und Pflegekräften.

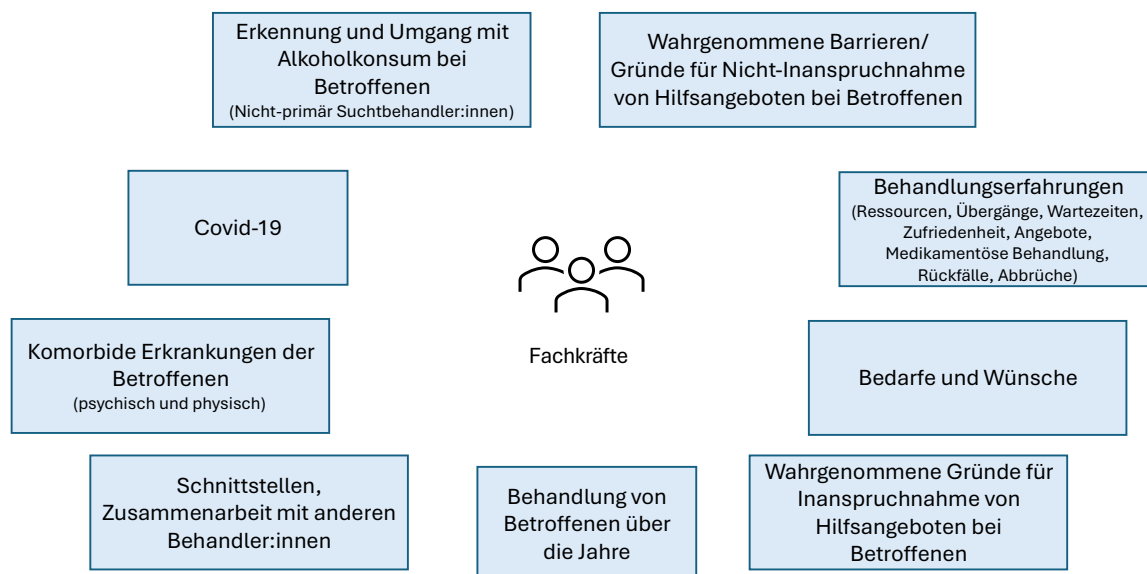


Abbildung 22: Kategoriensystem aus den Interviews mit Fachkräften

4.6.2 Perspektiven auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten

Die qualitativen Interviews zeigen, dass die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch verschiedene individuelle und strukturelle Barrieren erschwert wird. Als Einflussfaktoren lassen sich aus den Interviews emotionale und motivationale Hürden, fehlendes Wissen sowie die Ausgestaltung der Angebote als Hindernisse identifizieren, die sich in den Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften überschneiden, aber teils auch gruppenspezifische Ausprägungen aufweisen.

Ein zentraler individueller Faktor für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist die Fähigkeit, den eigenen Unterstützungsbedarf zu erkennen und die Notwendigkeit von Hilfe zu akzeptieren. Die Mehrheit der Befragten berichtete jedoch, den eigenen Alkoholkonsum oft über einen langen Zeitraum hinweg unterschätzt oder nicht als behandlungsbedürftig wahrgenommen zu haben. Viele Betroffene schilderten, dass sie kaum Interesse daran hatten, ihr Trinkverhalten kritisch zu hinterfragen oder zu reduzieren. Selbst bei bereits erkannten Symptomen einer Alkoholkonsumstörung fehlte es häufig an Krankheitseinsicht. Gleichzeitig war die Überzeugung verbreitet, den Alkoholkonsum jederzeit selbstständig kontrollieren, reduzieren oder beenden zu können.

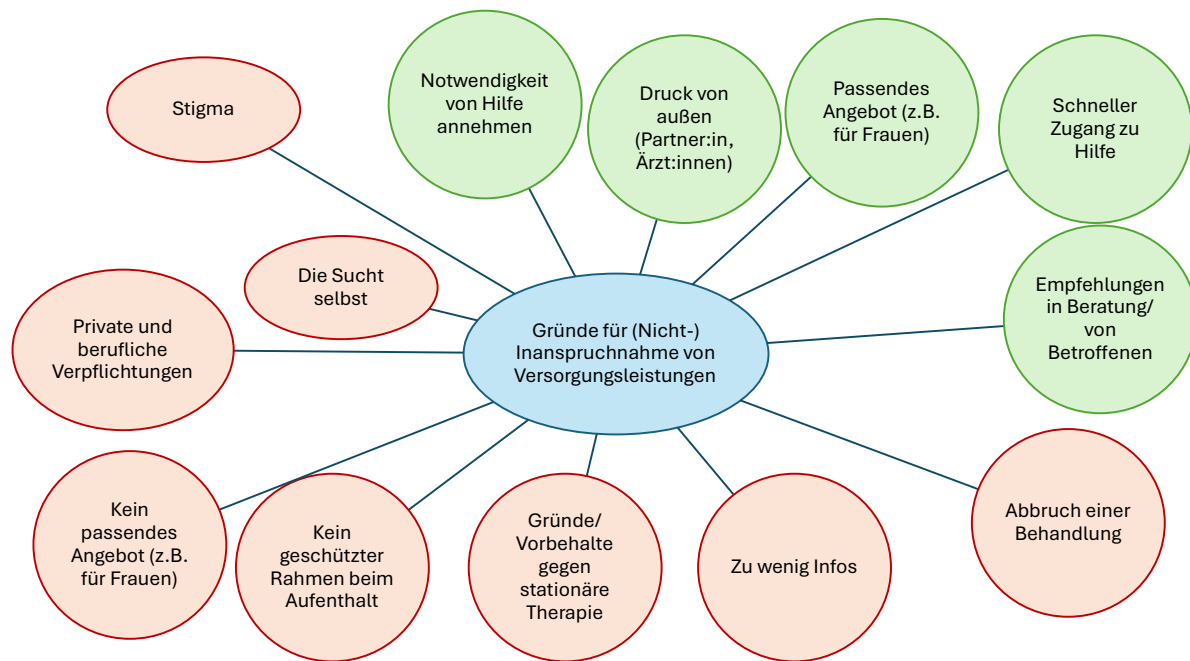


Abbildung 23: Gründe für eine (Nicht-)Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Neben einer fehlenden Problemerkennung berichten alle drei Interviewgruppen, dass Ängste vor sozialer Stigmatisierung eine zentrale Barriere im Hilfesuchprozess darstellen. Gefühle von Scham, Überforderung und Unsicherheit, die sowohl mit der Erkrankung selbst als auch mit deren möglicher öffentlicher „Enthüllung“ einhergehen, wirken ebenso hemmend wie das gesellschaftliche Stigma, insbesondere das Bild des „verwahrlosten Alkoholikers“. Dies erschwert es vielen Menschen, sich mit dem eigenen Problem zu identifizieren oder eine Suchterkrankung überhaupt für möglich zu halten, insbesondere wenn sie sozial gut eingebunden oder beruflich aktiv sind.

Vor dem Hintergrund verbreiteter Stereotype hielten es viele Befragte für abwegig, selbst von einer Alkoholabhängigkeit betroffen zu sein, solange sie beispielsweise durch ihre Erwerbstätigkeit oder ihre Teilhabe am familiären und sozialen Leben ein hohes Maß an Funktionalität aufwiesen. Mehrere Betroffene berichteten, deshalb auch auf eine Behandlung verzichtet zu haben, da sie sich in einem Hilfesetting, das mit solchen Stereotypen verknüpft ist, unwohl fühlen würden.

Zudem äußerten Betroffene die Befürchtung, sowohl im sozialen als auch im beruflichen Umfeld Ausgrenzung oder Benachteiligung zu erleiden, würde ihre Alkoholerkrankung offenbart werden.

„...naja, aber das ist ja nicht so schlimm. Ich habe ganz andere gesehen ...“

Zitat, betroffene Person

Aussagen von Betroffenen wie „Ich muss das allein hinbekommen“ verdeutlichen den starken inneren Anspruch, den Alkoholkonsum eigenständig und ohne fremde Hilfe bewältigen zu müssen. In der Folge wird professionelle Unterstützung häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn erheblicher äußerer Druck entsteht, etwa durch gravierende

gesundheitliche Verschlechterungen, negative berufliche oder familiäre Konsequenzen oder ein gezieltes Ansprechen durch Angehörige oder Ärzt:innen.

“[...] da hatte dann die Oberärztin zu mir gesagt, [...] wenn Sie so weitermachen, erleben Sie Weihnachten nicht mehr“. Ich hatte so hohe Leberwerte, dass ich überhaupt noch dasitze, sagte sie, das ist ein Wunder.“

Zitat, betroffene Person

Alle drei Interviewgruppen berichteten, dass auch die aktuelle Lebenssituation, beispielsweise die alleinige Verantwortung für die Pflege von Angehörigen, die Betreuung von Kindern oder die Angst vor erheblichen finanziellen Einbußen im Falle einer (längeren) Behandlung, der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Wege stehen kann. Darüber hinaus können negative Erfahrungen aus vorangegangenen stationären Aufenthalten, auch wenn diese nicht unmittelbar suchtspezifisch waren, Betroffene davon abhalten, alkoholbezogene Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Insbesondere im Hinblick auf längerfristige Behandlungsformen, wie qualifizierte Entzugsbehandlungen oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, bestehen bei Betroffenen Befürchtungen, durch eine längere Abwesenheit das gewohnte Lebensumfeld, den Arbeitsplatz oder die eigene Wohnung zu verlieren.

„...wem soll ich das wie verkaufen, dass ich dann auf einmal drei Wochen weg bin, wem darf ich das erzählen?“

Zitat, betroffene Person

Auch Angehörige berichten von emotionalen Hürden, die unter anderem durch gesellschaftliche Vorurteile und die Stigmatisierung von Suchterkrankungen verstärkt werden. Diese äußern sich häufig in Gefühlen von Scham und Schuld und führen nicht selten dazu, dass Probleme verdrängt oder verharmlost werden. Viele Angehörige erkennen ihre eigene Co-Abhängigkeit erst spät oder gar nicht und fühlen sich im Umgang mit der Suchterkrankung ihrer:s Angehörigen oftmals wenig kompetent oder informiert. Die fehlende Kenntnis über die Erkrankung selbst sowie über bestehende Unterstützungsangebote erschwert es Angehörigen zusätzlich, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

„Dadurch bin ich auch in einer Psychotherapie mittlerweile, weil die Erlebnisse bei mir zu Hause, die habe ich bis heute nicht verkraftet.“

Zitat, angehörige Person

Ein Mangel an Wissen über die eigene Erkrankung, deren Schweregrad sowie über bestehende Hilfsangebote führt auch bei Betroffenen häufig zu einer spürbaren Überforderung bei der Suche nach passenden Unterstützungsmöglichkeiten, insbesondere dann, wenn sie erstmals das Hilfesystem in Anspruch nehmen wollen. Während einige Betroffene sich mithilfe von Internetrecherchen und eigener Informationssuche gut orientieren können, äußern andere in dieser Situation ein deutliches Bedürfnis nach klar strukturierten, leicht zugänglichen Informationsmaterialien oder wünschen sich eine Art „Fibel“, die sie beim Erstkontakt unterstützt.

„... da müsste es so eine Art Fibel geben [...] gerade bei jemandem, der das das erste Mal macht.“

Zitat, betroffene Person

Bei Angehörigen werden diese Defizite durch die mangelnde Transparenz der Suchthilfe-Landschaft zusätzlich verstärkt. Viele Angehörige sind unsicher, welche Therapie- und Beratungsangebote es speziell für sie gibt und wie sie Zugang dazu erhalten können. In diesem Zusammenhang kommt Vertrauenspersonen wie Ärzt:innen oder Freund:innen, die gezielt auf Anlaufstellen hinweisen, eine wichtige Rolle zu: sowohl Angehörige als auch Betroffene empfinden solche Empfehlungen als hilfreichen Zugang zum Hilfesystem.

Aus allen drei Perspektiven wurde zudem deutlich, dass strukturelle Barrieren einen zentralen Grund für die mangelnde bzw. verspätete Inanspruchnahme von Hilfeleistungen darstellen, insbesondere im Hinblick auf die Weiterbehandlung. Betroffene, Angehörige und Fachkräfte benennen dabei insbesondere lange Wartezeiten auf Therapieplätze, fehlende Anschlussbetreuungen und die oftmals zu starr gestalteten Angebotsstrukturen (z. B. aufgrund von Abstinenzvoraussetzungen) als große Hürden. Lange oder schwer kalkulierbare Wartezeiten wirken sich dabei negativ auf die Behandlungsmotivation aus und erhöhen das Risiko von Rückfällen bereits vor Antritt einer Therapie.

„Oder man verliert Frauen in der Wartezeit, die sich eigentlich motiviert gemeldet haben.“

Zitat, Fachkraft

Insbesondere betroffene Frauen berichten, dass sie vorhandene Hilfsangebote häufig nicht in Anspruch nehmen können, weil eine ausreichende Kinderbetreuung fehlt, oder sie familiäre Verpflichtungen, wie die Pflege von Angehörigen, nicht an andere abgeben können. Hinzu kommen weitere praktische Hürden, etwa die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung sowie befürchtete finanzielle Einbußen. Auch Angehörige äußern die Sorge, dass bestehende Unterstützungsangebote ihrem Alltag nicht ausreichend gerecht werden und ihnen zu wenig Raum für eigene Bedürfnisse lassen.

„[...] das die Schwierigkeit zum Beispiel für Frauen, wenn die noch Kinder haben. [...] es gibt keine Entgiftung, wo ein Kind mitkommen kann. [...]“

Zitat, Fachkraft

Negative Vorerfahrungen mit Hilfseinrichtungen, etwa aufgrund von Personalmangel, dem häufigen Ausfall von Angeboten, als oberflächlich empfundenen Therapieinhalten, fehlenden Schutz- und Rückzugsräumen oder früheren Misserfolgen, beeinträchtigen das Vertrauen und die Bereitschaft, erneut Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen. Immer wieder wird zudem der Bedarf an passgenauen, speziell zugeschnittenen Hilfsangeboten betont, beispielsweise für Menschen mit Komorbiditäten, traumatisierte Personen oder Menschen mit Behinderungen. Betroffene, Angehörige und Fachkräfte erleben professionelle Unterstützungsangebote häufig als zu unflexibel und nicht ausreichend auf individuelle oder familiäre Lebenssituationen abgestimmt. Die Passgenauigkeit der Hilfen, etwa für spezielle Zielgruppen

wie Frauen mit Kindern oder Menschen mit psychischen Komorbiditäten, hat somit einen entscheidenden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten dieser Gruppen.

4.6.3 Perspektiven auf Zugang zu und Verfügbarkeit von Hilfe

In den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass alle Gruppen die langen Wartezeiten auf Unterstützungsangebote als zentrales Hindernis wahrnehmen. Diese Verzögerungen erschweren den Zugang zu dringend benötigten Hilfen erheblich und führen insbesondere dann zu großer Frustration bei allen Beteiligten, wenn bei den Betroffenen eine hohe Motivation zur Veränderung vorhanden ist. Vor allem Fachkräfte betonten, dass die Begrenztheit und mangelnde Flexibilität der verfügbaren Therapieplätze die Versorgung zusätzlich erschweren. Sie heben hervor, dass ein dringender Bedarf an mehr ambulanten und stationären Angeboten besteht, die gezielt auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen (etwa Frauen, Menschen mit Gewalterfahrungen oder Doppeldiagnosen) zugeschnitten sind.

„...die Versorgungslage ambulante Psychotherapie ist einfach katastrophal und das hält noch länger in Sucht.“

Zitat, Fachkraft

Einige Betroffene und Angehörige empfanden das bestehende, oftmals fragmentierte Suchthilfesystem ebenfalls als Barriere, insbesondere dann, wenn sie zwischen verschiedenen Stellen hin- und her verwiesen wurden. Häufig fehlte ihnen eine zentrale Anlaufstelle oder ein:e feste:r Ansprechpartner:in. Unklare Strukturen und wechselnde Zuständigkeiten führten in der Folge zu Verunsicherung und erschwerten sowohl den Zugang zu einer ersten Versorgung als auch eine kontinuierliche Betreuung.

„[...] diese Hilflosigkeit, dass man jemanden hat, der krank ist. Und irgendwie fühlt sich dafür keiner zuständig. Ich habe überall angerufen, ich habe beim medizinischen Dienst angerufen, im Krisendienst. Im Hilfstelefon, sämtliche Krankenhäuser. [...] Alle schieben das nur auf andere Leute [...].“

Zitat, angehörige Person

„Dann habe ich jeden Tag, ich habe schon Tränen in den Augen gehabt. Irgendwelche Sachen hier angeguckt und gegoogelt und egal, wo Sie angerufen haben, [...] es hilft eigentlich keiner. Der Mann liegt hier betrunken, der muss wahrscheinlich erst im Sterben liegen, bevor den mal irgendeiner mitnimmt.“

Zitat, angehörige Person

Besonders deutlich wurde das Fehlen klarer Zuständigkeiten bei Betroffenen mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen wahrgenommen. Auch Fachkräfte hoben in den Interviews hervor, dass solche Fälle aus ihrer Sicht häufig auftreten und den Zugang zu und das Durchhalten einer Behandlung erheblich erschweren.

4.6.4 Perspektiven auf Früherkennung und niedrigschwellige Hilfen

Alle Gruppen betonen die Bedeutung einer zeitnahen Erkennung und frühzeitigen Intervention. Kritisiert wird jedoch, dass Frühwarnzeichen einer Suchterkrankung in medizinischen und sozialen Beratungskontexten häufig zu spät oder gar nicht erkannt werden. Aus Sicht der Befragten erschwert dies eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung erheblich und macht es schwierig, bereits im Anfangsstadium niedrigschwellige Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus wurde von allen Gruppen übereinstimmend betont, dass sowohl die Bereitstellung von Informationen als auch der Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten verbessert werden sollten. Gefordert werden kontinuierliche, verständliche Informationsangebote sowie die Etablierung fester Ansprechpartner:innen entlang der gesamten Versorgungskette, um den Weg durch die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten zu erleichtern. Die Perspektiven unterscheiden sich hierbei insofern, dass Fachkräfte vor allem den Bedarf an klaren organisationalen Strukturen hervorheben, während Betroffene und Angehörige insbesondere die praxisnahe Umsetzung und die Verständlichkeit der Hilfsangebote in den Mittelpunkt stellen.

4.6.5 Perspektiven auf vorzeitige Beendigungen von Behandlungen

Sowohl Betroffene als auch Fachkräfte führen ein fehlendes Problembewusstsein und eine mangelnde Veränderungsbereitschaft häufig als Hauptgründe für Rückfälle und Therapieabbrüche an. Aus Sicht der Interviewpartner:innen stellen diese Faktoren die zentralen Ursachen für vorzeitige Beendigungen von Behandlungen und/oder Betreuungen dar. Selbst während der Behandlung wird das Ausmaß der Erkrankung oftmals unterschätzt oder als nicht behandlungswürdig eingestuft. Rückfälle führen nach Berichten von Betroffenen und Fachkräften häufig dazu, dass Einrichtungen die Behandlung oder Betreuung vorzeitig beenden, was die Kontinuität der Versorgung zum Teil erheblich gefährdet. Darüber hinaus berichten Betroffene, dass Unzufriedenheit mit der Behandlungssituation selbst ein weiterer Grund für einen vorzeitigen Abbruch sein kann. Häufig genannte Beschwerden beziehen sich auf den Ausfall von Therapieangeboten, Personalmangel oder das Gefühl, dass die Behandlung zu oberflächlich bleibt und individuelle Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden. Zudem wird der Mangel an Rückzugs- bzw. Schutzräumen als ein Faktor genannt, der das Sicherheitsgefühl beeinträchtigt und somit die Bereitschaft zur Fortsetzung der Behandlung mindert. Insgesamt zeigt sich, dass vorzeitige Beendigungen häufig durch eine Kombination aus persönlichen, zwischenmenschlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst werden. Eine Verbesserung der Beziehungsqualität, eine stabilere und verlässlichere Gestaltung der therapeutischen Umgebung sowie eine stärkere individuelle Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen könnten dazu beitragen, die Kontinuität der Versorgung zu sichern und Rückfälle sowie vorzeitige Abbrüche zu reduzieren.

4.6.6 Perspektiven auf psychische Begleiterkrankungen

Die Auswertung der qualitativen Interviews identifizierte zahlreiche Barrieren und Bedarfe im Zusammenhang mit zusätzlichen psychischen Komorbiditäten. Sowohl Betroffene als auch Fachkräfte betonen einen Mangel an adäquaten und zeitnah zugänglichen

Behandlungsangeboten für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit und begleitenden psychischen Erkrankungen. Besonders kritisch wird die unzureichende Verfügbarkeit von ambulanten Psychotherapieplätzen gesehen, die zu langen Wartezeiten führt. Darüber hinaus schildern Fachkräfte die komplexe Problematik, dass Patient:innen häufig an mehreren psychischen Erkrankungen sowie an Polytoxikomanie leiden, während eine reine Alkoholabhängigkeit seltener vorkommt. Diese Komplexität erschwert die Diagnostik und die Therapieplanung erheblich. Psychische Symptome, insbesondere Depressionen und Ängste, werden als wesentliche Barrieren für die proaktive Suche nach Hilfsangeboten identifiziert, was weitere Hürden im Behandlungsprozess schafft. Im Hinblick auf die bestehenden Bedarfe äußern sowohl Betroffene als auch Fachkräfte den Wunsch nach erweiterten diagnostischen Möglichkeiten, um die Vielschichtigkeit der Erkrankungen besser erfassen zu können, wobei Fachkräfte hier auch die Grenzen der bestehenden Ressourcen und Möglichkeiten sehen:

„...diese ganzen zusätzlichen Diagnosen, die ja immer mehr werden, das bringt uns [...] an unsere Grenzen inhaltlich gesehen...“

Zitat, Fachkraft

Außerdem wird ein besonderer Bedarf an integrierten Therapieformen formuliert, die sowohl die Suchterkrankung als auch die psychischen Grund- und/oder Begleiterkrankungen behandeln, insbesondere im Kontext von Traumata. Auch von Betroffenen wird, insbesondere in Bezug auf die stationäre Versorgung, Kritik an der Begrenztheit der therapeutischen Angebote, vor allem im Bereich der individuellen Einzeltherapien, geäußert. Fachkräfte berichten, dass die zunehmende Komplexität durch multiple psychische Begleiterkrankungen die Versorgungssysteme immer stärker an ihre Grenzen bringt. Ressourcenknappheit, Personalengpässe und strukturelle Barrieren erschweren dadurch erheblich die Bereitstellung angemessener Behandlungsangebote.

4.6.7 Perspektiven auf die Zusammenarbeit und Kommunikation

Alle Gruppen äußern den Wunsch nach einer nahtlosen Versorgung mit kontinuierlicher Betreuung sowie einer zentralen Anlaufstelle, bei der feste Ansprechpartner:innen für die Betroffenen zur Verfügung stehen. Positive Erfahrungen mit gelingender Vernetzung werden von den Beteiligten durchweg als sehr wertvoll eingeschätzt. Angehörige berichten hingegen häufig, dass Informationen zu Zuständigkeiten schwer zugänglich sind und eine klare Kommunikation oft fehlt. Fachkräfte wiederum schildern, dass die Vernetzung zwischen den verschiedenen Einrichtungen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und in manchen Fällen unzureichend funktioniert, was die Zusammenarbeit erschwert. Besteht hingegen eine gute Zusammenarbeit bzw. Vernetzung, wird die Arbeit von Fachkräften als deutlich zielgerichteter und effizienter erlebt, unter anderem, weil Betroffene schneller weitervermittelt werden können oder rasch geklärt werden kann, ob eine Weiterleitung sinnvoll ist. Einige Fachkräfte, insbesondere solche mit weniger Erfahrung im Suchtbereich, berichten außerdem von großem Aufwand, sich zunächst einen Überblick über die Versorgungslandschaft verschaffen zu müssen. Ähnliches wird auch von Betroffenen und Angehörigen berichtet, wenn diese verschiedene Angebote und Anlaufstellen prüfen wollen.

„Man hat jederzeit die Möglichkeit, hier anzurufen und sich Hilfe zu holen. Das finde ich [...] echt wichtig.“

Zitat, betroffene Person

4.6.8 Perspektiven auf den Genesungsprozess

Positive Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess waren eine gesunde Selbstwahrnehmung und Selbstregulation, die häufig im Rahmen der Therapie erlernt oder verbessert wurden. Diese Fähigkeiten halfen den Betroffenen dabei, Rückfallgefahren frühzeitig zu erkennen, Belastungen entgegenzuwirken und geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

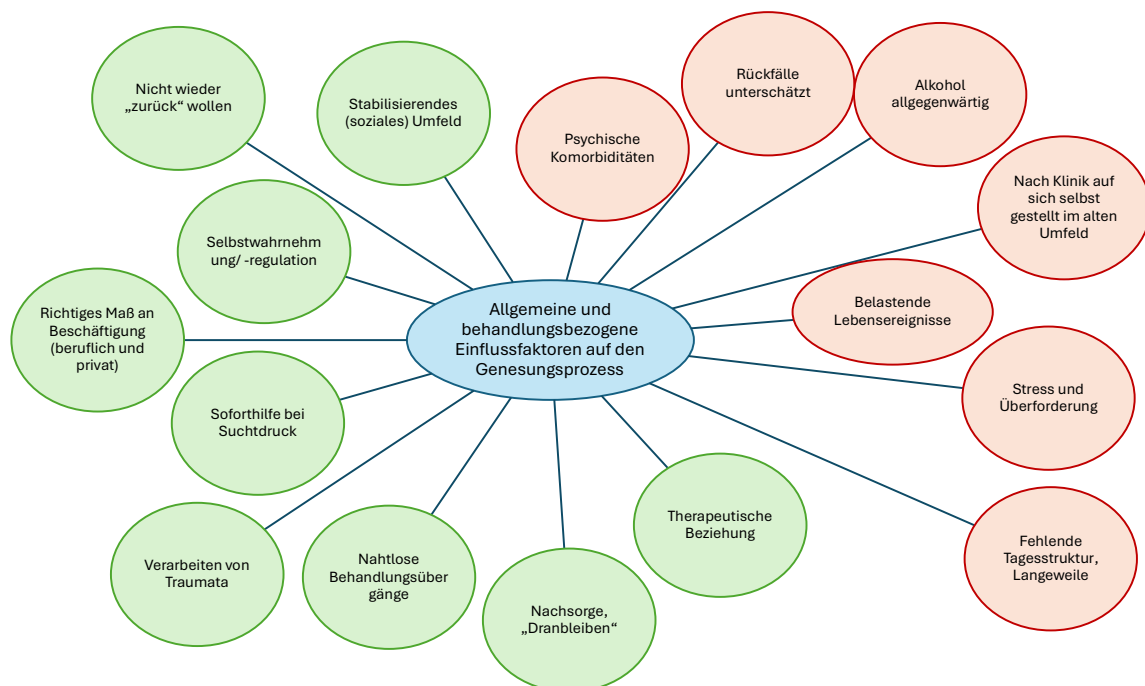


Abbildung 24: Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess

Das richtige Maß an Beschäftigung, sowohl während als auch nach der Behandlung, wurde von den Befragten häufig als wichtig herausgestellt. Einerseits gelten das Fehlen einer Tagesstruktur, andererseits aber auch Stress und Überforderung als mögliche Rückfallgründe. Beschäftigung kann dabei vielfältig sein und umfasst neben Hobbys und Sport auch Arbeit oder soziale und familiäre Verpflichtungen. Ein stabilisierendes soziales Umfeld mit vertrauensvollen und tragfähigen Beziehungen stellt zudem einen eigenständigen Schutzfaktor dar. Als weiterer wichtiger positiver Einfluss wird die Möglichkeit einer Soforthilfe bei Suchtdruck, d.h. der generell schnelle Zugang zu Unterstützung genannt. Das kontinuierliche „Dranbleiben“ am Thema Sucht, etwa durch die regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen, die Anbindung an Suchtberatungsstellen oder die Nutzung spezifischer Nachsorgeangebote, wurde ebenfalls als wichtiger protektiver Faktor hervorgehoben.

„Ich nehme das Angebot, solange ich kann, wahr. Weil mir das einfach hilft, länger abstinent zu sein.“

Zitat, betroffene Person

Eng damit verbunden ist für einige Betroffene das bewusste Erinnern an die negativen Zeiten und Folgen der Alkoholabhängigkeit, um nicht in die Sucht „zurückzufallen“. Diese bewusste Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Krankheit wird gezielt genutzt, um Rückfälle zu vermeiden. Darüber hinaus betrachten einige Befragte die Bearbeitung der zugrunde liegenden psychischen Belastungen und insbesondere die Aufarbeitung von Traumata, als zentralen Baustein für die erfolgreiche Bewältigung der Suchterkrankung.

“Natürlich war der Alkoholismus mein größtes Problem. Aber er ist ja nur eine Ausprägung gewesen von etwas, was viel tiefer liegt. Wenn ich da dran gegangen wäre, dann hätte das auch da schon funktionieren können.”

Zitat, betroffene Person

In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung besonders hervorgehoben. Als wichtig genannt werden Kontinuität, feste Ansprechpartner:innen bzw. Anlaufstellen und nahtlose Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungsphasen.

4.7 Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung

<i>Welche Ansatzpunkte für eine patient:innen- und ergebnisorientierte Verbesserung der Versorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland lassen sich aus den Ergebnissen zur Optimierung der aktuellen Versorgung ableiten?</i>
--

4.7.1 Datengrundlage

Basierend auf Sekundärdatenanalysen zur Inanspruchnahme suchttherapeutischer und suchtmmedizinischer Versorgungsleistungen, zu vorzeitigen Beendigungen suchtmedizinischer Behandlungen sowie auf den Ergebnissen der qualitativen Interviews mit Betroffenen, Angehörigen sowie Leistungserbringern wurden insgesamt acht versorgungsrelevante Handlungsfelder identifiziert (Tabelle 21). Die Identifikation erfolgte mittels eines zweistufigen Syntheseansatzes, der die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen und qualitativen Interviews integrierte. Zunächst wurden auf Basis der Sekundärdatenanalysen Hinweise auf eine unzureichende Inanspruchnahme (Allgemein, Identifikation von Subgruppen, Zeitlich) oder vorzeitige Beendigung suchttherapeutischer und suchtmmedizinischer Versorgungsleistungen nach einer Diagnose alkoholbezogener Störungen identifiziert. In einem zweiten Schritt wurden Barrieren und Bedarfe aus Sicht von Betroffenen sowie Fachkräften, die in den qualitativen Interviews zu den identifizierten Versorgungsdefiziten geäußert wurden, in Bezug zu den sekundärdatenbasierten Ergebnissen gesetzt. Auf dieser Grundlage wurden acht übergeordnete Handlungsfelder abgeleitet, die

sich systematisch auf strukturelle und individuelle Aspekte der Versorgung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen beziehen und ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgungssituation aufweisen (Tabelle 21). Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Hilfsangeboten deckte fünf zentrale Handlungsfelder ab, darunter die allgemeine und frühzeitige Inanspruchnahme von Angeboten, die Inanspruchnahme langfristiger Behandlungsoptionen, die Versorgung älterer Menschen sowie die Inanspruchnahme ambulant-pharmakologischer Interventionen (Tabelle 21). Zudem wurden psychische Komorbiditäten, Behandlungsabbrüche sowie die Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems als relevante Handlungsfelder identifiziert (Tabelle 21).

Tabelle 21: Handlungsfelder für Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung

Identifizierte Handlungsfelder	Kernergebnisse Sekundärdatenanalyse	Kernergebnisse Qualitative Interviews
Allgemeine Inanspruchnahme	Großteil der Patient:innen nimmt keine suchtspezifischen Behandlungen in Anspruch	- Scham und Stigma - Angst vor negativen Konsequenzen - Lebenssituation vs. Behandlung (z. B. Pflege von Angehörigen)
Behandlungsabbrüche	Zwischen 17 % und 27 % der stationären Behandlungen werden irregulär beendet	- Rückfälle - Unzufriedenheit mit Behandlung - Fehlende Rückzugs- / Schutzräume
Frühzeitige Inanspruchnahme	Zwischen Störungsbeginn und erster Inanspruchnahme vergehen im Durchschnitt ca. 13,5 Jahre	- Mangelnde Problemeinsicht - Fehlende Kenntnis über Hilfsangebote
Inanspruchnahme durch ältere Menschen	Inanspruchnahme suchtspezifischen Maßnahmen ist insbesondere bei älteren Menschen selten	- Behandlungsmotivation nach vielen Versuchen stark reduziert - Gesundheitliche Probleme dringlicher als suchtspezifische Behandlung
Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote	Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungen (Qualifizierte Entzugsbehandlung, medizinische Rehabilitation) ist selten	- Angst vor Arbeitsplatz-/Wohnungsverlust - Rückfälle - Familiäre Verpflichtungen - Negative Vorerfahrungen
Inanspruchnahme pharmakologischer Interventionen	Ambulante pharmakologische Behandlungen sind sehr selten	- Pharmakologischer Behandlungswunsch wurde nicht erfüllt - keine gewünschte Wirkung
Psychische Komorbidität	Psychische Komorbiditäten sind bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit häufig	- Psychische Symptome erschweren Aufsuchen von Hilfsangeboten - Bedarf an kombinierten Therapieformen
Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems	Großteil der Patient:innen nutzen nur eine Behandlungsform/ ein Hilfeangebot	- Bedarf an kontinuierlicher Betreuung / Anlaufstelle über Behandlungen hinweg - Informationen über Zuständigkeiten nur schwer zu erhalten

4.7.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 28 Expert:innen an der Ideensammlung teil. Davon wurden von 22 Expertinnen und Experten vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Analyse einbezogen

(„Betroffene“ n = 3; „Suchthilfe“ n = 8; „Suchtmedizin“ n = 5; „Leistungserstatter“ n = 6). Fragebögen, die nur teilweise ausgefüllt oder ohne Angabe der jeweiligen Expert:innen-Gruppe eingereicht wurden, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Bei den Expertinnen und Experten der Gruppe der Betroffenen lag der Zeitraum seit der Alkoholabhängigkeitsdiagnose meist mehr als zehn Jahre zurück. Von den 13 Expertinnen und Experten, die in suchtmmedizinischer oder suchtttherapeutischer Versorgung tätig waren („Suchthilfe“, „Suchtmedizin“), verfügte der Großteil (n = 8) über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung in der Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, vier weitere über mehr als drei Jahre. An dem abschließenden Online-Meeting nahmen insgesamt 14 Expert:innen teil („Betroffene“ n = 3; „Suchthilfe“ n = 3; „Suchtmedizin“ n = 4; „Leistungserstatter“ n = 6).

4.7.3 Priorisierte Handlungsfelder

Auf Basis der Priorisierung in den jeweiligen Expert:innengruppen („Betroffene“, „Suchthilfe“, „Suchtmedizin“ sowie „Leistungserstatter“) zeigte sich, dass ein frühzeitiger Zugang zu Hilfsangeboten, die Berücksichtigung psychischer Begleiterkrankungen, die Inanspruchnahme allgemein verfügbarer Angebote sowie eine verbesserte Vernetzung im Hilfesystem als die wichtigsten Handlungsfelder für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit angesehen wurden (Tabelle 21). Die Bedeutung der Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote wurde insgesamt mit mittlerer Priorität bewertet; die Betroffenen selbst stufen diese jedoch als sehr wichtig ein. Über alle Gruppen hinweg wurden den Handlungsfeldern Behandlungsabbrüche, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch ältere Menschen sowie die Nutzung ambulant-pharmakologischer Interventionen eine geringe Priorität eingeräumt. Diese wurden einheitlich als weniger vorrangig eingeschätzt (Tabelle 22).

Tabelle 22: Priorisierte Handlungsfelder aus Expert:innensicht

Priorität Insgesamt ¹	Handlungsfeld	Priorität ² in den Expert:innengruppen			
		Betroffene	Sucht- hilfe	Sucht- medizin	Leistungs- erstatter
1	Frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten	2	3	2	2
2	Psychiatrische Komorbidität	3	1	3	4
3	Allgemeine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten	4	3	1	3
4	Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems	6	2	4	1
5	Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote	1	5	6	5
6	Behandlungsabbrüche	5	6	5	6

Priorität Insgesamt ¹	Handlungsfeld	Priorität ² in den Expert:innengruppen			
		Betroffene	Sucht- hilfe	Sucht- medizin	Leistungs- erstatter
7	Inanspruchnahme durch ältere Menschen	7	7	8	7
8	Inanspruchnahme von ambulanten pharmakologischen Interventionen	8	8	7	8

¹ Minimum der Summe der Einschätzungen aus jeder Einzelgruppe

² Skalierung der Prioritäten von 1 = hoch bis 8 = niedrig

4.8 Priorisierte Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit

4.8.1 Frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten

Für eine frühzeitigere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten werden von den Expert:innengruppen Verbesserungen in drei Bereichen empfohlen: gesellschaftliche Aufklärung, Entstigmatisierung von Alkoholabhängigkeit und niedrigschwellige Zugänge zu Hilfsangeboten (Anlage 4; Tab. A1). Empfohlen wird, durch niedrigschwellige, altersgerechte und nicht-stigmatisierende Aufklärung das Problembewusstsein für alkoholbezogene Störungen zu stärken, z.B. in Bildungseinrichtungen, Betrieben und medizinischen Settings, aber auch im sozialen Umfeld (Gruppe „Suchthilfe“, „Suchtmedizin“). Die Expert:innen der Gruppe der Betroffenen wünschen sich eine „Normalisierung“ der Alkoholabhängigkeit und damit eine Anerkennung als gesellschaftlich relevante Erkrankung. Die Expert:innen der Suchthilfe sehen einen Bedarf an politischen Maßnahmen wie Werbeverbote und höhere Steuern, um das gesellschaftliche Problembewusstsein für alkoholbezogene Störungen zu stärken.

Für eine Verbesserung des Zugangs zum Hilfesystem werden der Abbau von Zugangs- und Vermittlungsbarrieren („Leistungserstatter“) und der Einsatz digitaler Tools wie anonyme Online-Beratungen, Apps zur Terminvereinbarung oder gebündelte digitale Informationsportale empfohlen, um Betroffene in Frühphasen riskanten Konsums zu adressieren, Schwellenängste abzubauen und eine flexible Erstansprache zu ermöglichen (alle Gruppen; Anlage 4, Tab. A1). In diesem Zusammenhang sehen die befragten Suchtmediziner:innen den Bedarf an flächendeckenden Kompetenzen für die Identifikation alkoholbezogener Störungen und eine entsprechende Beratung in gesundheitlichen und sozialen Settings („No-wrong-door-Prinzip“) (Anlage 4, Tab. A1).

4.8.2 Psychiatrische Komorbidität

Um psychiatrische Komorbiditäten bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit frühzeitig und gezielt zu behandeln, sehen die Expert:innen aller Gruppen die Notwendigkeit, die Versorgungsangebote besser aufeinander abzustimmen (Anlage 4, Tab. A2). Die Expert:innen sprechen sich für interdisziplinäre, integrierte Behandlungsansätze aus, um komplexe psychiatrische Begleiterkrankungen passgenauer zu behandeln und eine Konstanz in der Behandlung zu gewährleisten. Hierbei sehen die Expert:innen der Suchthilfe die frühzeitige

Diagnostik und schnelle Indikationsstellung, bereits zu Beginn der Hilfe, als einen entscheidenden Baustein. Ansätze, die die Versorgung psychiatrischer Erkrankungen verbessern, sehen die Expert:innen in der Erleichterung des Zugangs zu Psychotherapie, durch eine Aufhebung der Abstinenzpflicht und durch die Bereitstellung von mehr Kassensitzen (Suchthilfe) (Anlage 4, Tab. A2). Aus Sicht der Suchtmedizin ist es erforderlich, die Fachkenntnisse der Behandelnden zu steigern und die Honorierung für psychotherapeutische Angebote anzupassen. Die Expert:innen der Gruppe der „Leistungserstatter“ empfehlen, Psychotherapeut:innen durch eine Steuerung der Versorgung entsprechend der Behandlungsnotwendigkeit zu entlasten, indem leichte psychische Störungen, z.B. an Hausärzt:innen oder Angebote außerhalb der Gesundheitsversorgung, verwiesen werden. Zudem wird eine verbesserte Informationsvermittlung zu Behandlungsmöglichkeiten, wie spezialisierten Kliniken, von Expert:innen der „Leistungserstatter“ hervorgehoben, um eine effizientere Nutzung der Ressourcen zu erzielen. Die Expert:innen der Gruppe „Suchtmedizin“ empfehlen eine Ausweitung des Angebots an ambulanten Komplexbehandlungen in psychiatrischen Kliniken. Die entsprechenden Behandler:innen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sollten die Versorgung von Patient:innen mit komorbiden Störungen (z.B. Sucht und Trauma, ADHS, Depression) steuern und koordinieren (Gruppe „Suchtmedizin“) (Anlage 4, Tab. A2).

4.8.3 Allgemeine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten

Die vier Expert:innengruppen bringen zahlreiche Ideen ein, wie die allgemeine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Hilfsangeboten verbessert werden kann. Allen Gruppen ist gemeinsam, dass sie in der Entstigmatisierung von Suchterkrankungen einen zentralen Ansatzpunkt sehen: Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und eine gesellschaftliche Anerkennung von Sucht als echte Krankheit werden empfohlen, um Scham abzubauen und Zugangsbarrieren zu verringern (Anlage 4, Tab. A3). Ebenso finden sich in allen Gruppen Anregungen zur niederschweligen, unkomplizierten und frühzeitigen Zugänglichkeit von Hilfen. Die Angebote sollten durch digitale Tools, mehr Anlaufstellen, persönliche Ansprache oder den Ausbau personeller Ressourcen für eine breite Zielgruppe erreichbar sein. Auch das Bedürfnis nach besserer Information und Motivation beim Erstkontakt zieht sich durch die Antworten aller Gruppen. Ein weiterer zentraler Konsens besteht darin, die individuelle Lebenssituation und Motivation der Betroffenen stärker zu berücksichtigen. Angebote sollten sich stärker am Bedarf der Betroffenen orientieren, Unterstützung auf Augenhöhe bieten und verschiedene Wege zur Veränderung zulassen, statt Abstinenz als einziges Behandlungsziel vorauszusetzen (Anlage 4, Tab. A3). Die Expert:innen der Suchthilfe legen besonderen Wert auf den Ausbau personeller und räumlicher Ressourcen sowie auf den Abbau von bürokratischen Hürden, um Wartezeiten zu reduzieren und Übergänge reibungsloser zu gestalten. Die Leistungserstatter empfehlen, die Aufklärung in öffentlichen Einrichtungen und Schulen zu stärken, die Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern sowie niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige auszubauen (Anlage 4, Tab. A3).

4.8.4 Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems

Die Expert:innengruppen sehen eine engere Vernetzung und bessere Koordination innerhalb des Suchthilfesystems als zentralen Ansatzpunkt, um die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen effektiver zu gestalten (Anlage 4, Tab. A4). Übergreifend wird empfohlen, den Informationsaustausch, Kooperation und Kontinuität der Unterstützungsangebote zu stärken. Von regelmäßiger Kommunikation und festen Ansprechpartnern („Suchthilfe“, „Suchtmedizin“) über integrierte Versorgungsmodelle („Suchthilfe“, „Leistungserstatter“) bis hin zu Case Management Ansätzen („Suchtmedizin“) geht es um reibungslosere Übergänge zwischen unterschiedlichen Hilfestufen und die kontinuierlichere Begleitung Betroffener von der Akutbehandlung über die medizinische Rehabilitation bis hin zur Nachsorge (Anlage 4, Tab. A4). Die Expert:innen der Gruppe der Betroffenen empfehlen den Abbau bürokratischer Hürden, wünschen klare Zuständigkeiten und eine Bündelung der therapeutischen Angebote, um den Weg durch das Hilfesystem nachvollziehbar und unkomplizierter zu gestalten (Anlage 4, Tab. A4). Die Expert:innen der Gruppe der „Leistungserstatter“ sehen die Notwendigkeit, die Kapazitäten für Entgiftungsbehandlungen zu erhöhen und diese flexibler zu nutzen (z.B. durch eine Erhöhung der Bereitschaft, verfügbare Angebote in anderen Bundesländern wahrzunehmen). Durch die Verbesserung des Übergabemanagements und der IT-Infrastruktur soll die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern effizienter gestaltet werden (Anlage 4, Tab. A4, Gruppe „Leistungserstatter“).

4.8.5 Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote

Für die Verbesserung der Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote wird die Notwendigkeit gesehen, Versorgungsketten zu optimieren und das Versorgungsangebot stärker an den Bedürfnissen der Patient:innen auszurichten (Anlage 4, Tab. A5). Dazu regen die Expert:innen an, bürokratische, strukturelle und soziale Hürden durch schnellere Kostenzusagen („Suchthilfe“) und gezieltes Barrieremanagement abzubauen und die Sichtbarkeit passgenauer Behandlungsangebote zu erhöhen. („Leistungserstatter“). Die Expert:innen der Suchtmedizin empfehlen, Betroffene bereits während einer Entgiftungsbehandlung durch psychoedukative Angebote über die Vorteile und die Notwendigkeit einer längerfristigen Behandlung aufzuklären (Anlage 4, Tab. A5). Die Suchthilfe setzt auf flexible, alltagsnahe Angebote, auch für spezielle Zielgruppen, die Leistungserstatter auf strukturelle Verbesserungen wie den Kapazitätsausbau und Investitionen in hochwertigere Rahmenbedingungen. Betroffene betonen vor allem eine kontinuierliche post-stationäre Anbindung und verbesserte Zugänglichkeit, auch in ländlichen Regionen.

4.8.6 Behandlungsabbrüche

Die Gruppen heben die Bedeutung von Beziehungsarbeit, individueller Begleitung und einer erhöhten Toleranz für Rückfälle hervor, um die Risiken für Behandlungsabbrüche zu minimieren (Anlage 4, Tab. A6). Als zentral wird angesehen, Rückfälle als Teil der Erkrankung zu begreifen und diesen mit beziehungsorientierten Ansätzen statt mit Sanktionen oder einem Therapieabbruch zu begegnen (Anlage 4, Tab. A6). Ebenso wird die Bedeutung einer

ausreichend langen und kontinuierlichen Betreuung durch qualifiziertes Fachpersonal betont, entweder in Form fest zugewiesener Bezugspersonen oder einer nahtlosen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Individuell zugeschnittene, lebenslagenorientierte Angebote gelten als wichtige Stellschrauben, um die Behandlungsmotivation zu fördern und Rückzugs- oder Abbruchgedanken frühzeitig aufzufangen (Anlage 4, Tab. A6, Gruppe „Leistungserstatter“;).

Die Expert:innen plädieren für mehr Fachpersonal, um eine individuelle Begleitung von Behandlungsverläufen sowie kreative, offene Angebote jenseits eines strikten Abstinenzparadigmas zu ermöglichen. Die Expert:innen der Gruppe „Suchtmedizin“ empfehlen zudem eine aktivere Thematisierung von Rückfällen und Motivationskrisen in der therapeutischen Ausbildung. Betroffene betonen die Bedeutung einer ausreichenden Therapiezeit, um nachhaltige Veränderungen zu ermöglichen (Anlage 4, Tab. A6).

4.8.7 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten bei älteren Menschen

Die Gruppen teilen die Ansicht, dass Versorgungsleistungen für ältere Menschen stärker an deren Lebenswirklichkeit und spezifische Bedürfnisse ausgerichtet werden sollten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf Hausärzt:innen, sowohl für die Identifikation als auch für die Behandlung alkoholbezogener Störungen (Anlage 4, Tab. A7). Gemeinsam regen die Gruppen an, bedarfsgerechte Hilfen außerhalb klassischer Versorgungssettings zu entwickeln, z.B. durch spezielle Beratungsangebote in Wohnheimen und Pflegeeinrichtungen. Ziel sei es, soziale Isolation zu verringern, alltagsrelevante Unterstützung anzubieten und neue Lebensperspektiven im Alter aufzuzeigen. Ein weiteres gemeinsames Anliegen ist die enttabuisierende Information und Aufklärung über Suchtrisiken und Behandlungsoptionen im Alter, sowohl von Betroffenen selbst als auch von deren sozialen Umfeld (z. B. Angehörige, Pflegende und ärztliches Personal). Hier werden zielgruppengerechte Ansprache und Öffentlichkeitsarbeit als zentrale Hebel gesehen, um Stigmatisierung abzubauen und den Zugang zu Hilfen zu erleichtern (Anlage 4, Tab A7).

4.8.8 Inanspruchnahme von ambulanten pharmakologischen Interventionen

Die Gruppen betonen, dass ambulante pharmakologische Interventionen zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit gezielter eingesetzt werden könnten, wenn sie mit Aufklärung, fachlicher Kompetenz und einer ganzheitlichen Behandlungskonzeption verknüpft werden (Anlage 4, Tab. A8). Die Expert:innengruppen der „Betroffenen“, „Suchthilfe“ und „Suchtmedizin“ sehen die Notwendigkeit, über Wirkung und Nebenwirkungen entsprechender Medikamenten offen zu kommunizieren und Vorbehalte ernst zu nehmen (Anlage 4, Tab. A8). Dies schließt die Entstigmatisierung medikamentöser Behandlung ein und bedarf einer gezielten Weiterbildung von Ärzt:innen (insbesondere Hausärzt:innen) („Leistungserstatter“, „Suchtmedizin“) (Anlage 4, Tab. A8). Die Expert:innen der Suchtmedizin empfehlen eine ambulante medikamentöse Behandlung durch die Klinik, in der z.B. eine stationäre Entzugsbehandlung erfolgte (Anlage 4, Tab. A8).

5 Diskussion der Projektergebnisse

Das PRAGMA-Projekt verfolgte einen multidimensionalen Ansatz zur systematischen Analyse der Versorgungswege von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Modellregion Hamburg. Hierzu wurden Routinedaten mehrerer Sozialversicherungsträger mit Basis- und Verlaufsdaten aus Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe zusammengeführt, um erstmals sektorübergreifend typische Patient:innenverläufe über einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren empirisch zu identifizieren und zu untersuchen. Im Fokus standen dabei sowohl der Einfluss spezifischer Versorgungswege auf Morbidität und Mortalität als auch die Analyse soziodemographischer und gesundheitsbezogener Determinanten für die Inanspruchnahme und vorzeitige Beendigung von Versorgungsleistungen. Zudem wurden die Effekte prototypischer Versorgungsverläufe auf vermeidbare Hospitalisierungen als auch Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen analysiert. Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse wurden mittels qualitativen Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften vertieft, um subjektive Perspektiven auf Schwachstellen und Verbesserungspotenziale im bestehenden Versorgungssystem zu integrieren. Die so gewonnenen Befunde wurden im Austausch mit Expert:innen reflektiert, diskutiert und priorisiert, um fundierte und praxisrelevante Empfehlungen für eine patient:innenzentrierte und ergebnisorientierte Optimierung der Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit in Deutschland abzuleiten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind generelle Limitationen zu berücksichtigen. Die verwendeten Daten wurden primär für Abrechnungszwecke erhoben und nicht speziell für wissenschaftliche Untersuchungen erstellt. Daher besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Diagnosen nicht, unvollständig oder ungenau erfasst wurden. Insbesondere könnten Diagnosen psychiatrischer Komorbiditäten in den Daten untererfasst sein, da diese aufgrund unzureichendem Hilfesuchverhalten nicht zuverlässig diagnostiziert werden. Zwar wurden die zentralen Behandlungsformen der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen, jedoch nicht alle in Deutschland verfügbaren Therapieoptionen für AUD erfasst. Angebote wie Eingliederungshilfen, Selbsthilfegruppen, berufliche Unterstützung und Justizleistungen (Bürkle et al., 2019; Kiefer et al., 2022) fehlen ebenso wie hausärztliche Kurzinterventionen, die in den Daten nicht oder nicht eindeutig abbildbar sind (Frischknecht et al., 2020; Kastaun et al., 2022). Weiterhin sind bei der Interpretation der Ergebnisse Aspekte wie die begrenzte Betrachtungszeit von sechs Jahren für Diagnosen, die Vielfalt der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten und individuelle Faktoren, die die Behandlung beeinflussen, zu berücksichtigen. Ebenso können Unterschiede in der Behandlungsdauer sowie die Art der Dokumentation zu Verzerrungen führen. Außerdem beschränken sich die Daten auf eine bestimmte Region und spiegeln die Versorgungssituation in Hamburg wider, was die Übertragbarkeit auf andere Regionen einschränken kann.

Neben den o.g. generellen Einschränkungen in der Aussagekraft von Routinedaten zu Abrechnungszwecken war in den Analysen zur Fragestellung 1 (Typische Kurz- und Langzeitverläufe) das Rückschau-Fenster zur Bestimmung der Erstdiagnose auf 12 Monate begrenzt. Frühere AUD-Diagnosen und Behandlungen könnten unberücksichtigt geblieben sein, was das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen könnte.

In den Analysen zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme bzw. vorzeitige Beendigung von alkoholbezogenen Behandlungsformen (Fragestellung 2) ist zu beachten, dass die teilweise geringe Varianzaufklärung der verwendeten Modelle darauf hindeutet, dass neben den

untersuchten Faktoren auch strukturelle und individuelle Aspekte, wie die Passung der Behandlung an persönliche Bedürfnisse, eine bedeutende Rolle spielen. Zudem ist die Validität des in den Abrechnungsdaten dokumentierten Entlassungsgrundes eingeschränkt, da die Behandlungsdauer variabel ist und irreguläre Beendigungen möglicherweise nicht immer zuverlässig erfasst werden. Die Abrechnungsdaten spiegeln den klinischen Alltag wider, bei dem weniger strikte Ausschlusskriterien gelten, was Unterschiede zu kontrollierten klinischen Studien erklärt.

Für die Fragestellung 3 (Morbidität und Mortalität) konnten aufgrund einer unzureichenden Fallzahl der Einfluss von Inanspruchnahmen alkoholspezifischer Behandlungen auf die Mortalität der betroffenen Patient:innen nicht untersucht werden.

Da die Genauigkeit der Diagnosen sowie detaillierte Informationen zu den Behandlungsinhalten in Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt sind, wurden in den Analysen zur Fragestellung 4 (Effekte prototypischer Verläufe) strenge Einschlusskriterien und etablierte Definitionssysteme verwendet. Trotz der Differenzierung zwischen Qualifizierten Entzugsbehandlungen (QE) und stationären alkoholbezogenen Behandlungen (STAB) auf Grundlage von OPS-Codes sind die konkreten therapeutischen Bestandteile beider Ansätze unklar. Unterschiede in der Behandlungsdauer konnten Einfluss auf die Ergebnisse nehmen; so waren Patient:innen mit längerer QE-Hospitalisierung häufiger in der Rehabilitationsgruppe. Durch den Einsatz von Matching-Weights wurde versucht, Verzerrungen zu minimieren, eine Restunsicherheit bleibt jedoch bestehen. Langfristigere Effekte der Behandlungsformen konnten aufgrund der Datenverfügbarkeit nicht bewertet werden.

Die retrospektive Untersuchung zur Fragestellung 5 (Auswirkungen der COVID-19 Pandemie) basiert auf Routinedaten von etwa 5.600 Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholkonsumstörung. Eine Verzerrung durch Fehldiagnosen oder bewusste Auslassung von Diagnosen alkoholbezogener Störungen lässt sich nicht ausschließen und kann die Schätzung der Behandlungsinanspruchnahme beeinflussen. Allerdings sind unsere Hauptergebnisse hiervon nur betroffen, wenn sich diese Verzerrungen in bestimmten Zeiträumen systematisch häufen, z. B. während der Lockdowns.

Die qualitativen Interviews zu Fragestellung 6 (Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten) lieferten vertiefte Einblicke in individuelle Sichtweisen von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der begrenzten und nicht-repräsentativen Stichprobe eingeschränkt ist. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Antworten der Befragten durch soziale Erwünschtheit oder andere reaktive Effekte beeinflusst wurden. Obwohl das zweistufige Verfahren zur Entwicklung von Ansatzpunkten für eine Verbesserung der Versorgung (Fragestellung 7), angelehnt an die Nominal-Group-Technique (NGT), gezielt gewählt wurde und die unterschiedliche Anzahl an Teilnehmenden pro Runde im Methodenplan vorgesehen war, bestehen dennoch gewisse Limitationen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass sowohl die Auswahl als auch die Zahl der beteiligten Expert:innen Einfluss auf die erarbeiteten Empfehlungen nehmen. Hätten andere oder mehr Expert:innen an dem Prozess teilgenommen, wären unter Umständen weitere oder andere Ansatzpunkte und Empfehlungen entstanden.

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurden fünf zentrale Fragestellungen mit entsprechenden Hypothesen überprüft.

5.1 Fragestellung 1: *Typische Kurz- und Langzeitverläufe*

Die erste Fragestellung widmete sich der Rekonstruktion typischer Kurz- und Langzeitverläufe der Inanspruchnahme entsprechender Behandlungsangebote. Erwartet wurde, dass etwa 30% der Patient:innen innerhalb von 6 Monaten nach Erstdiagnose keine suchtspezifischen Leistungen in Anspruch nehmen und die Mehrheit lediglich wenige (1–5) Kontakte verzeichnet, während nur ein kleiner Anteil mehr als 5 Behandlungskontakte hat.

Die Befunde zeigen, dass innerhalb des kurzen Zeitraums von 6 Monaten nach der Erstdiagnose sogar 68,6% aller Betroffenen (n=2.716) keinerlei Kontakt mit der suchtspezifischen Versorgung hatten, deutlich mehr als angenommen. Unter denjenigen, die Leistungen nutzten, bestätigte sich die Hypothese: 95,6% hatten nur 1 bis 5 Kontakte, wobei sehr wenige (4,4%) mehr als 6 Kontakte aufwiesen. In der Langzeitperspektive über 24 Monate nach Erstdiagnose zeigte sich bei 39,2% der Betroffenen (n=2.702) mindestens ein Kontakt zur suchtspezifischen Versorgung. Auffällig ist, dass bei etwa einem Drittel dieser Personen lediglich ein Kontakt dokumentiert wurde. Am häufigsten wurden psychiatrische Kurzkontakte und qualifizierte Entzüge dokumentiert, gefolgt von weiteren stationären Alkoholbehandlungen, Suchtberatungen, Rehabilitationsbehandlungen, pharmakologischen Behandlungen und ambulanter Psychotherapie. Mit Blick auf die Kontinuität und Diversität der Versorgungsinanspruchnahme lässt sich eine Fluktuation, also das Wechseln zwischen verschiedenen Maßnahmen, lediglich bei einem kleinen Personenkreis beobachten. Regelmäßige Kontakte zu ambulant tätigen Psychiater:innen (mindestens 5 Episoden) hatten 9% aller Betroffenen; eine Mischung aus mindestens drei verschiedenen Behandlungsformen wurde bei rund 9% dokumentiert.

Während bereits frühere Studien eine geringe Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei AUD in der Gesamtbevölkerung zeigen (Soyka et al., 2017), belegt unsere Analyse, dass auch im Versorgungssystem diagnostizierte Betroffene oftmals keine adäquate Weiterleitung und entsprechende Behandlung erhalten. Jedoch zeigen die Ergebnisse auch, dass Ärzt:innen die Alkoholprobleme von vielen, wenn auch nicht allen, Betroffenen erkennen und diagnostizieren (siehe (J. Rehm et al., 2015)). Der erste Schritt ist also häufig getan, es fehlt jedoch in der Regel die zur Erkrankung passende Behandlung. Erklärungsansätze für diese mangelhafte Versorgung unter Betrachtung der Patient:innen- und Angebotsaspekte werden in den entsprechenden Abschnitten des AP3 und AP4 diskutiert.

Neben der mangelhaften Inanspruchnahme zeigt unsere Analyse der Behandlungsverläufe zudem, dass in der Regel nur eine Form der alkoholbezogenen Behandlung genutzt wird; Kombinationen sind selten. Eine Ausnahme stellt die von der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen empfohlene Abfolge von einer qualifizierten Entzugsbehandlung und anschließender Rehabilitation dar (Kiefer et al., 2021), die jedoch nur wenige Patient:innen tatsächlich durchliefen.

Bemerkenswert ist, dass viele Personen mit AUD regelmäßig psychiatrische (oder psychotherapeutische) Kontakte haben, ein Befund, den frühere Untersuchungen kaum gezeigt haben. Kurzberatungen durch Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen erscheinen als wichtige, bislang wissenschaftlich wenig beleuchtete Therapieoption. Zusatzqualifikationen (z. B. in der Vermittlung von motivierenden Kurzinterventionen) könnten hier die Versorgung verbessern. Über den Inhalt der Kontakte liefern die Daten jedoch keine detaillierten Informationen; spezifische AUD-Medikationen wurden jedenfalls selten verordnet, was darauf hinweisen könnte, dass sich die identifizierten Gespräche auf

weitere psychiatrische Diagnosen konzentriert haben könnten. Künftige Studien sollten untersuchen, welche Rolle Kurzberatungen im psychiatrischen Rahmen spielen und wie Patient:innen die Arztkontakte bewerten. Da formale Psychotherapie auf GKV-Kosten eine Abstinenz nach spätestens zehn Sitzungen verlangt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024), könnten Kurzberatungen einfacher zugänglich erscheinen. Gleichwohl sind weiterführende Untersuchungen zum tatsächlichen Inhalt dieser Beratungen notwendig, zumal die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei schweren AUD limitiert ist (Saitz, 2010) und viele Betroffene intensivere Angebote benötigen. Trotz klarer Evidenz (Heikkinen et al., 2021) markiert die sehr niedrige Verordnungsrate von Medikamenten zur Rückfallprophylaxe eine bedeutende Versorgungslücke. Schätzungen zufolge könnten durch eine stärkere Verbreitung der medikamentösen Behandlung bis zu 10.000 Todesfälle jährlich vermieden werden (Rehm et al., 2013).

5.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme/Abbruch

Die zweite Fragestellung zielte darauf ab, Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme sowie die vorzeitige Beendigung von suchtspezifischen Behandlungen zu identifizieren. Entgegen der Hypothese, dass eine umfangreiche Behandlungserfahrung die Wahrscheinlichkeit weiterer Inanspruchnahmen verringert, zeigte sich, dass Personen mit früheren Behandlungserfahrungen, insbesondere qualifizierte Entzugsbehandlungen, stationäre Alkoholbehandlungen und psychiatrische Kurzkontakte, die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlung im Jahr 2019 deutlich erhöhten. Zudem zeigt sich, dass frühere stationäre Alkoholbehandlungen (STAB) und qualifizierte Entzugsbehandlungen (QE) die Nutzung von Rehabilitationsangeboten begünstigen. Die Analyse unterstreicht damit die Bedeutung stationärer Akutbehandlungen für die Überleitung in die Suchtrehabilitation entsprechend den Empfehlungen der S3-Leitlinie Alkohol (Kiefer et al., 2022). Auch frühere Erfahrungen mit psychiatrischen Kurzinterventionen und Psychotherapie erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inanspruchnahme dieser Behandlungsformen. Die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von irgendeiner alkoholbezogenen Behandlung ist bei Patient:innen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit signifikant geringer, was auf kulturelle oder sprachliche Barrieren schließen lässt (Schouler-Ocak & Aichberger, 2015). Ältere Patient:innen (ab 65 Jahren) nehmen alkoholbezogene Behandlungen seltener in Anspruch, was auf Zugangsbarrieren oder eine geringere Bereitschaft in dieser Altersgruppe hinweisen könnte (Otete et al., 2015). Dies gilt auch für pharmakologische Behandlungen, obwohl diese Gruppe vermutlich gut über Hausärzte zu erreichen wäre (Montgomery et al., 2023; J. Rehm et al., 2015), deutet dieses Ergebnis auf Vorbehalte oder hinderliche Versorgungsstrukturen hin (C. R. May et al., 2019; Oliva et al., 2011). Die häufigere Inanspruchnahme alkoholbezogener Maßnahmen bei hoher gesundheitlicher Belastung deckt sich mit vorherigen Studien und lässt vermuten, dass mangelndes Problembewusstsein sowie fehlende Angebote zur Früherkennung von alkoholbezogenen Störungen dazu führen, dass Hilfen erst dann in Anspruch genommen werden, wenn die Suchterkrankung und ihre Folgen bereits fortgeschritten sind (Chapman et al., 2015; Wang et al., 2007).

Je nach Form wurden zwischen 17 % (QE) und 27 % (STAB) der alkoholbezogenen Behandlungen vorzeitig und irregulär beendet. Frühere Behandlungsabbrüche, jüngerer Alter und fehlende Erwerbstätigkeit erhöhten grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit einer

irregulären Beendigung. Spezifisch waren ein männliches Geschlecht, fehlende Begleiterkrankungen sowie vorherige QE- und STAB-Abbrüche mit STAB-Abbrüchen assoziiert. QE-Abbrüche standen vor allem mit früheren STAB-Abbrüchen in Zusammenhang. Bei REHA waren vor allem vorherige Abbrüche von QE, ein ambulantes Setting und nicht-deutsche Staatsangehörigkeit relevante Faktoren für eine irreguläre Beendigung. Diese Ergebnisse legen nahe, dass wiederholte Abbrüche, besonders über verschiedene Behandlungssettings hinweg, die Selbstwirksamkeit schwächen und zukünftige Abbrüche begünstigen könnten (McKellar et al., 2006). Maßnahmen wie die individuelle Thematisierung der Abbruchgründe sowie eine kultursensitive Versorgung könnten präventiv wirken (Berens et al., 2016; Brzoska et al., 2017). Unter der Annahme, dass eine größere Anzahl an Behandlungen ein Indikator für einen höheren Schweregrad ist, widerspricht der beobachtete Zusammenhang zwischen der Anzahl regulär abgeschlossener stationärer Behandlungsepisoden (STAB) und einem geringeren Abbruchrisiko der Beobachtung, dass der Schweregrad der Erkrankung stets risikosteigernd wirkt (Koopmann et al., 2025). Möglicherweise könnte eine mehrfach durchlaufene Behandlung das Erkrankungsverständnis vertiefen und die Bindung an die Therapie stärken. Besonders auffällig ist, dass jüngere Patient:innen, Nicht-Erwerbstätige sowie Patient:innen mit ausländischer Staatsangehörigkeit höhere Abbruchwahrscheinlichkeiten aufweisen. Dies bestätigt den bisherigen Forschungsstand und unterstreicht die Notwendigkeit, gezielte Motivationsmaßnahmen sowie kultursensitive Ansätze zu entwickeln (Berens et al., 2016; Braune et al., 2008; Brzoska, 2018; Brzoska et al., 2017; Koopmann et al., 2025).

5.3 Fragestellung 3: *Morbidität und Mortalität*

Die dritte Fragestellung beleuchtete mögliche Unterschiede in Morbidität und Mortalität zwischen Patient:innengruppen mit verschiedenen Versorgungswegen. Anhand der Hypothese wurde vermutet, dass bei stationärer Entzugs- und/oder Rehabilitationsbehandlung nach ambulanter Diagnose eine geringere Morbidität und eine niedrigere Mortalität zu beobachten sei. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

In den Analysen zeigte sich, dass Personen mit einer stationären alkoholbezogenen Behandlung die höchste Rate an Hospitalisierungen aufwiesen. Dieser Befund bestand auch unabhängig von der eigentlichen stationären Behandlungsphase, das heißt, auch abseits des unmittelbaren Krankenhausaufenthalts wurden bei dieser Personengruppe vermehrt weitere Krankenhausaufnahmen beobachtet. Wie in der Methodik beschrieben, wurden stationäre alkoholbezogene Behandlungen (stationäre alkoholbezogene Behandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung) nicht als Outcome-Variablen in den Analysen berücksichtigt bzw. die Ergebnisse um diese Behandlungen korrigiert. Die Zielvariablen sollten möglichst frei vom direkten Einfluss dieser Behandlungsformen definiert sein. Allerdings wurde bei der Mehrheit der registrierten Hospitalisierungen mindestens eine alkoholspezifische Diagnose kodiert – auch dann, wenn keine eigentliche Alkoholbehandlung stattfand (z. B. bei einer Aufnahme wegen Herz-Kreislauf-Erkrankung, wenn zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit dokumentiert wurde). Es bleibt daher unklar, inwiefern in solchen Fällen möglicherweise auch tatsächlich alkoholbezogene Behandlungsmaßnahmen durchgeführt, aber nicht als solche kodiert wurden. Vor diesem Hintergrund wurden die Zielvariablen ohne Alkoholbezug (Sensitivitätsanalyse 1 und 3) so definiert, dass sie ausschließlich Fälle ohne alkoholspezifische

Diagnose umfassen. Diese Fälle sollten daher weitgehend unbeeinflusst von explizit alkoholbezogenen Behandlungen sein. Konkret wurde durch die Variablen „Hospitalisierungen ohne Alkoholbezug“ und „Krankenhaustage ohne Alkoholbezug“ somit untersucht, ob sich die unterschiedlichen Behandlungsverläufe auf Krankenhausleistungen auswirken, die nicht explizit in Zusammenhang mit Alkohol stehen.

Analog hierzu zeigten Patient:innen mit ambulanter AUD-Behandlung die höchste Rate an ambulanten Arztkontakten – ebenfalls unabhängig von der eigentlichen ambulanten Behandlung. Für diese Befunde ließen sich verschiedene Erklärungsansätze diskutieren. Zum einen könnte im Rahmen von ambulanten und stationären Behandlungen eine Vielzahl weiterer Komorbiditäten diagnostiziert werden, die zusätzliche stationäre oder ambulante Behandlungsmaßnahmen erforderlich machten. Zudem könnte es sich bei diesen Gruppen insgesamt um Patient:innen mit einer erhöhten Rate gesundheitlicher Problemlagen gehandelt haben, die sowohl stationär als auch ambulant behandelt werden mussten. Darüber hinaus ist es denkbar, dass bestimmte Personengruppen eine Präferenz für stationäre gegenüber ambulanten Behandlungsangeboten aufwiesen oder einen unterschiedlichen Zugang zu entsprechenden Versorgungsstrukturen hatten (z. B. durch räumliche Verfügbarkeit). Nicht zuletzt ist anzunehmen, dass insbesondere Patient:innen in stationärer Behandlung einen schwereren Erkrankungsgrad aufweisen als Personen ohne Behandlung oder mit ausschließlich ambulanter Behandlung, wodurch wiederholte Krankenhausaufnahmen, beispielsweise aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen oder Unfällen, wahrscheinlicher wurden. Mit Blick auf die konkrete Morbiditätsbelastung waren vor allem ausgewählte Subgruppen, wie die Gruppe „Psychiatrische Kurzkontakte“, „Stationäre alkoholbezogene Behandlung“ sowie „Rehabilitation“, durch eine besonders hohe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems geprägt. Die vorliegenden Ergebnisse erlauben keine abschließende Priorisierung oder Hierarchisierung der unterschiedlichen Behandlungswege. Wesentliche Einflussfaktoren wie Behandlungserfolg, Trinkmuster oder detaillierte Angaben zur konkreten Inanspruchnahme spezifischer Behandlungsangebote standen in der vorliegenden Datengrundlage nicht zur Verfügung, wären jedoch zur Erklärung der beobachteten Unterschiede von Bedeutung. Ungeachtet des gewählten Behandlungsweges zeigte sich, dass Patient:innen mit einer Alkoholkonsumstörung insgesamt in vielfältiger Weise mit dem Gesundheitssystem in Kontakt stehen, sodass sich zahlreiche Ansatzpunkte für die Ausgestaltung und Optimierung von Behandlungsangeboten ergeben.

5.4 Fragestellung 4: Effekte prototypischer Verläufe

Mit der vierten Fragestellung wurde untersucht, ob prototypische Behandlungsverläufe (wie in den Leitlinien definiert) mit einer Reduktion vermeidbarer Hospitalisierungen einhergehen. Die Analyseergebnisse verdeutlichen, dass eine QE mit anschließender Rehabilitationsbehandlung signifikant mit reduzierten Wiederaufnahmeraten sowohl insgesamt als auch mit Alkohol als Ursache einherging. Zwischen STAB oder QE fanden sich keine Unterschiede. Dies bestätigt die Hypothese, dass post-akute Behandlungsformen entscheidend zur Verbesserung der Gesundheitssituation von AUD-Patient:innen beitragen.

Die Rehabilitation ist eine zentrale post-akute Interventionsform für AUD-Patient:innen in Deutschland (Bürkle et al., 2019). Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass Akutbehandlungen, wie die QE, durch anschließende Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt

werden sollten, um die Gesundheit von AUD-Patient:innen wirksam zu verbessern. Rehabilitation hat das Ziel, die Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie die soziale und berufliche Teilhabe (wieder-)herzustellen (Kiefer et al., 2021). Darüber hinaus bietet das Langzeitprogramm die Möglichkeit zur Psychotherapie, Behandlung von Komorbiditäten und Entwicklung langfristiger Strategien zum Erhalt der Abstinenz, was im Mittel- und Langzeitverlauf zu erheblichen Gesundheitsgewinnen führen dürfte (Schwarzinger et al., 2024). Allerdings nahmen in der vorliegenden Stichprobe nur wenige Patient:innen eine Rehabilitation in Anspruch (573 von 7.248; 7,9 %), was vermutlich an langen Wartezeiten, Kapazitätsgrenzen und strukturellen Zugangshürden liegt (Wolfe et al., 2023). Ein Ausbau der Rehabilitationsbehandlung könnte Wiederaufnahmen deutlich (wenn auch in moderatem Ausmaß) verringern. Die hierfür zusätzlich anfallenden Kosten sollten den mittelfristig möglichen Einsparungen durch vermiedene Wiederaufnahmen, weniger Folgeschäden und geringerer vorzeitiger Sterblichkeit gegenübergestellt werden. Es bedarf weiterer Langzeitstudien, um die (Kosten-)Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen umfassend zu bewerten.

Im Gegensatz dazu war eine alleinige QE nicht mit einem Gesundheitsgewinn gegenüber der STAB verbunden. Beide Interventionen sind als Akutmaßnahmen einzuordnen, die kurzfristig Entzugssymptome lindern bzw. im Falle einer QE die Verhaltensbereitschaft der Patient:innen erhöhen können (Kiefer et al., 2021). Zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustands sind jedoch post-akute Ansätze, insbesondere zur Behandlung von Komorbiditäten und zur Entwicklung von Abstinenzstrategien, entscheidend. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund hoher Rückfallquoten selbst nach Rehabilitation, bei denen etwa zwei von drei Patient:innen innerhalb von 12 Monaten mindestens einen Rückfall erleben (Bachmeier et al., 2024).

5.5 Fragestellung 5: Auswirkungen der COVID-19 Pandemie

In Fragestellung 5 wurde der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme von alkoholbezogenen Versorgungsleistungen beleuchtet. Gemäß der Hypothese sollte die Inanspruchnahme alkoholbedingter Behandlungen im Jahr 2020 insgesamt rückläufig sein, wobei sich insbesondere im späteren Verlauf des Jahres Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen abzeichnen sollten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten für Alkoholkonsumstörungen (AUD) im Zuge des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 abrupt zurückging. Nach diesem ersten Lockdown stieg die Zahl der Patientinnen und Patienten zunächst wieder annähernd auf das Vorkrisenniveau; in den späteren Phasen der Pandemie war jedoch erneut ein Rückgang zu verzeichnen. Insgesamt wurden Ende 2021 weniger Personen mit AUD behandelt als 2019. Wie angenommen, fielen die Rückgänge der Inanspruchnahme in stationären Einrichtungen stärker aus als im ambulanten Bereich. Dieses Muster entspricht weitgehend den Ergebnissen bisheriger Studien zur AUD-Behandlungsnutzung in stationären oder ambulanten Settings (Andersson & Håkansson, 2022; Liu et al., 2025; J. Manthey et al., 2023; Narváez-Camargo et al., 2025; Perumalswami et al., 2023; Pilhatsch et al., 2025). Unsere Analyse berücksichtigt jedoch erstmals ein breites Spektrum an AUD-Behandlungsleistungen bis Ende 2021.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Zugangsbarrieren zur AUD-Versorgung im Zuge der Pandemie kaum verändert haben und daher die beobachteten Rückgänge während der COVID-19-Pandemie nicht hinreichend erklären. Vielmehr scheint die geringere Inanspruchnahme von AUD-Behandlungen Resultat verschiedener Faktoren auf Patient:innen- und Systemebene zu sein. Einerseits könnten Patient:innen in der ersten Lockdown-Phase Orte mit erhöhtem Infektionsrisiko, etwa den öffentlichen Nahverkehr, Krankenhäuser oder psychiatrische Einrichtungen, gemieden haben. Andererseits war das Versorgungsangebot selbst verschiedenartig eingeschränkt. So wurden z. B. in Irland Gruppentherapien verkleinert (Columb et al., 2020) und in einer deutschen Ad-hoc-Umfrage der Entzug in 12% der Kliniken vorübergehend eingestellt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2020). In der Rehabilitation empfahlen die deutschen Rentenversicherungsträger zu Beginn des Lockdowns eine Aufnahmepause von 10 Tagen, während ambulante Leistungen teils per Telemedizin fortgesetzt werden konnten (Weissinger, 2020). Auch US-Daten deuten auf nur kurzzeitige Beeinträchtigungen ambulanter AUD-Behandlungen hin (Busch et al., 2023). Diese Hinweise beziehen sich vor allem auf die erste Lockdown-Periode. Es ist denkbar, dass sich Fachkräfte und Einrichtungen im weiteren Pandemieverlauf besser auf Infektionswellen und Kontaktbeschränkungen einstellten, was die weniger ausgeprägten Veränderungen während des zweiten Lockdowns erklären würde. Allerdings erklärt dies nicht die graduellen, anhaltenden Rückgänge in der Inanspruchnahme von alkoholbezogenen Behandlungen in 2021. Zu diesem Zeitpunkt dürften die meisten Versorgungsangebote an die Pandemiesituation angepasst gewesen sein. Auf Patient:innenseite könnten selbst nach Lockerungen der Maßnahmen die Behandlungszahlen niedrig geblieben sein: 2021 lagen die Infektionszahlen weiterhin hoch. Das könnte fortbestehende Infektionsängste und eine daraus resultierende Zurückhaltung bei der Nutzung öffentlicher Angebote erklären. Reduzierter sozialer Austausch könnte darüber hinaus dazu geführt haben, dass Alkoholprobleme länger unentdeckt blieben.

Wie angenommen, war der Rückgang im stationären Bereich ausgeprägter als im ambulanten Setting. Dies lässt sich plausibel mit stärkeren Restriktionen im stationären Bereich und der Möglichkeit ambulanter telemedizinischer Angebote erklären. In Kalifornien etwa wechselten vor allem bisher unbehandelte AUD-Patient:innen in die Telemedizin (Palzes et al., 2022). Besonders vulnerable Gruppen, etwa Personen ohne digitalen Zugang oder mit höherem Versorgungsbedarf, profitierten hiervon womöglich weniger. Insgesamt sind Personen in AUD-Behandlung meist durch einen schwereren Krankheitsverlauf, einer längeren Alkoholkonsumhistorie und psychiatrische Komorbiditäten gekennzeichnet (Venegas et al., 2021). Gerade für diese Gruppe kann eine temporäre Unterbrechung der Versorgung gravierende Langzeitfolgen haben. Die empfohlene, integrierte Versorgungskette (DiMartini et al., 2022) konnte während bestimmter Pandemiephasen nicht aufrechterhalten werden. Dies birgt ein erhöhtes Langzeitrisiko (z. B. für Krebssterblichkeit (Schwarzinger et al., 2024)). Nach Jahren rückläufiger alkoholbedingter Sterblichkeit in Deutschland (2016–2019: 18,0 → 16,2 pro 100.000) kam es 2020–2022 erneut zu einem leichten Anstieg (17,1/17,3/18,0) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2025).

5.6 Fragestellung 6: *Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten*

Das Ziel der qualitativen Studie bestand darin, auf Grundlage von Interviews Einblicke in die Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten im bestehenden Suchthilfesystem aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften zu geben. Mittels ausführlicher narrativer Interviews wurde nicht nur erfasst, wie Patient:innen mit problematischem oder abhängigem Alkoholkonsum umgingen und welche Faktoren sich dabei als hinderlich oder unterstützend erwiesen, sondern es wurden zudem Motivationen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme therapeutischer Angebote aus verschiedenen Perspektiven identifiziert. Die Verknüpfung dieser Erkenntnisse mit den berichteten Erfahrungen im Suchthilfesystem ermöglichte ein vertiefendes Verständnis der subjektiven Entscheidungsprozesse für oder gegen die Annahme von Behandlungsangeboten.

Die Interviews zeigen, dass die Inanspruchnahme und Fortführung von Hilfsangeboten bei Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung durch zahlreiche Barrieren erschwert werden, die auf struktureller, systemischer und individueller Ebene liegen. Diese Hindernisse betreffen sowohl Betroffene als auch Angehörige und wirken sich auf Fachkräfte und die gesamte Versorgungskette aus. In einer Literaturübersicht erwiesen sich drei Hindernisse als besonders hervorstechend: Scham und Stigmatisierung, mangelndes Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Behandlung und das Paradoxon, dass einerseits ein Bedürfnis besteht, andererseits aber auch Angst davor, mit dem Trinken aufzuhören (C. May et al., 2019). Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zeigen häufig eine mangelnde Einsicht in das Ausmaß und die Behandlungsbedürftigkeit ihrer Erkrankung (Montgomery et al., 2023; Probst et al., 2015). Daten geben Hinweise darauf, dass diese fehlende Selbsterkenntnis des Hilfebedarfs die größte Barriere für die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung darstellt (Edlund et al., 2009). Die Einsichtsfähigkeit wird dabei nicht nur von individuellen Faktoren wie kognitiven Verzerrungen, sondern auch von sozialen Normen und strukturellen Faktoren beeinflusst (Morris et al., 2025). Ein unzureichendes Problembewusstsein und die daraus resultierende geringe Bereitschaft zur Veränderung erschweren dann eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfe und beeinträchtigen sowohl die Behandlungstreue als auch das Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz (Morris et al., 2025; Raftery et al., 2020). Häufig findet die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsproblematik erst unter erheblichem äußerem Druck statt, etwa im Rahmen einer akuten medizinischen Behandlung. Gerade in solchen „Reachable Moments“ (kritische Zeitpunkte im Leben, in denen eine besondere Offenheit für Veränderungen und Unterstützung besteht) ist es entscheidend, durch individuelle und empathische Interventionen gezielt anzusetzen, um Verhaltensänderungen zu fördern und den Zugang zu notwendigen Behandlungen zu erleichtern (Castro et al., 2021; Velez et al., 2017).

Eine mangelnde Problemeinsicht ist auch eine Folge von Stigmatisierungen, die bei Betroffenen sowie Angehörigen Scham- und Schuldgefühle hervorrufen. Dies erschwert es, die Problematik offen zu thematisieren und einen Zugang zu Diagnostik, Behandlung sowie Betreuung zu erhalten. In der Folge besteht die Gefahr, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit keine Hilfe in Anspruch nehmen (Montgomery et al., 2023; Probst et al., 2015), aber auch übersehen oder falsch diagnostiziert werden (Kruithof et al., 2023). Die Berichte der Betroffenen in dieser Studie veranschaulichen eindrücklich, wie stark gesellschaftliche Vorstellungen von „normalem“ versus „problematischem“ Trinken das individuelle Erleben und Verhalten beeinflussen. Das Bedürfnis, als „normal“ und

funktionsfähig wahrgenommen zu werden und nicht mit negativen Stereotypen assoziiert zu werden, führt häufig dazu, gesundheitliche Risiken zu verharmlosen und entsprechende Hilfsangebote nicht in Anspruch zu nehmen. Daher ist es notwendig, dass bestehende Unterstützungsangebote die stigmatisierende Wirkung traditioneller Suchtbilder überwinden und Identitäten fördern, die aufzeigen, dass Alkoholprobleme viele Lebensrealitäten betreffen können, unabhängig von sozialer Funktionalität (Wilson et al., 2013). Die Interviews in der PRAGMA Studie zeigen, dass die Angst vor gesellschaftlicher Ablehnung auch auf Angehörige einwirkt, die für Betroffene häufig eine zentrale Unterstützungsrolle einnehmen. Gesellschaftliche Vorurteile und Stigmatisierung verstärken die emotionalen Belastungen, sozialen Einschränkungen, schwierigen Familiendynamiken und Ängste (McCann et al., 2019). Aus den Ergebnissen der Interviews wird deutlich, dass Angehörige ebenso Unterstützung benötigen, um die vielfältigen Belastungen zu bewältigen und ihre Unterstützungsrolle zu stärken, und sie von einer Entstigmatisierung von Suchterkrankungen profitieren würden (McCann et al., 2019).

Hindernisse bestehen aus Sicht der Interviewten durch lange Wartezeiten auf Therapieplätze, unklare Zuständigkeiten und fehlende Anschlussbetreuung. Studien zeigen, dass sich längere Wartezeiten negativ auf den Behandlungseinstieg auswirken. Sie lösen Frustration aus und erhöhen das Risiko für Rückfälle (Redko et al., 2006; Wolfe et al., 2023). Die Angebote für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind häufig wenig flexibel und nicht ausreichend auf individuelle Lebenslagen zugeschnitten. Generische Betreuungsstrukturen führen zu Wartezeiten, in denen Patient:innen zwischen verschiedenen Institutionen hin- und hergeschoben werden („Drehtürphänomen“) und keine kontinuierliche, bedarfsgerechte Versorgung erhalten (Kruithof et al., 2023). Auch steht die Abstinenzorientierung einer Inanspruchnahme entgegen, obwohl Ansätze ohne Abstinenzorientierung gut evaluiert sind. Sie können die Behandlungssituation verbessern und Betroffenen helfen, ihre individuellen Ziele zu erreichen (Paquette et al., 2022).

Die Interviews zeigen, dass es an Wissen und Orientierung über die Erkrankung selbst, deren Schweregrad und die vorhandenen Unterstützungsangebote fehlt – sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen. Studiendaten bestätigen dieses Ergebnis und zeigen, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit, je nach ihrem Gesundheitskompetenzniveau, unterschiedliche Fähigkeiten haben, Gesundheitsinformationen aktiv zu suchen, kritisch zu beurteilen und anzuwenden. Eine individuelle, verständliche Informationsvermittlung kann ihre Behandlungsergebnisse deutlich verbessern (Rolova et al., 2020). Es mangelt an zentralen Anlaufstellen und festen Ansprechpartner:innen: Betroffene und Angehörige sehen sich vielfach mit einem fragmentierten Hilfesystem, mangelnder Transparenz und wechselnden Zuständigkeiten konfrontiert. Ein Fallmanagement erwies sich als besonders guter Ansatz, um auf die Bedürfnisse von Klient:innen mit vielfältigen und komplexen Bedürfnissen einzugehen (Savic et al., 2017). Auch Fachkräfte müssen sich mit erheblichem Aufwand einen Überblick verschaffen, was die Versorgungsprozesse zusätzlich verkompliziert.

Betroffene in anderen Studien berichten, dass sie wegen psychischen Komorbiditäten nicht in bestehende Versorgungsstrukturen „hineinpassen“, auf zahlreiche strukturelle Hürden stoßen und deshalb häufig gänzlich aus der Versorgung fallen (Jackson et al., 2024). Psychische Probleme und Alkoholabhängigkeit werden in der Folge häufig getrennt behandelt, da es kaum Angebote für eine integrierte Versorgung gibt (Jackson et al., 2024). Menschen mit Alkoholproblemen berichten, dass sie von psychiatrischer oder psychotherapeutischer

Behandlung ausgeschlossen werden, mit dem Hinweis, zunächst ihren Alkoholkonsum in den Griff zu bekommen: ein Vorgehen, das Gefühle der Isolation und Hilflosigkeit auslösen kann (Jackson et al., 2024).

Ein zentrales Anliegen aller Gruppen ist der Wunsch nach einer nahtlosen Versorgung mit kontinuierlicher Betreuung und festen Ansprechpartner:innen sowie einer besseren Vernetzung zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Mangelnde Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren und Einrichtungen sind bekannte Barrieren (Jackson et al., 2024). Positive Erfahrungen mit gut funktionierenden Netzwerken werden als besonders hilfreich bewertet, während unzureichende Abstimmung zu Verzögerungen und Orientierungslosigkeit führt.

Gemäß der Interviews führen Rückfälle häufig zu einem vorzeitigen Abbruch von Behandlungen oder Betreuungsmaßnahmen und werden oftmals zum Anlass genommen, die Versorgung durch die Einrichtung vollständig zu beenden, was die Kontinuität und Stabilität der Hilfen erheblich gefährdet. Ebenso berichten Studien, dass Menschen mit Suchtproblemen Krankenhäuser häufig vorzeitig verlassen, weil sie sich schlecht behandelt oder stigmatisiert fühlen oder ihre medizinischen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt sehen (Simon et al., 2020). Diese Zusammenhänge verdeutlichen die Bedeutung einer umfassenden, nicht-stigmatisierenden Suchtmedizin, um negative Behandlungserfahrungen zu minimieren und eine nachhaltige Versorgung sicherzustellen. Relevante klinische Symptome psychischer Störungen wie Depressionen oder Angst gehen mit erhöhten Abbruchraten alkoholbezogener Behandlungsmaßnahmen einher und unterstreichen die Notwendigkeit integrierter Versorgungsmodelle für diese Patientengruppe (Rabinowitz et al., 2023). Es sollten vor allem psychische und beziehungsbezogene Faktoren berücksichtigt werden, um Therapieverläufe zu optimieren und vorzeitige Behandlungsbeendigungen zu reduzieren (Brorson et al., 2013).

5.7 Fragestellung 7: Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung

Ziel des Arbeitspakets 4 war es, auf Basis der empirischen Ergebnisse Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit Alkoholabhängigkeit aus der Perspektive von vier Expert:innengruppen („Betroffene“, „Suchthilfe“, „Suchtmedizin“ und „Leistungserstatter“) zu generieren und zu hierarchisieren. Die von den vier Expert:innengruppen erarbeiteten Ansatzpunkte zeigen eine hohe Übereinstimmung in der Priorisierung der Handlungsfelder und große inhaltliche Überschneidungen in zentralen Versorgungs- und Steuerungsbedarfen. Die identifizierten Ansatzpunkte lassen sich auf sechs zentrale Schwerpunkte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit verdichten: Entstigmatisierung und gesellschaftliche Anerkennung, Aufklärung und Früherkennung, Interdisziplinarität und Kooperation, Individualisierung und Zielgruppenorientierung, Digitalisierung sowie Ressourcenausbau.

Entstigmatisierung und gesellschaftliche Anerkennung

Weltweit gilt die Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsum als wesentliches Hindernis für den Zugang zu Präventions- und Versorgungsangeboten und trägt maßgeblich

zu negativen Gesundheitsfolgen bei (Manthey et al., 2022). Besonders Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind von Stigmatisierung betroffen und erleben im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen häufig eine stärkere gesellschaftliche Ablehnung und Diskriminierung (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011). Stigmatisierung wirkt entsprechend als ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung und das Fortschreiten einer Abhängigkeitserkrankung, indem sie einerseits die Inanspruchnahme geeigneter Behandlungsangebote erschwert (Nearchou et al., 2025; Probst et al., 2015) und andererseits soziale Ausgrenzung sowie eingeschränkte Teilhabe am Arbeits- und Wohnungsmarkt oder auch eine Beeinträchtigung sozialer Beziehungen zur Folge haben kann (Krendl & Perry, 2023). Vor diesem Hintergrund sind die Forderungen der Expert:innen nach Entstigmatisierung und gesellschaftlicher Anerkennung von Suchterkrankungen essenziell, um einen frühzeitigen und umfassenden Zugang zu Hilfs- und Versorgungsangeboten zu ermöglichen. Die Ursachen, Auswirkungen und Besonderheiten der Stigmatisierung von Suchterkrankungen sind bisher allerdings kaum wissenschaftlich untersucht (Krendl & Perry, 2023) und es fehlen methodisch hochwertige Studien, die die mittel- und langfristige Wirksamkeit entsprechender Interventionen belegen (Livingston et al., 2012). Einzelne Studien deuten darauf hin, dass Maßnahmen wie therapeutische Gruppenangebote, motivierende Gesprächsführung, positive Erfahrungsberichte oder Bildungs- und Trainingsprogramme sowohl Selbststigmatisierung als auch gesellschaftliche und strukturelle Diskriminierung von Suchterkrankungen verringern können (Livingston et al., 2012). Bei der Entwicklung entsprechender Interventionen wird empfohlen, sowohl betroffene Personen, Angehörige, Fachkräfte und Peer-Expert:innen einzubeziehen als auch Bewältigungsstrategien systematisch in die Behandlung zu integrieren (Carroll et al., 2025; Wallhed Finn et al., 2023). Für wirksame Kampagnen sollten Botschaften vorab experimentell getestet und als Teil einer umfassenden Strategie entwickelt werden. Da die bisherige Evidenzlage schwach ist, könnte es sinnvoll sein, bewährte Ansätze der Stigma-Forschung, die bei anderen psychischen Erkrankungen Anwendung finden, auf Suchterkrankungen zu adaptieren und weiterzuentwickeln (Corrigan et al., 2017).

Aufklärung und Früherkennung

Die Bedeutung umfassender Aufklärung im Kontext der Prävention und Behandlung alkoholbezogener Problematiken wird sowohl von Expert:innen als auch in der Fachliteratur hervorgehoben. Zielgerichtete Informationen sollen in verschiedenen Settings, wie Bildungseinrichtungen, Betrieben, medizinischen Versorgungseinrichtungen oder im sozialen Raum, bereitgestellt werden, um die Gesundheitskompetenz einer möglichst breiten Zielgruppe gegenüber Alkohol und den Folgen von Alkohol zu erhöhen (Jakob Manthey, Daša Kokole, et al., 2023). Es ist dabei zentral, nicht nur über Risiken und Folgen des Alkoholkonsums aufzuklären, sondern auch über Behandlungsmöglichkeiten und therapeutische Ansätze zu informieren. Die aktuelle Evidenzlage unterstützt diese Forderungen und zeigt, dass öffentliche Aufklärungskampagnen und Präventionsprogramme einen wichtigen Beitrag leisten können, Vorurteile abzubauen und Stigmatisierung zu verringern und so den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Sucht nachhaltig zu verbessern (Jakob Manthey, Daša Kokole, et al., 2023; Young et al., 2018).

Die von den Expert:innen geforderten Ansätze zur Verbesserung der Früherkennung in sozialen und medizinischen Settings sind ebenfalls wissenschaftlich gut untersucht. Zahlreiche

Studien belegen, dass die Implementierung solcher Maßnahmen sowohl praktikabel als auch wirksam ist, um alkoholbezogene Risikoverhaltensweisen frühzeitig zu identifizieren (Kaner et al., 2018; A. O'Donnell et al., 2014; Schmidt et al., 2016). Ziel der strukturierten Gespräche ist es, Verhaltensänderungen anzustoßen, Patient:innen zu motivieren, ihr Konsummuster kritisch zu reflektieren und (sofern erforderlich) eine weiterführende Vermittlung in das Suchthilfesystem zu fördern. Studien aus Deutschland zeigen jedoch, dass die Umsetzung dieser Maßnahmen trotz Leitlinienempfehlung im Versorgungsalltag mit verschiedenen Herausforderungen verbunden ist, etwa in Bezug auf die fachliche Qualifikation des Personals, begrenzte zeitliche Ressourcen oder organisatorische Hürden im Versorgungsalltag (Buchholz et al., 2021; Schulte et al., 2014). Trotz einer Reihe von Forschungsarbeiten, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Implementierung in der Routineversorgung untersucht haben, ist die flächendeckende Anwendung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für riskanten Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in Deutschland bislang nur unzureichend etabliert (Frischknecht et al., 2022; Manthey et al., 2020). Maßnahmen zu einer verbesserten Gesundheitskompetenz und zur Senkung des Alkoholkonsums in der Gesellschaft sollten komplementär betrachtet und als Teil einer umfassenden alkoholpolitischen Strategie umgesetzt werden (Jakob Manthey, Daša Kokole, et al., 2023). Diese beinhaltet auch die von den Expert:innen geforderten gesundheitspolitischen Maßnahmen, wie z. B. Steuererhöhungen und Verfügbarkeitsbeschränkungen (Jakob Manthey, Daša Kokole, et al., 2023).

Interdisziplinarität und Kooperation

Das aufgrund historisch gewachsener Strukturen und der spezifischen Zuständigkeiten der Leistungsträger stark fragmentierte Hilfesystem, eine hohe Komorbidität sowie hohe Rückfallraten machen Interdisziplinarität und Kooperation zu grundlegenden Bedingungen für eine bessere Vernetzung und eine adäquate Versorgung. Eine häufige Komorbidität zwischen Suchterkrankungen und psychischen Störungen ist die Regel und nicht die Ausnahme (Essau, 2020). Eine in den letzten 12 Monaten diagnostizierte Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Substanzkonsumstörung um den Faktor 3,3 (Grant et al., 2015). Zudem ist die Prävalenz der meisten Stimmungs-, Angst-, und Denkstörungen bei Menschen mit Alkoholkonsumstörung höher als in der Allgemeinbevölkerung (Melchior et al., 2014; Preuss et al., 2018; Sørensen et al., 2018). Beispielsweise liegt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Depression bei Menschen mit einer aktuellen Alkoholkonsumstörung (in den letzten 12 Monaten) zwischen 4 % und 22 % (Lai et al., 2015). Die Einführung multiprofessioneller Zusammenarbeit etwa durch Fallkonferenzen, strukturierte Übergänge, Case Management oder gemeinsame IT-Lösungen ist häufig kurzfristig in bestehenden Netzwerken möglich, sofern Verantwortlichkeiten eindeutig zugeordnet werden und Ressourcen für Koordination bereitstehen.

Qualitative Studien unter Erwachsenen mit Behandlungsbedarf wegen einer aktuellen oder früheren Alkoholkonsumstörung identifizierten eine Reihe von Hindernissen für den Zugang zur Behandlung. Dazu gehören unter anderem lange Wartezeiten, das Fehlen geografisch zugänglicher Behandlungsmöglichkeiten, mangelnde kulturelle/demografische Sensibilität, mangelnde Anonymität/Privatsphäre und fehlende Angebote zur Behandlung von gleichzeitigen psychischen Problemen (Wolfe et al., 2023). Auch bezüglich der Verstärkung stationär erzielter Therapieerfolge und Vermeidung von Rückfällen durch eine Nachsorge

herrscht in Deutschland eine Mangelsituation. Hier zeigen beispielsweise hybride E-Health-Interventionen das Potential, als ergänzende Komponente in der poststationären Versorgung signifikante Therapieeffekte zu erzielen (Lukas & Hacker, 2023). Entsprechende kooperative Versorgungsmodelle sind ort- und zeitunabhängig, kostengünstig und weisen einen hohen Anonymitätsgrad jenseits des konventionellen Suchtsystems auf.

Für eine integrierte Versorgung spielt die Vernetzung von stationären und ambulanten Therapieangeboten eine bedeutende Rolle. Damit lassen sich vorhandene Ressourcen besser nutzen und qualitativ hochwertige und trotzdem kostengünstige Behandlungsmodelle schaffen (Verthein et al., 2014). Eine systematische Literaturübersicht identifizierte eine Reihe miteinander verbundener Strategien auf den Ebenen Finanzierung, Organisation, Leistungserbringung und Klinik (Savic et al., 2017): Für eine effektive Integration sind die Aufnahme der integrierten Versorgung in die Leistungsbeschreibungen und eine angemessene Finanzierung entscheidend. Gute Beziehungen zwischen den Einrichtungen sowie der Austausch von Kundendaten (mit Einwilligung) erleichtern die Umsetzung der Strategien. Wichtige Maßnahmen sind die Schulung des Personals im Erkennen fachübergreifender Bedürfnisse und der Einsatz von Fallmanagement bei Patient:innen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf. Darüber hinaus werden langfristige, coachingähnliche Fortbildungen empfohlen. Auf klinischer Ebene sind fachübergreifende Screenings und gemeinsame Versorgungsplanung übliche Ansätze zur Förderung integrierter Versorgung.

Individualisierung und Zielgruppenorientierung

Studien zeigen, dass verschiedene Zielgruppen wie beispielsweise Mütter mit einer Suchterkrankung (Canevascini & Kleinhage, 2023), ältere Menschen (Behrendt et al., 2025) oder marginalisierte Gruppen wie ethnische Minderheiten oder obdachlose Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (Collins, 2016) spezifische Unterstützungsbedarfe haben, denen die bestehenden Versorgungssysteme bislang häufig nicht ausreichend gerecht werden (Wolfe et al., 2023). Zusätzlich zu einer verbesserten Zielgruppenorientierung zeigen Studien, dass die Alkoholabhängigkeit ein sehr heterogenes Störungsbild darstellt, das durch ein komplexes Zusammenspiel genetischer, neurobiologischer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst wird. Diese Heterogenität manifestiert sich in unterschiedlichen Subtypen, Schweregraden und Behandlungsverläufen, die eine flexible Anpassung von Versorgungsangeboten an die jeweiligen Lebensrealitäten, Motivationslagen und Bedürfnisse der Betroffenen erfordern. Aktuelle Studien zeigen, dass Behandlungen bei Alkoholkonsumstörungen mithilfe personalisierter medizinischer Ansätze gezielter und individueller auf Patient:innen zugeschnitten werden können (Kuhlemeier et al., 2021; Litten et al., 2015). Dies gilt gleichermaßen für pharmakologische und adaptive Behandlungsansätze, bei denen etwa genetische Unterschiede und der Therapieverlauf berücksichtigt werden, um Wirksamkeit und Passgenauigkeit der Behandlung weiter zu verbessern (Kranzler & McKay, 2012).

Digitalisierung

Digitale Innovationen eignen sich für frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und für eine verbesserte Vernetzung innerhalb des Hilfesystems.

Maßnahmen wie Online-Beratung, digitale Koordination und Apps lassen sich unter Sicherstellung notwendiger technischer Infrastruktur und Datenschutzmaßnahmen vergleichsweise kurzfristig und ergänzend zu klassischen Angeboten implementieren. Eine aktuelle Evaluierung einer E-Health Intervention („Die ersten 30 Tage ohne Alkohol“) für Alkoholkonsumstörungen in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass bei etwa einem Drittel der Patient:innen eine Form von psychischer Komorbidität vorlag, 46,6 % außer dem Programm keine zusätzliche Hilfe oder Unterstützung in Anspruch nahmen und 23,9 % ein Folgeprogramm nutzten (Stüben et al., 2023). Insgesamt gaben 78,3 % an, nach der Teilnahme am 30-Tage-Programm abstinent zu sein. Die Charakteristiken der Nutzer:innen weisen auf eine hohe Medienaffinität, eine gute Ausbildung und auf überwiegend weibliche Teilnehmer:innen am Programm hin. Sie unterscheiden sich damit deutlich von der Mehrheit der AUD-Patient:innen in Deutschland. Vor dem Hintergrund, dass trotz einer breiten Palette an therapeutischen Möglichkeiten nur etwa 10 % der alkoholabhängigen Patienten mit alkoholspezifischen Interventionen erreicht werden (Rehm et al., 2014) und die Mehrheit der Menschen mit AUD erst nach vielen Jahren des Alkoholkonsums eine Suchttherapie beginnt (Weissinger, 2019), können primäre E-Health-Interventionen das etablierte Suchthilfesystem sinnvoll ergänzen. Es ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz durch eine steigende Digitalaffinität vieler Zielgruppen wächst und insbesondere jüngere Menschen oder Betroffene in ländlichen Regionen von solchen Angeboten profitieren können. Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, ist es jedoch erforderlich, den Zugang so zu gestalten, dass keine Personengruppen durch den „Digital Divide“ ausgeschlossen werden (Hampton et al., 2024).

Ressourcenausbau

Der Ausbau personeller, finanzieller und räumlicher Ressourcen bildet eine zentrale Voraussetzung, um die allgemeine und längerfristige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die Versorgung bei psychischen Komorbiditäten zu gewährleisten. Kosten-Nutzen-Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass Screening, Kurzintervention und Überweisung zur Behandlung von Patient:innen mit Alkoholproblemen in der Primärversorgung zu Kosteneinsparungen und einer verbesserten Gesundheit beitragen (Barbosa et al., 2015; Amy O'Donnell et al., 2014). McCollister und French (2003) berichten, dass der wirtschaftliche Vorteil vor allem in einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen besteht (Barbosa et al., 2015; McCollister & French, 2003; Amy O'Donnell et al., 2014). Eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Ressourcen ist die Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems mit den zentralen Forderungen u.a. der Förderung niedrigschwelliger Zugangswege zu Suchtberatungs- und Behandlungsangeboten, einer frühzeitigen Inanspruchnahme von Leistungen, der Individualisierung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten oder der Reduzierung von Wartezeiten (Weissinger, 2019).

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen wurden von der wissenschaftlichen Projektgruppe auf Grundlage der im Projekt erzielten Ergebnisse entwickelt. Sie spiegeln eine wissenschaftliche und fachliche Einschätzung derjenigen Handlungsfelder wider, die aus Sicht der Projektgruppe für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit besonders relevant sind.

Die Auswahl der Kategorien erfolgte dabei entlang folgender Kriterien:

1. Relevanz für die Versorgung und Versorgungsforschung: Berücksichtigt wurden insbesondere Befunde mit hoher Bedeutung für die Versorgung und Versorgungsforschung
2. Machbarkeit: Aufgenommen wurden vor allem Ansatzpunkte, die sich grundsätzlich in bestehende Präventions- und Versorgungsstrukturen oder in künftige Forschungsvorhaben überführen lassen.
3. Finanzierbarkeit: Bei der Priorisierung wurde zudem berücksichtigt, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen bzw. Weiterentwicklungen unter realistischen Rahmenbedingungen umsetzbar und perspektivisch finanzierbar sein sollten.

Die Kategorien stellen somit eine wissenschaftlich begründete, an den Projektergebnissen orientierte Bündelung zentraler Handlungsfelder dar.

Die im Projekt entwickelten Analyse- und Auswertungsroutinen bieten eine ausgezeichnete Grundlage für bundesweite oder regionale Routinedatenanalysen im Themenfeld. Ebenso können die Interviewleitfäden genutzt werden, um die Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften in anderen Settings und Regionen sowie für andere bzw. zusätzliche Suchterkrankungen vertiefend zu analysieren.

Für die Weiterentwicklung der routinedatenbasierten Versorgungsforschung empfiehlt sich ein Datenlinkage von GKV- und DRV-Abrechnungsdaten mit klinischen Routinedaten, beispielsweise aus dem Nationalen Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) oder anderen spezialisierten Versorgungseinrichtungen. Die dort verfügbaren klinischen Informationen (z. B. Schweregrad der Erkrankung inkl. Laborwerte, bildgebende Verfahren, Komorbiditäten, Behandlungsergebnis) erlauben eine differenzierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs und -verlaufs und schaffen so eine fundierte Grundlage für Empfehlungen zur besseren Steuerung der Versorgung. Detailliertere Informationen über den Gesundheitszustand der Patient:innen könnten sich auch in der elektronischen Patient:innenakte finden. Das Potenzial dieser Datenquelle sollte in künftigen Pilotversuchen eruiert werden.

Darüber hinaus würde die Einrichtung eines nationalen Registers für Suchterkrankungen die systematische Abbildung des Versorgungsgeschehens verbessern. Die standardisierten und kontinuierlich erfassten Real-World-Daten des Registers zum Versorgungsbedarf, eingesetzten Behandlungsformen und deren Ergebnissen ermöglichen eine differenziertere Identifikation sowohl erfolgreicher als auch unzureichender Versorgungswege. Dadurch würde die Weiterentwicklung bestehender Versorgungskonzepte auf eine solide Datenbasis erfolgen. Die Einbindung der Dokumentation von psychischen Komorbiditäten könnte zudem die sektorenübergreifende Koordination verbessern, was insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern hilfreich ist. Die Integration von patient:innenbezogenen Ergebnisvariablen

(sog. Patient Reported Outcome Measures (PROMs)) könnte dazu beitragen, die Behandlungsqualität patient:innenzentrierter zu gestalten und die Behandlungssicherheit zu erhöhen. Generell bieten klinische Registerdaten Potenziale zur effizienteren Ressourcennutzung sowie Unterstützung bei der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle. Bei der Entwicklung eines Suchtregisters kann nicht nur auf die Erfahrung unterschiedlicher Register in Deutschland, sondern auch auf Suchtregister aus dem europäischen Ausland gebaut werden (z. B. Dänemark).

In den Ergebnissen des Arbeitspaktes 4 sind eine Vielzahl zielgruppen- und settingspezifischer Ansatzpunkte erarbeitet worden, die dazu beitragen können, die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu verbessern. Vor dem Hintergrund der Gesamtergebnisse ergeben sich zentrale Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bedarf: Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen zur Entstigmatisierung

PRAGMA zeigt, dass eine Inanspruchnahme von alkoholbezogenen Behandlungen selten ist und häufig erst nach Jahren der Erkrankung erfolgt. Die Stigmatisierung von AUD stellt eine zentrale, querschnittliche Barriere dar, die die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten erheblich einschränkt. Stigmatisierung wirkt bei Betroffenen und Angehörigen auf allen Stufen der Versorgung, von der Wahrnehmung des Hilfebedarfs bis zur langfristigen Therapiebindung. Ein systematischer Abbau von Stigmatisierung (z. B. durch Aufklärungskampagnen, Fortbildungen in Präventions- sowie Behandlungssettings) verbessert nachhaltig die Zugänglichkeit und Wirksamkeit aller weiteren Versorgungsmaßnahmen. Ohne den gezielten Abbau von Vorurteilen und gesellschaftlicher Diskriminierung bleiben viele strukturelle Verbesserungen in ihrer Wirkung limitiert.

Handlungsempfehlungen:

- (1) Entwicklung und Umsetzung von Fortbildungskampagnen zur Reduzierung der Stigmatisierung in medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Settings
- (2) Entwicklung und Umsetzung einer Aufklärungskampagne unter aktiver Beteiligung von Betroffenen zur Überwindung traditioneller Suchtbilder und Förderung von Identitäten, und des Konzepts des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, um aufzuzeigen, dass Alkoholprobleme unabhängig von sozialer Funktionalität viele Lebensrealitäten betreffen können.

Bedarf: Alkoholbezogene Gesundheitskompetenz und Früherkennung fördern

PRAGMA zeigt, dass es Betroffenen und Angehörigen an Wissen und Orientierung über die Erkrankung selbst, deren Schweregrad und die vorhandenen Unterstützungsangebote fehlt und sie je nach ihrem Gesundheitskompetenzniveau unterschiedlich in der Lage sind, Gesundheitsinformationen aktiv zu suchen, kritisch zu beurteilen und anzuwenden.

Handlungsempfehlungen:

- (1) Gesellschaftliches Problembewusstsein bzgl. Alkohol durch eine gesundheitsorientierte Alkoholpolitik stärken.
- (2) Ergänzend zur Kampagne „Kenn-dein-Limit“ des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit: Aufbau und Bewerbung von digitalen Angeboten, die über Leistungsangebote und Zuständigkeiten des Suchthilfesystems informieren und bei der Suche nach Beratungs- und Therapieoptionen unterstützen, um die Vielseitigkeit des Suchthilfesystems aufzeigen und darin unterstützen, das für sich passende Angebot zu finden.
- (3) Integration leicht verständlicher Informationsmaterialien (auch in leichter Sprache, Fremdsprachen) zu Alkoholrisiken, Prävention und Hilfsangeboten in die Regelversorgung, etwa durch Aushänge, Broschüren und entsprechenden QR-Codes in Hausarztpraxen, Apotheken und Kliniken.
- (4) Vor dem Hintergrund der nachgewiesenen Wirksamkeit und dem Bedürfnis der Betroffenen nach besserer Information und mehr Motivationsförderung beim Erstkontakt, sollten die Bemühungen zur Früherkennung und Kurzinterventionen von Alkoholkonsumstörungen insbesondere in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung weiter intensiviert werden. Entsprechende Materialien, z. B. das ärztliche Manual des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit liegen vor und könnten integraler Bestandteil von entsprechenden Schulungen und Fortbildungen sein. Dazu zählt auch die Suchterkrankungen stärker in der medizinischen, psychologischen und sozialen Regelausbildung zu verankern.

Bedarf: Umsetzung der S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ stärken

PRAGMA zeigt, dass die Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit häufig nicht den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ entspricht. Trotz entsprechender Diagnosen werden empfohlenen Behandlungen, insbesondere stationäre Behandlungsformen, wie die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) und die anschließende Rehabilitation, in der Praxis nur selten in Anspruch genommen. Auch medikamentöse Therapien, die vor dem Hintergrund einer guten Evidenzgrundlage von der Leitlinie empfohlen werden, kommen in der Versorgung sehr selten zum Einsatz. Besonders auffällig ist auch die Unterversorgung älterer Patient:innen: Anders als die Leitlinie, die bei Menschen über 65 Jahren eine weiterführende Postakutbehandlung empfiehlt, zeigt sich hier eine deutliche Versorgungslücke. Insgesamt besteht ein erheblicher Unterschied zwischen den Empfehlungen der S3-Leitlinie und der tatsächlichen Versorgung, sodass die meisten diagnostizierten Betroffenen entweder keine adäquate Behandlung oder selten die aufeinander abgestimmten, stufenweisen Therapien erhalten, die nach aktuellem Wissensstand indiziert wären.

Handlungsempfehlungen:

- (1) Bekanntheit und Implementierung der S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ stärker im klinischen Alltag und in die ambulante Versorgung verankern. Dazu gehören regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für Fachpersonal in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung. Die Leitlinie sollte zudem in den relevanten Arbeitsanweisungen, Qualitätsstandards und Therapiekonzepten strukturell verankert und ihre Umsetzung regelmäßig evaluiert werden.
- (2) Stärkung der wissenschaftlichen Evidenzgrundlage: Ein Teil der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ basiert aufgrund einer bislang unzureichenden oder eingeschränkten Evidenzgrundlage auf klinischen Konsensuspunkten. Es fehlen u.a. kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Qualifizierten Entzugsbehandlung auf Abstinenzraten, auf die Weitervermittlung in die medizinische Rehabilitation oder auf die Re-Hospitalisierung. Um die Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zukünftig wirksamer gestalten zu können, sollte die Durchführung von qualitativ hochwertigen, praxisnahen klinischen Studien zu Diagnostik, Behandlung und Nachsorge alkoholbezogener Störungen in verschiedenen Settings gezielt gefördert werden. Eine eng an neue Forschungsergebnisse gekoppelte Leitlinienaktualisierung sichert die Empfehlungen ab, erhöht deren Bekanntheit und erleichtert die Implementierung in der Versorgungspraxis. Eine fundierte wissenschaftliche Basis trägt somit dazu bei, Unsicherheiten in der Behandlung abzubauen und die Versorgungsqualität zu verbessern.
- (3) Versorgungsangebote für ältere Menschen mit AUD verbessern. Da Hausärzt:innen als häufig als zentrale Ansprechpartner:innen eine Schlüsselrolle bei der Versorgung von älteren Menschen zukommt, sollten spezifische Schulungen und Informationsangebote entwickelt werden, um diese für die Erkennung, Ansprache und leitliniengerechte Behandlung zu sensibilisieren. Zudem sollten geschlechtsspezifische niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote geschaffen werden, die ältere Menschen gezielt adressieren und auf deren individuellen Bedarf und Lebenssituation zugeschnitten sind. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen, suchtmmedizinischen Einrichtungen und geriatrischen Versorgungsstrukturen sollte ausgebaut werden, um eine auf die speziellen Bedürfnisse dieser Patient:innengruppe ausgerichtete Diagnostik und Versorgung zu ermöglichen.
- (4) Nutzung medikamentöser Therapieoptionen bei AUD stärken. Es sollte in Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten medizinischer Fachkräfte explizit auf die Wirksamkeit pharmakologischer Behandlungsoptionen hingewiesen werden, um bestehende Unsicherheiten abzubauen und den Einsatz entsprechender Medikamente zu fördern. Darüber hinaus sollten die medikamentösen Interventionen strukturell in die Behandlungsabläufe integriert, die Dokumentation ihrer Anwendung verbessert und die regelmäßige Indikationsstellung in Qualitätszirkeln thematisiert werden.

Bedarf: Verbesserung der Vernetzung durch Kooperation und integrierte Versorgung

PRAGMA zeigt, dass von Menschen mit AUD häufig nur eine Behandlungsform genutzt wird und das gestufte Suchthilfesystem insgesamt selten in Anspruch genommen wird. Die fehlenden Übergänge von ambulanter zu stationärer Versorgung bzw. zwischen

Versorgungsangeboten verschiedener Kostenträger weisen auf Schnittstellenproblematiken hin und zeigen, dass eine engere Vernetzung sowie eine bessere Koordination innerhalb des Suchthilfesystems essenzielle Ansätze zur Steigerung der Versorgungseffektivität sind.

Handlungsempfehlungen:

- (1) Förderung der Vernetzung und Koordination durch Implementierung strukturierter Schnittstellen (z. B. strukturierter Informationsaustausch bei Überweisungen; Entlassungsberichte, Empfehlungen für die Nachsorge, Nutzung gemeinsamer digitaler Versorgungsplattformen) und Kommunikationsprozesse (z. B. Etablierung kontinuierlicher Ansprechpartner:innen als feste Kontaktstellen zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen sowie den unterschiedlichen Leistungserbringern), um eine reibungslose Kommunikation und Betreuung sicherzustellen.
- (2) Entwicklung, Implementierung und Evaluation von integrierten Versorgungsmodellen zur Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, um den Nutzen von kooperativen Versorgungskonzepten zwischen verschiedenen Akteuren und einer nahtlosen Behandlungskette zu prüfen.

Bedarf: Erweiterung des Verständnisses der Funktion und Wirksamkeit psychiatrischer Kurzkontakte

PRAGMA zeigt, dass Personen mit einer diagnostizierten Alkoholkonsumstörung am häufigsten psychiatrische oder psychotherapeutische Kurzkontakte in Anspruch nehmen, eine Thematik, welche erstmalig in dieser Studie beleuchtet wurde.

Handlungsempfehlungen

- (1) Zukünftige Studien sollten die Funktion und Wirksamkeit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Kurzkontakte genauer untersuchen, auch vor dem Hintergrund, dass die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei schweren Störungen, wie einer Alkoholabhängigkeitserkrankung, eingeschränkt ist.
- (2) Zusätzlich sollten spezifische Bedarfe von Seiten der Patient:innen und Leistungserbringer:innen erfasst werden, um Ansatzpunkte für eine differenzierte Versorgungsplanung zu ermöglichen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Liste der ausschließlich aus dem Projekt entstandenen und geplante Veröffentlichungen, bei denen das Förderkennzeichen angegeben wurde

1. **Manthey J**, Huß K, Buth S, Kraus L, Schranz A, Kilian C, Gallinat J, Schäfer I, Schulte B (2025) Utilisation of alcohol-related treatment after a first alcohol use disorder diagnosis in Hamburg, Germany. Eur Psychiatry 21;68(1):e21. <https://doi:10.1192/j.eurpsy.2025.8>

2. **Manthey J**, Becher H, Gallinat J, Kraus L, Martens M, Möckl J, Murawski M, Neumann-Runde E, Reimer J, Wirth M, Rehm J, Schäfer I, & Schulte B (2024) Analyzing Patient Trajectories of Individuals with Alcohol Use Disorders (PRAGMA): Study Protocol of a Data-Linkage Study. SUCHT; 70. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000877>
3. **Manthey J**, Jacobsen B, Kilian C, Kraus L, Reimer J, Schäfer I, Schulte B (2024) Alcohol-Specific Inpatient Diagnoses in Germany: A Retrospective Cross-Sectional Analysis of Primary and Secondary Diagnoses from 2012 to 2021. Addiction; 1–7. <https://doi.org/10.1111/add.16625>
4. **Manthey J**, Kilian C, Schäfer I, Wirth M, Schulte B (2023) Changes in the alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany: interrupted time series analyses. European journal of public health. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad103>
5. **Manthey J**, Kilian C, Kraus L, Schäfer I, Schranz A, Schulte B (2025) Identifying levels of alcohol use disorder severity in electronic health records. Subst Abuse Treat Prev Policy; 8;20(1):36. <https://doi.org/10.1186/s13011-025-00670-w>
6. **Manthey J**, Kilian C, Kraus L, Schranz A, Schulte B (2026) Utilization of alcohol use disorder treatment during the COVID-19 pandemic in Hamburg, Germany. Drug and Alcohol Review; e70107, <https://doi.org/10.1111/dar.70107>
7. **Kilian C**, Schulte B, Schranz A, Schäfer I, Manthey J (2026) Re-hospitalisation of alcohol use disorder patients with and without qualified withdrawal and rehabilitation treatment. Sucht ; 72, 1, pp. 12–22, <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000962>
8. **Schranz A**, Kilian C, Manthey J, Schäfer I, Schulte B, Kraus L (2026) Prädiktoren irregulärer Beendigungen alkoholspezifischer Suchtbehandlungen. Suchttherapie; <https://doi.org/10.1055/a-2739-4896>
9. **Schulte B**, Kraus L, Jacobsen B, Manthey J, Schmidt C, Gallinat J, Reimer J, Schäfer I (eingereicht) Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Suchttherapie
10. **Jacobsen B**, Schmidt C, Kraus L, Schäfer I, Schulte B (2026) Determinanten der Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten: eine qualitative Studie aus Sicht von Betroffenen mit einer Alkoholkonsumstörung. Suchtmedizin; 28(2), 93-106. https://www.ecomed-suchtmedizin.de/pdf/determinanten-der-inanspruchnahme-von-hilfs-und-versorgungsangeboten_1776409312000.pdf

Liste projektbezogener Vorträge auf Kongressen, Konferenzen und Fachtagen

1. **Manthey J et al.**: „Disentangling the 'COVID-19 alcohol paradox': reasons for changes in alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany. Lisbon Addictions 2022, Lissabon
2. **Manthey J et al.**: „Increased alcohol-specific mortality in Germany during COVID-19: state-level trends from 2010 to 2020“. EASAR (European Association of Substance Abuse Research) Conference 2022, Gibraltar

3. **Schulte B** et al.: „Erhöhte alkoholspezifische Mortalität in Deutschland während COVID-19: Trends auf Länderebene von 2010 bis 2020“. Deutscher Suchtkongress 2022, München
4. **Schulte B** et al.: „Grenzen und Möglichkeiten der wissenschaftlichen Analyse von Sekundärdaten zur Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit“. Deutscher Suchtkongress 2022, München
5. **Manthey J** et al.: „Alkoholbezogene Haupt- und Sekundärdiagnosen in Krankenhäusern: Auswertungen der DRG-Statistik“. Deutscher Suchtkongress 2023, Berlin
6. **Schulte B** et al.: „Veränderungen in der alkoholspezifischen Krankheitslast während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: eine Zeitreihenanalyse“. Deutscher Suchtkongress 2023, Berlin
7. **Stratmann M** et al.: „Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen bei Personen mit riskantem Alkoholkonsum“. Deutscher Suchtkongress 2023, Berlin
8. **Gebhard L** et al.: „Einflussfaktoren auf die reguläre Beendigung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme“. Suchttherapietage 2024, Hamburg
9. **Jacobsen B** et al.: Was braucht es für eine optimale Versorgung? Ergebnisse qualitativer Interviews zu den Erfahrungen und Bedarfen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit, Angehörigen und Fachkräften. Deutscher Suchtkongress 2024, Köln
10. **Kilian C** et al.: Leitliniengerechte Versorgung: Unterschiede in den Hospitalisierungsraten bei Personen mit und ohne Postakutbehandlung nach qualifiziertem Entzug. Deutscher Suchtkongress 2024, Köln
11. **Manthey J** et al.: Typische Patient:innenwege von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Suchttherapietage 2024, Hamburg
12. **Manthey J** et al.: Inanspruchnahme alkoholbezogener Interventionen nach der ersten Alkoholdiagnose. Deutscher Suchtkongress 2024, Köln
13. **Schmidt CS** et al.: Das Versorgungssystem aus Sicht von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, Angehörigen und Fachkräften (Seminar). Suchttherapietage 2024, Hamburg
14. **Schmidt CS** et al.: Das Versorgungssystem aus Sicht von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, Angehörigen und Fachkräften (Workshop). Suchttherapietage 2024, Hamburg
15. **Schulte B** et al.: Linkage von Routinedaten zur Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit: Methoden, Datenquellen und Herausforderungen im PRAGMA – Projekt. Deutscher Suchtkongress 2024, Köln
16. **Jacobsen B** et al.: „Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung.“ Suchttherapietage 2025, Hamburg
17. **Jacobsen B** et al.: „Was braucht es für eine optimale Versorgung? Ergebnisse qualitativer Interviews zu den Erfahrungen und Bedarfen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit, Angehörigen und Fachkräften?“ Deutscher Psychotherapie Kongress 2025, Bochum

18. **Kraus L et al.:** „Guideline-compliant care: Differences in hospitalisation rates in people with and without post-acute treatment after qualified withdrawal“. EASAR (European Association of Substance Abuse Research) Conference 2025, Wien
19. **Kraus L et al.:** „Guideline-compliant care: Differences in hospitalization rates in people with and without post-acute treatment after qualified withdrawal.“ ISAM (International Society of Addiction Medicine) Congress 2025, Hamburg
20. **Manthey J et al.:** „Identifizierung des Schweregrads von Alkoholkonsumstörungen in GKV-Leistungsdaten.“ AGENS (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten) Methodenworkshop 2025, Jena
21. **Manthey J et al.:** „Severity of alcohol use disorder in electronic health records.“ ISAM (International Society of Addiction Medicine) Congress 2025, Hamburg
22. **Schmidt CS et al.:** „Perspektiven auf das Hilfesystem bei Alkoholerkrankungen (PRAGMA-Studie).“ Suchttherapietage 2025, Hamburg
23. **Schranz A et al.:** „Einflussfaktoren auf Abbrüche alkoholspezifischer Suchtbehandlungen: Analyse von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen.“ AGENS (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten) Methodenworkshop 2025, Jena
24. **Schranz A et al.:** „Which factors predict the irregular discharge of alcohol-specific treatment programs?“ ISAM (International Society of Addiction Medicine) Congress 2025, Hamburg
25. **Schulte B et al.:** „Patient Routes of People with Alcohol Use Disorders in Germany (PRAGMA): A data linkage study.“ ISAM (International Society of Addiction Medicine) Congress 2025, Hamburg
26. **Schulte B et al.:** „Qualifizierte Entzugsbehandlung und Rehabilitation: Forschungslücken und Alternativen im Fokus.“ Interdisziplinärer Suchtkongress 2025, München

IV Literaturverzeichnis

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersson, M. J., & Håkansson, A. (2022). Treatment seeking for alcohol-related issues during the COVID-19 pandemic: An analysis of an addiction-specialized psychiatric treatment facility. *Heliyon*, 8(7), e09934. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09934>
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines. *Deutsches Ärzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., & Neumann, E. (2018). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation-FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 25(1), 49-65.
- Bachmeier, R., Dyba, J., & Klein, T. (2024). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. *FVS+Katamnese des Entlassjahrgangs 2021 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige*. Retrieved 26 May 2025, from https://www.sucht.de/wp-content/uploads/2024/05/FVS-Katamnese-EJ-2021-FK-Alk_Med.pdf

- Barbosa, C., Cowell, A., Bray, J., & Aldridge, A. (2015). The Cost-effectiveness of Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Emergency and Outpatient Medical Settings. *J Subst Abuse Treat*, 53, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.003>
- Behrendt, S., Kuerbis, A., Mejdal, A., Søndergaard, J., Andersen, K., Becker, U., Eliassen, M. H., & Nielsen, A. S. (2025). The alcohol use disorder treatment gap and its correlates among middle-aged and older adults. *Drug Alcohol Rev*, 44(2), 491-504. <https://doi.org/10.1111/dar.14000>
- Berens, E.-M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>
- Blanco, C., Iza, M., Rodríguez-Fernández, J. M., Baca-García, E., Wang, S., & Olfson, M. (2015). Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the US. *Drug and alcohol dependence*, 149, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.031>
- Braune, N. J., Schröder, J., Gruschka, P., Daecke, K., & Pantel, J. (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit [Determinants of Unplanned Discharge from In-Patient Drug and Alcohol Detoxification: A Retrospective Analysis of 239 Admissions]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(04), 217-224. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038116>
- Bravo, F., Gual, A., Lligoña, A., & Colom, J. (2013). Gender differences in the long-term outcome of alcohol dependence treatments: An analysis of twenty-year prospective follow up. *Drug and Alcohol Review*, 32(4), 381-388. <https://doi.org/10.1111/dar.12023>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Brzoska, P. (2018). Disparities in health care outcomes between immigrants and the majority population in Germany: A trend analysis, 2006-2014. *PLoS One*, 13(1), e0191732. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191732>
- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., & Razum, O. (2017). Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(8), e015520. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015520>
- Buchholz, A., Spies, M., Härter, M., Lindemann, C., Schulte, B., Kiefer, F., Frischknecht, U., Reimer, J., & Verthein, U. (2021). Barrieren und Umsetzungsstrategien für die Implementierung der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen aus Sicht von Behandlern und Betroffenen [Health Professionals and Patients' Perspectives on Barriers and Facilitators for the Implementation of the S3-Guideline on Screening, Diagnostics and Treatment of Alcohol-Related Disorders]. *Suchttherapie*, 23(02), 66-76. <https://doi.org/10.1055/a-1324-5217>
- Bürkle, S., Fleischmann, H., Koch, A., Leune, J., Raiser, P., Ratzke, K., Walter-Haman, R., & Wessel, T. (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf

- Busch, A. B., Mehrotra, A., Greenfield, S. F., Uscher-Pines, L., Rose, S., & Huskamp, H. A. (2023). A cohort study examining changes in treatment patterns for alcohol use disorder among commercially insured adults in the United States during the COVID-19 pandemic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 144, 108920. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108920>
- Canty, A., & Ripley, B. D. (2024). *boot: Bootstrap R (S-Plus) Functions*. In (Version 1.3-31)
- Carroll, K., Warnock, C. A., Ondrusek, A., Griffith, F. J., Viera, A., Hopkins, N., Muniz-Almaguer, C., Jian, C., Ferrara, C. F., Muilenburg, J., & Kershaw, T. (2025). Substance use, stigma, and coping in treatment: A qualitative study of participant perspectives. *Drug Alcohol Depend Rep*, 17, 100380. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2025.100380>
- Castro, Y., Najera, S. N., Robles, E. H., Reddy, S. M., Holcomb, B. N., & Field, C. A. (2021). Mechanisms of change in drinking following an alcohol-related injury: A qualitative examination of the sentinel event effect. *Subst Abus*, 42(4), 699-705. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1846150>
- Chapman, C., Slade, T., Hunt, C., & Teesson, M. (2015). Delay to first treatment contact for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend*, 147, 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.029>
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res*, 38(1), 83-94. <https://doi.org/10.35946/arcv.v38.1.11>
- Columb, D., Hussain, R., & O’Gara, C. (2020). Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 164-168. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.47>
- Corrigan, P. W., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., & Smelson, D. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1), 67-74. <https://doi.org/10.1111/ajad.12436>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2020). Suchthilfe während und nach der Corona-Krise absichern! Retrieved 19 June 2025, from https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchthilfe_waehrend_und_nach_der_Corona-Krise_absichern.pdf
- DG-SUCHT (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>
- DiMartini, A. F., Leggio, L., & Singal, A. K. (2022). Barriers to the management of alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease: strategies to implement integrated care models. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 7(2), 186-195. [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(21\)00191-6](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(21)00191-6)
- Edlund, M. J., Booth, B. M., & Feldman, Z. L. (2009). Perceived need for treatment for alcohol use disorders: results from two national surveys. *Psychiatr Serv*, 60(12), 1618-1628. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1618>
- Effertz, T. (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In C. Rummel, D. P. Raiser, J. Kepp, & B. Lehner (Eds.), *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/JBSucht2025_komplett_WEB.pdf
- Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M. (1998). Comorbidity Measures for Use with Administrative Data. *Medical Care*, 36(1), 8-27. <https://journals.lww.com/lww->

[medicalcare/fulltext/1998/01000/comorbidity measures for use with administrative.4.aspx](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC199801000/comorbidity_measures_for_use_with_administrative.4.aspx)

- Elsner, A., Mergl, R., Allgaier, A.-K., & Hegerl, U. (2023). Suicide rates during and after the first COVID-19 lockdown in Germany in 2020. *PloS One*, 18(9), e0289136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289136>
- Epping, J., Stahmeyer, J. T., Tetzlaff, F., & Tetzlaff, J. (2024). [M2Q or Something else? The Impact of Varying Case Selection Criteria on the Prevalence Estimation of Chronic Diseases Based on Outpatient Diagnoses in German Claims Data]. *Gesundheitswesen*, 86(S 03), S188-s195. <https://doi.org/10.1055/a-2052-6477>
- Essau, C. A. (2020). Chapter 11 - Comorbidity of addictive problems: Assessment and treatment implications. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent Addiction (Second Edition)* (pp. 291-317). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00011-6>
- Feuerlein, W., Dittmann, V., & Haller, R. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (M. Soyka & H. Küfner, Eds. 6., vollständig überarbeitete Auflage ed.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b-002-35712>
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J., & Kiefer, F. (2020). Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen – Versorgerbefragung zur Erarbeitung von Strategien der Leitlinienimplementierung. *Suchttherapie*, 22(03), 141-151. <https://doi.org/10.1055/a-1265-4687>
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J., & Kiefer, F. (2022). [Screening for Problematic Alcohol Consumption - A Survey on Guideline Implementation in Transdisciplinary Health Care of a Model Region]. *Gesundheitswesen*, 84(1), 43-51. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0475>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Retrieved 25 July 2024, from <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2025). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung*. Statistisches Bundesamt. https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=6&p_archiv_id=6735001&p_sprache=D&p_action=A
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5(4), 529-538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Hampton, J., Mugambi, P., Caggiano, E., Eugene, R., Valente, A., Taylor, M., & Carreiro, S. (2024). Closing the Digital Divide in Interventions for Substance Use Disorder. *J Psychiatr Brain Sci*, 9(1). <https://doi.org/10.20900/jpbs.20240002>



- Heikkinen, M., Taipale, H., Tanskanen, A., Mittendorfer-Rutz, E., Lahtenvuo, M., & Tiihonen, J. (2021). Real-world effectiveness of pharmacological treatments of alcohol use disorders in a Swedish nation-wide cohort of 125 556 patients. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15384>
- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. Wiley.
- Jackson, K., Kaner, E., Hanratty, B., Gilvarry, E., Yardley, L., & O'Donnell, A. (2024). Understanding people's experiences of the formal health and social care system for co-occurring heavy alcohol use and depression through the lens of relational autonomy: A qualitative study. *Addiction*, 119(2), 268-280. <https://doi.org/10.1111/add.16350>
- Jemberie, W. B., Padyab, M., McCarty, D., & Lundgren, L. M. (2022). Recurrent risk of hospitalization among older people with problematic alcohol use: a multiple failure-time analysis with a discontinuous risk model. *Addiction*, 117(9), 2415-2430. <https://doi.org/10.1111/add.15907>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), Cd004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
- Kastaun, S., Garnett, C., Wilm, S., & Kotz, D. (2022). Prevalence and characteristics of hazardous and harmful drinkers receiving general practitioners' brief advice on and support with alcohol consumption in Germany: results of a population survey. *BMJ Open*, 12(9), e064268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064268>
- Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., Aud, L., & Hoffmann, S. (2021). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *SUCHT*, 67(2), 77-103. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000704>
- Kiefer, F., Batra, A., Petersen, K. U., Ardern, I. S., Tananska, D., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., & Hoffmann, S. (2022). German Guidelines on Screening, Diagnosis, and Treatment of Alcohol Use Disorders: Update 2021. *European Addiction Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1159/000522335>
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Koopmann, A., Hoffmann, S., Riegler, A., Cordes, J., & Kiefer, F. (2025). Einflussfaktoren auf die Rehospitalisierungsrate bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 96(3), 278-283. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01738-x>
- Kranzler, H. R., & McKay, J. R. (2012). Personalized treatment of alcohol dependence. *Curr Psychiatry Rep*, 14(5), 486-493. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0296-5>
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. D., Frick, H., & Rehm, J. (2015). Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany. *European Addiction Research*, 21(5), 262-272. <https://doi.org/10.1159/000381672>
- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2023). Stigma Toward Substance Dependence: Causes, Consequences, and Potential Interventions. *Psychological Science in the Public Interest*, 24(2), 90-126. <https://doi.org/10.1177/15291006231198193>

- Kruithof, P. J., McGovern, W., & Haighton, C. (2023). "I Genuinely Believe This Is the Most Stigmatised Group within the Social Care Sector"-Health and Social Care Professionals' Experiences of Working with People with Alcohol-Related Brain Damage: A Qualitative Interview Study. *Int J Environ Res Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph21010010>
- Kuhlemeier, A., Desai, Y., Tonigan, A., Witkiewitz, K., Jaki, T., Hsiao, Y. Y., Chang, C., & Van Horn, M. L. (2021). Applying methods for personalized medicine to the treatment of alcohol use disorder. *J Consult Clin Psychol*, 89(4), 288-300. <https://doi.org/10.1037/ccp0000634>
- Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Litten, R. Z., Ryan, M. L., Falk, D. E., Reilly, M., Fertig, J. B., & Koob, G. F. (2015). Heterogeneity of alcohol use disorder: understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 39(4), 579-584. <https://doi.org/10.1111/acer.12669>
- Liu, L., Zhang, C., & Nahata, M. C. (2025). Trends in Treatment Need and Receipt for Substance Use Disorders in the US. *JAMA Network Open*, 8(1), e2453317-e2453317. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.53317>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39-50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Lukas, C. A., & Hacker, D. (2023). Nahtlosverfahren 4.0 – Eine hybride Intervention zur Kliniknachsorge bei alkoholbezogenen Störungen [Seamless Care 4.0 – A Hybrid Aftercare Intervention Following Inpatient Treatment for Alcohol-Related Disorders]. *Suchttherapie*, 24(03), 138-143. <https://doi.org/10.1055/a-2110-4135>
- Maisto, S. A., Hallgren, K. A., Swan, J. E., Roos, C., & Witkiewitz, K. (2021). Within-AUD outpatient treatment heavy drinking transitions and associations with long-term outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 228, 108968. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.drugalcdep.2021.108968>
- Manthey, J., Becher, H., Gallinat, J., Kraus, L., Martens, M., Möckl, J., Murawski, M., Neumann-Runde, E., Reimer, J., Wirth, M., Rehm, J., Schäfer, I., & Schulte, B. (2024). Analysing Patient Trajectories of Individuals with Alcohol Use Disorders (PRAGMA): Study Protocol of a Data-Linkage Study. 70(3), 178–188. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000877>
- Manthey, J., Becher, H., Gallinat, J., Kraus, L., Martens, M., Möckl, J., Murawski, M., Neumann-Runde, E., Reimer, J., Wirth, M., Rehm, J., Schäfer, I., & Schulte, B. (2024). Analysing Patient Trajectories of Individuals with Alcohol Use Disorders (PRAGMA): Study Protocol of a Data-Linkage Study. *Sucht*, 70(3), 178–188. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000877>
- Manthey, J., Benegal, V., Kilian, C., Mahadevan, J., Mejía-Trujillo, J., Morojele, N., Murthy, P., Neufeld, M., Pérez-Gómez, A., & Rehm, J. (2022). International Perspectives on Stigma toward People with Substance Use Disorders. In G. Schomerus & P. W. Corrigan (Eds.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (pp. 107-143). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108936972.007>
- Manthey, J., Huß, K., Buth, S., Kraus, L., Schranz, A., Kilian, C., Gallinat, J., Schäfer, I., & Schulte, B. (2025). Utilisation of alcohol-related treatment after a first alcohol use disorder

- diagnosis in Hamburg, Germany. *Eur Psychiatry*, 68(1), e21. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.8>
- Manthey, J., Jacobsen, B., Kilian, C., Kraus, L., Reimer, J., Schafer, I., & Schulte, B. (2024). Alcohol-Specific Inpatient Diagnoses in Germany: A Retrospective Cross-Sectional Analysis of Primary and Secondary Diagnoses from 2012 to 2021. *Addiction*, 119(11), 2031-2037. <https://doi.org/10.1111/add.16625>
- Manthey, J., Jacobsen, B., Kilian, C., Kraus, L., Reimer, J., Schäfer, I., & Schulte, B. (2024). Alcohol-Specific Inpatient Diagnoses in Germany: A Retrospective Cross-Sectional Analysis of Primary and Secondary Diagnoses from 2012 to 2021. *Addiction*, 119(11), 2031-2037. <https://doi.org/10.1111/add.16625>
- Manthey, J., Kilian, C., Kraus, L., Schafer, I., Schranz, A., & Schulte, B. (2025). Identifying levels of alcohol use disorder severity in electronic health records. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 20(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13011-025-00670-w>
- Manthey, J., Kilian, C., Kraus, L., Schranz, A., & Schulte, B. (2026). Interrupted Time Series Analysis of Alcohol Use Disorder Treatment Utilisation During the Coronavirus Pandemic in Hamburg, Germany. *Drug and Alcohol Review*, 45(1), e70107. <https://doi.org/10.1111/dar.70107>
- Manthey, J., Kilian, C., Schafer, I., Wirth, M., & Schulte, B. (2023). Changes in the alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany: interrupted time series analyses. *European Journal of Public Health*, 33(4), 645-652. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad103>
- Manthey, J., Kilian, C., Schäfer, I., Wirth, M., & Schulte, B. (2023). Changes in the alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany: interrupted time series analyses. *European Journal of Public Health*, 33(4), 645-652. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad103>
- Manthey, J., Kokole, D., Riedel-Heller, S., Rowlands, G., Schäfer, I., Schomerus, G., Soellner, R., & Kilian, C. (2023). Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: recommendations for Germany. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00383-0>
- Manthey, J., Lindemann, C., Kraus, L., Reimer, J., Verthein, U., Schulte, B., & Rehm, J. (2020). The potential effects of an extended alcohol withdrawal treatment programme on morbidity and mortality among inpatients in the German city of Bremen: a simulation study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0249-7>
- Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393(10190), 2493-2502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32744-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32744-2)
- March, S., Andrich, S., Drepper, J., Horenkamp-Sonntag, D., Icks, A., Ihle, P., Kieschke, J., Kollhorst, B., Maier, B., Meyer, I., Müller, G., Ohlmeier, C., Peschke, D., Richter, A., Rosenbusch, M.-L., Scholten, N., Schulz, M., Stallmann, C., Swart, E.,...Hoffmann, F. (2019). Gute Praxis Datenlinkage (GPD) [Good Practice Data Linkage]. *Gesundheitswesen*, 81(08/09), 636-650. <https://doi.org/10.1055/a-0962-9933>
- May, C., Nielsen, A. S., & Bilberg, R. (2019). Barriers to treatment for alcohol dependence: a qualitative study. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 8(236083), <https://doi.org/10.1186/1940-0640-8-S1-A5>
- McCann, T. V., Polacsek, M., & Lubman, D. I. (2019). Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 33(4), 902-911. <https://doi.org/10.1111/scs.12688>



- McCollister, K. E., & French, M. T. (2003). The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings. *Addiction*, 98(12), 1647-1659. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00541.x>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol research: current reviews*, 40(2), 08. <https://doi.org/10.35946/arc.v40.2.08>
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addict Behav*, 31(3), 450-460. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.024>
- Melchior, M., Prokofyeva, E., Younès, N., Surkan, P. J., & Martins, S. S. (2014). Treatment for illegal drug use disorders: the role of comorbid mood and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-89>
- Möckl, J., Manthey, J., Murawski, M., Lindemann, C., Schulte, B., Reimer, J., Pogarell, O., & Kraus, L. (2024). Clustering care pathways of people with alcohol dependence using a data linkage of routine data in Bremen, Germany. *BMC Med*, 22(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03438-4>
- Montgomery, C., Saini, P., Schoetensack, C., McCarthy, M., Hanlon, C., Owens, L., Kullu, C., van Ginneken, N., Rice, M., & Young, R. (2023). Improving access to treatment for alcohol dependence in primary care: A qualitative investigation of factors that facilitate and impede treatment access and completion. *PLoS One*, 18(10), e0292220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292220>
- Morris, J., Richards, D. K., & Albery, I. P. (2025). Problem Recognition as A Discrete Concept for Change Processes in Problematic Alcohol Use. *Curr Addict Rep*, 12(1), 23. <https://doi.org/10.1007/s40429-025-00634-x>
- Narváez-Camargo, M., Mancheño-Velasco, C., Díaz-Batanero, C., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2025). How Has the COVID-19 Pandemic Impacted Addiction Services? A Study of the Different Periods of the Pandemic and Patient Treatment Follow-up Over 1 Year. *Subst Use*, 19, 29768357241306717. <https://doi.org/10.1177/29768357241306717>
- Nearchou, F., French, A., Buckley, A., Koretsidou, C., O’Gara, C., & Watchorn, A. (2025). Stigma and alcohol use disorder: Insights from a qualitative study with patients, family members and health care providers. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09687637.2025.2566006>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*, 49(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- O'Donnell, A., Wallace, P., & Kaner, E. (2014). From Efficacy to Effectiveness and Beyond: What Next for Brief Interventions in Primary Care? *Front Psychiatry*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00113>
- Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, E. M., Möckl, J., & Hoch, E. (2025). Psychoactive Substance Use in Germany: Findings From the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) in 2024. *Dtsch Arztebl Int*(Forthcoming). <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>
- Oliva, E. M., Maisel, N. C., Gordon, A. J., & Harris, A. H. (2011). Barriers to use of pharmacotherapy for addiction disorders and how to overcome them. *Curr Psychiatry Rep*, 13(5), 374-381. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0222-2>

- Otete, H. E., Orton, E., West, J., & Fleming, K. M. (2015). Sex and age differences in the early identification and treatment of alcohol use: a population-based study of patients with alcoholic cirrhosis. *Addiction*, 110(12), 1932-1940. <https://doi.org/10.1111/add.13081>
- Palzes, V. A., Chi, F. W., Metz, V. E., Campbell, C., Corriveau, C., & Sterling, S. (2022). COVID-19 pandemic-related changes in utilization of telehealth and treatment overall for alcohol use problems. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 46(12), 2280-2291. <https://doi.org/10.1111/acer.14961>
- Paquette, C. E., Daughters, S. B., & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clin Psychol Rev*, 91, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>
- Perumalswami, P. V., Kilpatrick, S., Frost, M. C., Adams, M. A., Kim, H. M., Zhang, L., & Lin, L. (2023). The impact of COVID-19 on trends in alcohol use disorder treatment in Veterans Health Administration. *Addiction*, 118(6), 1062-1071. <https://doi.org/10.1111/add.16156>
- Pilhatsch, M., Schallenberg, M., Vogel-Blaschka, D., Treu, A.-B., Petzold, J., Zander, L., & Spreer, M. (2025). Impact of Covid-19 pandemic on trajectories of patients with severe alcohol use disorder treated with disulfiram. *Scientific Reports*, 15(1), 5713. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90081-5>
- Preuss, U. W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Hoch, E., & Mann, K. F. (2018). Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 268(3), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0801-2>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 10, 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Rabinowitz, J. A., Ellis, J. D., Wells, J., Strickland, J. C., Maher, B. S., Hobelmann, J. G., & Huhn, A. (2023). Correlates and consequences of anxiety and depressive symptom trajectories during early treatment for alcohol use. *Alcohol*, 108, 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.11.005>
- Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., Vasilache, A., Putnam, K., & von Klitzing, K. (2021). Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 30, e16. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000019>
- Raftery, D., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Ingram, I., Goh, M. C. W., Lubman, D. I., Carter, G., Turner, A., Dean, O. M., Sinclair, B. L., & McKetin, R. (2020). Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addict Behav*, 111, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106549>
- Redko, C., Rapp, R. C., & Carlson, R. G. (2006). Waiting Time as a Barrier to Treatment Entry: Perceptions of Substance Users. *J Drug Issues*, 36(4), 831-852. <https://doi.org/10.1177/002204260603600404>
- Rehm, J., Allamani, A., Della Vedova, R., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., Manthey, J., Moreno-Espana, J., Pieper, L., Probst, C., Snikere, S., Struzzo, P., Voller, F., Wittchen, H. U., Gual, A., & Wojnar, M. (2015). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of Family Medicine*, 13(1), 28-32. <https://doi.org/10.1370/afm.1742>
- Rehm, J., Dawson, D., Frick, J., Gmel, G., Roerecke, M., Shield, K. D., & Grant, B. (2014). Burden of disease associated with alcohol use disorders in the United States. *Alcoholism:*

- Clinical and Experimental Research*, 38(4), 1068–1077.
<https://doi.org/10.1111/acer.12331>
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, 112(6), 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Rehm, J., Manthey, J., Struzzo, P., Gual, A., & Wojnar, M. (2015). Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *European Psychiatry*, 30(8), 885-893. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.07.012>
- Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., & Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.001>
- Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzalka, B. (2020). Exploring Health Literacy in Individuals with Alcohol Addiction: A Mixed Methods Clinical Study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186728>
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29(6), 631-640. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x>
- Savic, M., Best, D., Manning, V., & Lubman, D. I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0104-7>
- Schelhase, T. (2019). Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2017. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Eds.), *Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus* (pp. 271-296). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58225-1_18
- Schmidt, C. S., Schulte, B., Seo, H. N., Kuhn, S., O'Donnell, A., Kriston, L., Verthein, U., & Reimer, J. (2016). Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction*, 111(5), 783-794. <https://doi.org/10.1111/add.13263>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg089>
- Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten [Providing Care for Migrants]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 65(12), 476-485. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399972>
- Schranz, A., Kilian, C., Manthey, J., Schäfer, I., Schulte, B., & Kraus, L. (2026). Prädiktoren irregulärer Beendigungen alkoholspezifischer Suchtbehandlungen [Predictors of irregular discontinuation of alcohol-specific addiction treatments]. *Suchttherapie(EFirst)*. <https://doi.org/10.1055/a-2739-4896>
- Schulte, B., Schmidt, C., Milin, S., Farnbacher, G., Schäfer, I., Bleich, S., Kiefer, F., Hillemacher, T., & Reimer, J. (2014). Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 15(01), 35-42. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349863>

- Schwarzinger, M., Ferreira-Borges, C., Neufeld, M., Alla, F., & Rehm, J. (2024). Alcohol rehabilitation and cancer risk: a nationwide hospital cohort study in France. *The Lancet Public Health*, 9(7), e461-e469. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00107-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00107-5)
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M., & Specht, S. (2022). Suchthilfe in deutschland 2021. *Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. Munich: Institut für Therapieforschung (IFT).
- Shurrab, M., Ko, D. T., Jackevicius, C. A., Tu, K., Middleton, A., Michael, F., & Austin, P. C. (2023). A review of the use of propensity score methods with multiple treatment groups in the general internal medicine literature. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 32(8), 817-831. <https://doi.org/10.1002/pds.5635>
- Simon, R., Snow, R., & Wakeman, S. (2020). Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study. *Subst Abuse*, 41(4), 519-525. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671942>
- Sørensen, T., Jespersen, H. S. R., Vinberg, M., Becker, U., Ekholm, O., & Fink-Jensen, A. (2018). Substance use among Danish psychiatric patients: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry*, 72(2), 130-136. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1400098>
- Soyka, M., Kranzler, H. R., Hesselbrock, V., Kasper, S., Mutschler, J., & Möller, H. J. (2017). Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. *World Journal of Biological Psychiatry*, 18(2), 86-119. <https://doi.org/10.1080/15622975.2016.1246752>
- Stüben, N., Franke, A. G., & Soyka, M. (2023). Evaluation of a Primary E-Health Intervention for People with Alcohol Use Disorder: Clinical Characteristics of Users and Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6514. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/15/6514>
- Swan, J. E., Aldridge, A., Joseph, V., Tucker, J. A., & Witkiewitz, K. (2021). Individual and community social determinants of health and recovery from alcohol use disorder three years following treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 53(5), 394-403. <https://doi.org/10.1080/02791072.2021.1986243>
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G., & Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen [Good Practice of Secondary Data Analysis (GPS): Guidelines and Recommendations]. *Gesundheitswesen*, 77(02), 120-126. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396815>
- Tolksdorf, K., Loenenbach, A., & Buda, S. (2022). Dritte Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin*(38), 3--6. <https://doi.org/10.25646/10598>
- Velez, C. M., Nicolaidis, C., Korthuis, P. T., & Englander, H. (2017). "It's been an Experience, a Life Learning Experience": A Qualitative Study of Hospitalized Patients with Substance Use Disorders. *J Gen Intern Med*, 32(3), 296-303. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3919-4>
- Venegas, A., Donato, S., Meredith, L. R., & Ray, L. A. (2021). Understanding low treatment seeking rates for alcohol use disorder: A narrative review of the literature and opportunities for improvement. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(6), 664-679. <https://doi.org/10.1080/00952990.2021.1969658>
- Verthein, U., Kuhn, S., & Schäfer, I. (2014). Der Verlauf der Diamorphinbehandlung unter den Bedingungen der gesundheitlichen Regelversorgung – eine 12-Monats-Analyse. *SUCHT*, 60, 43-53. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000291>
- Wallhed Finn, S., Mejdal, A., Baskaran, R., & Nielsen, A. S. (2023). Effects of media campaign videos on stigma and attitudes towards treatment seeking for alcohol use disorder: a

- randomized controlled study. *BMC Public Health*, 23(1), 1919. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16811-4>
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., G, D. E. G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J.,...Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177-185.
- Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 173-185. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2866-0>
- Weissinger, V. (2020). Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. *SUCHT*, 66(4), 183-194. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000667>
- Wilson, G. B., Kaner, E. F., Crosland, A., Ling, J., McCabe, K., & Haighton, C. A. (2013). A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life. *PLoS One*, 8(8), e71792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071792>
- Witkiewitz, K., Pearson, M. R., Wilson, A. D., Stein, E. R., Votaw, V. R., Hallgren, K. A., Maisto, S. A., Swan, J. E., Schwebel, F. J., & Aldridge, A. (2020). Can alcohol use disorder recovery include some heavy drinking? A replication and extension up to 9 years following treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 44(9), 1862-1874. <https://doi.org/10.1111/acer.14413>
- Wolfe, D. M., Hutton, B., Corace, K., Chaikunapruk, N., Ngorsuraches, S., Nochaiwong, S., Presseau, J., Grant, A., Dowson, M., Palumbo, A., Suschinsky, K., Skidmore, B., Bartram, M., Garner, G., DiGioacchino, L., Pump, A., Peters, B., Konefal, S., Eves, A. P., & Thavorn, K. (2023). Service-level barriers to and facilitators of accessibility to treatment for problematic alcohol use: a scoping review [Systematic Review]. *Frontiers in Public Health*, Volume 11 - 2023. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1296239>
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K., Ashie, A., & Langley, T. (2018). Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 53(3), 302-316. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx094>

V Anlagen

- Anlage 1: Exploration psychiatrischer Kurzkontakte
- Anlage 2: Interviewleitfäden
- Anlage 3: Soziodemographische Merkmale Teilnehmende Interviews
- Anlage 4: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen

Anlage 1: Exploration psychiatrischer Kurzkontakte

Hintergrund

Die Analysen zu typischen Kurz- und Langzeitverläufe hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtmedizinischer Versorgungsleistungen (Fragestellung 1) zeigten eine hohe Inanspruchnahme von psychiatrischen Kurzkontakten bei Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung. Die Versorgung im Setting der psychiatrischen Praxen ist entsprechend sehr versorgungsrelevant und erfordert vertiefende Analysen. In Absprache mit den Konsortialpartnern wurde eine Umwidmung von eingesparten Projektmitteln beantragt, um eine zusätzliche Exploration von psychiatrischen Kurzkontakten zu ermöglichen.

Methodik

Inzidenzstichprobe

Die Inzidenzstichprobe wurde anhand spezifischer Einschlusskriterien definiert. Dabei wurde die erste Diagnosestellung einer F10.2 (Alkoholabhängigkeit) entweder in ambulanter Versorgung (gesichert) oder stationärer Behandlung (Aufnahme-, Haupt- oder Nebendiagnose) als Indexdiagnose herangezogen. Zudem wurde ausgeschlossen, dass in den 12 Monaten vor der Indexdiagnose eine alkoholspezifische Diagnose vorlag, die auf einen chronisch starken Konsum hinweist. Ein Beobachtungszeitraum von mind. 24 Monaten nach der Indexdiagnose musste vorliegen.

Die unabhängige Variable (UV) bezog sich auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Kurzkontakte. Es wurde erfasst, ob eine Person mindestens einen solchen Kontakt in Anspruch genommen hatte. Unter Personen mit mind. einem solchen Kontakt wurde außerdem die Anzahl der Kurzkontakte dokumentiert. Zur weiteren Differenzierung wurde die Variable anhand von Quartilen kategorisiert: Personen mit 1 bis 2 Kontakten, 3 bis 4 Kontakten, 5 bis 7 Kontakten sowie 8 bis 89 Kontakten. Diese Einteilung ermöglichte eine detaillierte Analyse des Ausmaßes der psychiatrischen Versorgung innerhalb der untersuchten Population.

Variablen

Die abhängigen Variablen (AV) umfassten soziodemographische Informationen wie das Geschlecht, Alter (zum Zeitpunkt der Erstdiagnose in Gruppen eingeteilt (z. B. 18-24, 25-34, ..., 65-74, 75+)) und Staatsangehörigkeit (kategorisiert in deutsch und nicht-deutsch). Mit Informationen aus der 24-monatigen Beobachtungsperiode wurden folgende Variablen gebildet: Berufstätigkeit, Elixhauser Komorbidität, psychiatrische Komorbidität, medikamentöse Behandlungen:

- Die Berufstätigkeit wurde anhand des längsten andauernden Tätigkeit erfasst, wobei zwischen „berufstätig oder selbstständig“, „arbeitslos“, „Ruhestand“ sowie „sonstiges“ (z. B. Student, Menschen mit Asylstatus) unterschieden wurde.
- Die Komorbidität wurde durch den Elixhauser-Score auf Basis von ambulanten (gesichert) oder stationären (Aufnahme-, Haupt- oder Neben-) Diagnosen abgebildet.
- Die psychiatrische Komorbidität wurde durch Diagnosen anhand der Diagnosegruppe F (F11-F19; F20-29; F30-39; F40-48; F60-69; sonstige F Diagnosen) auf Basis von ambulanten (gesichert) oder stationären (Aufnahme-, Haupt- oder Neben-) Diagnosen kategorisiert.
- Medikamentöse Behandlungen wurden nach ATC-Gruppen erfasst, separat nach Verschreibungen durch verschiedene Berufsgruppen: „Allgemeinmediziner:innen“ (Lebenslange Arztnummer (LANR) = 1), „Psychiater:innen“ (LANR = 47, 58, 59, 60, 61)

und „andere“ (alle anderen LANR). Die ATC-Gruppen unterschieden verschriebene und abgegebene Medikamente gegen Alkoholabhängigkeit („Mittel Behandlung Alkoholabhängigkeit“), Antidepressiva („Antidepressiva“), Benzodiazepine („Benzodiazepine“), Antipsychotika („Antipsychotika“) sowie sonstige Medikamente („andere“).

Schließlich wurde ausgewertet, inwieweit alkoholbezogene Behandlungen, d.h. stationäre alkoholbezogene Behandlungen (STAB), qualifizierte Entzugsbehandlungen (QE) oder Rehabilitationen (REHA), vor bzw. nach dem ersten psychiatrischen Kurzkontakt in Anspruch genommen wurden. Es wurde dabei unterschieden, ob die Intervention in den 12 Monaten vor oder in den 24 Monaten nach dem psychiatrischen Kurzkontakt durchgeführt wurde, wie anhand von QE beispielhaft illustriert: keine QE im Beobachtungszeitraum; QE vor oder am Tag des psychiatrischen Kurzkontakt; QE nach dem psychiatrischen Kurzkontakt.

Latente Klassenanalyse

Neben einer deskriptiven Beschreibung von Personen mit psychiatrischen Kurzkontakten wurde eine Latente Klassenanalyse durchgeführt, um unterschiedliche Gruppen von Inanspruchnahme und Komorbidität zu identifizieren. Nach Exploration unterschiedlicher Variablen wurden folgende Variablen für die Latente Klassenanalyse ausgewählt:

Selektion notwendiger Variablen

- **Häufigkeit der psychiatrischen Kurzkontakte:** wenig (1–2) vs. mittel (3–7) sowie wenig (1–2) vs. viele (8+)
- **Geschlecht:** weiblich vs. männlich
- **Alter:** Gruppe 1 (18–44 Jahre) vs. Gruppe 2 45–64 Jahre sowie Gruppe 1 (18–44) Jahre vs. Gruppe 3 (65+ Jahre)
- **Beschäftigungsstatus:** Erwerbstätig vs. arbeitslos/Rente/sonstiges

Selektion von Variablen, die auf Variation zwischen Häufigkeiten von psychiatrischen Kurzkontakten hindeuten, insbesondere:

- **Elixhauser-Score:** 0–4 vs. 5+ (Median-Split)
- **Psychiatrische Komorbidität:** Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung ohne Berücksichtigung von AUD (F11–19) oder einer Schizophreniediagnose (F20–29)
- **Medikamentöse Behandlungen:** jegliche ambulante Verschreibung von alkoholbezogenen Medikamenten, Antidepressiva, Benzodiazepinen oder Antipsychotika

Da die alkoholbezogenen Interventionen nur selten in Anspruch genommen wurden, wurden diese nicht in der Latenten Klassenanalyse berücksichtigt. In einer explorativen Analyse wurde jedoch ihre Verteilung zwischen den Klassen überprüft.

Modellwahl

Die Modellwahl wurde anhand der Kriterien gemäß Tabelle 1 getroffen. Ein Fünf-Klassen-Modell wurde bevorzugt, da es ausreichend große Klassen aufwies, mit mindestens 134 Personen pro Klasse. Zudem zeigte das Modell eine gute Trennschärfe, erkennbar an einer hohen Entropie von 0,84. Auch der niedrigste ALCPP-Wert lag bei 0,84. Dieser Wert bedeutet, dass für Personen in der Klasse mit der geringsten Trennschärfe die Wahrscheinlichkeit der zugeordneten Klasse (und keiner anderen) im Durchschnitt 84 % betrug. Dies weist auf eine gute Unterscheidbarkeit der Klassen hin. Obwohl auch eine Vier-Klassen-Lösung gut

funktioniert hätte, wurde das Fünf-Klassen-Modell aufgrund des etwas höheren minimalen ALCPP-Werts favorisiert.

Tabelle 11: Modelvergleich: Fit-Indikatoren für verschiedene Klassenlösungen

Modell	LL	AIC	BIC	Entropie	Kleinste Klassengröße	ALCPP_lowest
2 Klassen	-9968,045	19990,09	20131,20	0,8218499	408	0,9314009
3 Klassen	-9743,957	19569,91	19784,19	0,9014301	211	0,9301353
4 Klassen	-9654,043	19418,09	19705,53	0,8423969	211	0,7937962
5 Klassen	-9589,290	19316,58	19677,19	0,8447846	134	0,8385104
6 Klassen	-9540,594	19247,19	19680,96	0,8619908	41	0,8417647
7 Klassen	-9501,820	19197,64	19704,58	0,8404721	41	0,7432758
8 Klassen	-9469,324	19160,65	19740,76	0,8518356	41	0,8092081
9 Klassen	-9441,047	19132,09	19132,09	0,8127741	33	0,7827035
10 Klassen	-9416,345	19110,69	19110,69	0,8536353	33	0,8126449

LL = Log-Likelihood; AIC = Akaike-Informationskriterium; BIC = Bayesian Information Criterion ALCPP = Average Latent Class Posterior Probability for the lowest class

Ergebnisse

Beschreibung der Inzidenzstichprobe

Die Inzidenzstichprobe 7.196 Personen (31,3% weiblich) nahmen im Beobachtungszeitraum eine ambulante psychiatrische Versorgung in Anspruch (siehe Tabelle 2). Das Durchschnittsalter betrug 54,7 Jahre (IQR: 46-64 Jahre). Der durchschnittliche Elixhauser-Summenscore lag bei 5 Punkten (IQR: 3-6). Es zeigte sich eine vergleichsweise hohe Arbeitslosigkeit (28,7%), fast jede:r fünfte Patient:in ist berentet. Am häufigsten wurden psychiatrischen Diagnosen der Störungsgruppen F30-39 (Affektive Störungen: 58,5%) und F40-48 (Angststörungen: 50,5%) dokumentiert.

Tabelle 22: Beschreibung der Inzidenzstichprobe

Geschlecht, weiblich; n (%)	2.253 (31,3)
Alter; m (IQR)	54,7 (46-64)
Altersgruppen	
18-24 Jahre; n (%)	147 (2,0)
25-34 Jahre; n (%)	527 (7,3)
35-44 Jahre; n (%)	1.000 (13,9)
45-54 Jahre; n (%)	1.783 (24,8)
55-64 Jahre; n (%)	1.958 (27,2)
65-74 Jahre; n (%)	1.132 (15,7)
75-98 Jahre; n (%)	653 (9,1)
Elixhauser-Summenscore; m (IQR)	5 (3-6)
Staatsbürgerschaft, deutsch; n (%)	6.187 (85,9)
Erwerbstätigkeit	
erwerbstätig; n (%)	2.720 (37,8)
arbeitslos; n (%)	2.064 (28,7%)
berentet; n (%)	1.307 (18,2)
sonstige; n (%)	1.109 (15,4)
Psychiatrische Diagnosen	

F11-19; n (%)	4.082 (56,7)
F20-29; n (%)	760 (10,6)
F30-39; n (%)	4.211 (58,5)
F40-48; n (%)	3.639 (50,5)
F60-69; n (%)	1.277 (17,7)
sonstige; n (%)	2.185 (30,3)

Hausärzt:innen verschrieben am häufigsten Antidepressiva (16,3%) und Benzodiazepine (6,2%), Fachärzt:innen hauptsächlich Antidepressiva (24,3%) und Antipsychotika (15,5%). Alkoholbezogene Medikamente wurden nur selten verschrieben (<1 %). (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verschriebene Medikamente nach Fachärzt:innengruppen

Verschriebene Medikamente (durch)	Hausärzt:innen	Psychiater:innen	andere Fachärzt:innen
Alkoholbezogene Medikamente; n (%)	26 (0,4)	35 (0,5)	58 (0,8)
Antidepressiva; n (%)	1.173 (16,3)	639 (8,9)	1.751 (24,3)
Benzodiazepine; n (%)	448 (6,2)	158 (2,2)	557 (7,8)
Antipsychotika; n (%)	629 (8,7)	455 (6,3)	1.115 (15,5)
Sonstige; n (%)	4.706 (65,36)	480 (6,7)	5.843 (81,2)

Beschreibung der Analytestichprobe

N = 1.375 Personen nahmen im Beobachtungszeitraum mindestens einen psychiatrischen Kurzkontakt in Anspruch. Tabelle 3 beschreibt die Analytestichprobe hinsichtlich der Anzahl an psychiatrischer Kurzkontakten. Die Geschlechtsverteilung zeigte einen leichten Anstieg des Anteils weiblicher Personen bei zunehmender Anzahl der Kontakte, von 29,8 % bei 0 Kontakten auf 39,5 % bei 8-9 Kontakten. Das Durchschnittsalter lag zwischen 52 und 55 Jahren, wobei die Alterswerte in den verschiedenen Gruppen vergleichbar waren. Auch hinsichtlich des Elixhauser-Summenscore zeigten sich unabhängig von der Kontaktzahl keine Unterschiede. Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen waren Störungsgruppen häufiger bei den Gruppen mit mehr Kontakten dokumentiert, was auf eine steigende psychiatrische Komorbidität mit zunehmender Kontaktzahl hinweist. Besonders auffällig waren die hohen Anteile bei affektiven Störungen (F30-39), die bei den häufigeren Kontakten bis zu 88,5 % betrug (Tabelle 4).

Tabelle 4: Beschreibung der Analytestichprobe nach Anzahl psychiatrischer Kurzkontakte

	Anzahl psychiatrische Kurzkontakte				
	0	1-2	3-4	5-7	8-9
Gesamt; n	5.825	508	261	272	334
Geschlecht, weiblich; n (%)	1.734 (29,8)	166 (32,7)	104 (39,8)	117 (43,0)	132 (39,5)
Alter; m (IQR)	55,2 (46-65)	52 (43-0)	52,5 (44-60)	54,1 (46-61)	52,5 (45-59)
Elixhauser-Summenscore; m (IQR)	5 (3-6)	5,1 (3-6)	5,1 (3-6)	5,2 (3-7)	5,3 (3-6)
Erwerbstätig; n (%)	2.242 (38,5)	162 (31,9)	93 (35,6)	101 (37,1)	122 (36,5)

Arbeitslos; n (%)	1.655 (28,4)	169 (33,3)	76 (29,1)	67 (24,6)	97 (29,0)
Berentet; n (%)	1.060 (18,2)	83 (16,3)	53 (20,3)	50 (18,4)	61 (18,3)
Sonstiges; n (%)	868 (14,9)	94 (18,5)	39 (14,9)	54 (19,9)	54 (16,2)
Staatsbürgerschaft, deutsch; n (%)	4.993 (85,7)	439 (86,4)	231 (88,5)	230 (84,5)	294 (88,0)
Psychiatrische Diagnosen					
- F11-19; n (%)	3.237 (55,6)	307 (60,4)	159 (60,9)	156 (57,4)	223 (66,8)
- F20-29; n (%)	486 (8,3)	67 (13,2)	55 (21,1)	57 (21,0)	95 (28,4)
- F30-39; n (%)	3.020 (51,8)	431 (84,8)	231 (88,5)	237 (87,1)	292 (87,4)
- F40-48; n (%)	2.667 (45,8)	351 (69,1)	183 (70,1)	194 (71,3)	244 (73,1)
- F60-69; n (%)	844 (14,5)	144 (28,3)	81 (31,0)	100 (36,8)	108 (32,3)
- sonstige; n (%)	1.613 (27,7)	213 (41,9)	111 (42,5)	112 (41,2)	136 (40,7)

Charakterisierung psychiatrischer Kurzkontakte mittels Latenter Klassenanalyse

Klasse 1 zeichnete sich durch eine geringe Inanspruchnahme psychiatrischer Kurzkontakte (durchschnittlich 2,9) bei einer niedrigen Komorbiditätslast (Elixhauser-Summenscore: 4,3) aus. Gegenüber den anderen Gruppen bestand ein vergleichsweise geringer Anteil an weiteren Suchtstörungen (F11–F19) von 50 %. Der Anteil der Patient:innen mit einer schizophrenen Störung (F20–F29) war gering (2%).

Klasse 2 zeigte eine geringe Inanspruchnahme psychiatrischer Kurzkontakte (durchschnittlich 3,4) bei einer hohen Komorbiditätslast (Elixhauser-Summenscore: 5,8). Dieser Cluster wies mit 81 % den höchsten Anteil an weiteren Suchtstörungen (81%) und schizophrenen Störungen (41%) innerhalb der Gruppen auf. Auch wurden in dieser Gruppe alkoholbezogene Medikationen etwas häufiger (6,8% der Patient:innen) verschrieben (Anteil in den anderen Gruppen: 2–4 %). Personen in dieser Gruppe wiesen zudem mit 94% einen sehr hohen Anteil an Verschreibungen von Antipsychotika auf.

Klasse 3 war durch eine hohe Anzahl an psychiatrischen Kurzkontakten (durchschnittlich 9,7) gekennzeichnet. Die Komorbiditätslast war mit einem Elixhauser-Score von 4,7 gering. In diesem Cluster wurden bei 71% der Patient:innen eine zusätzlich Suchtstörungen diagnostiziert, jedoch keine schizophrenen Störungen festgestellt. Der Anteil an Personen mit einer alkoholbezogenen pharmakologischen Behandlung lag bei 7,8%; 88% der Patient:innen wurden Antidepressiva verschrieben (im Vergleich zu 59–70 % in den anderen Gruppen).

Klasse 4 zeigte mit einem Mittelwert von 10,9 eine sehr hohe Inanspruchnahmerate von psychiatrischen Kurzzeitkontakten bei gleichzeitig hoher Komorbiditätslast (Elixhauser-Score: 6,2). Der Anteil an weiteren Suchtstörungen lag bei 78 %. Alle Patient:innen in diesem Cluster hatten eine diagnostizierte schizophrene Störung (100%). Es gab zudem einen sehr hohen Anteil an Verschreibungen von Antipsychotika (89%).

Klasse 5 umfasste eine Gruppe mit mäßig hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Kurzkontakte (5,2) und war durch einen hohen Anteil an Frauen (49 %) gekennzeichnet. Das Durchschnittsalter lag mit 72 Jahren deutlich höher als in den anderen Gruppen (47–50 Jahre). Trotz des hohen Alters war der Anteil an Erwerbstätigen mit 44% hoch (andere Gruppen: 28–36%). Die Komorbiditätslast war mit einem Elixhauser-Score von 6,6 am höchsten. Gleichzeitig war der Anteil an weiteren Suchtstörungen mit 39 % am geringsten. Der Anteil an schizophrenen Störungen lag bei 16 %.

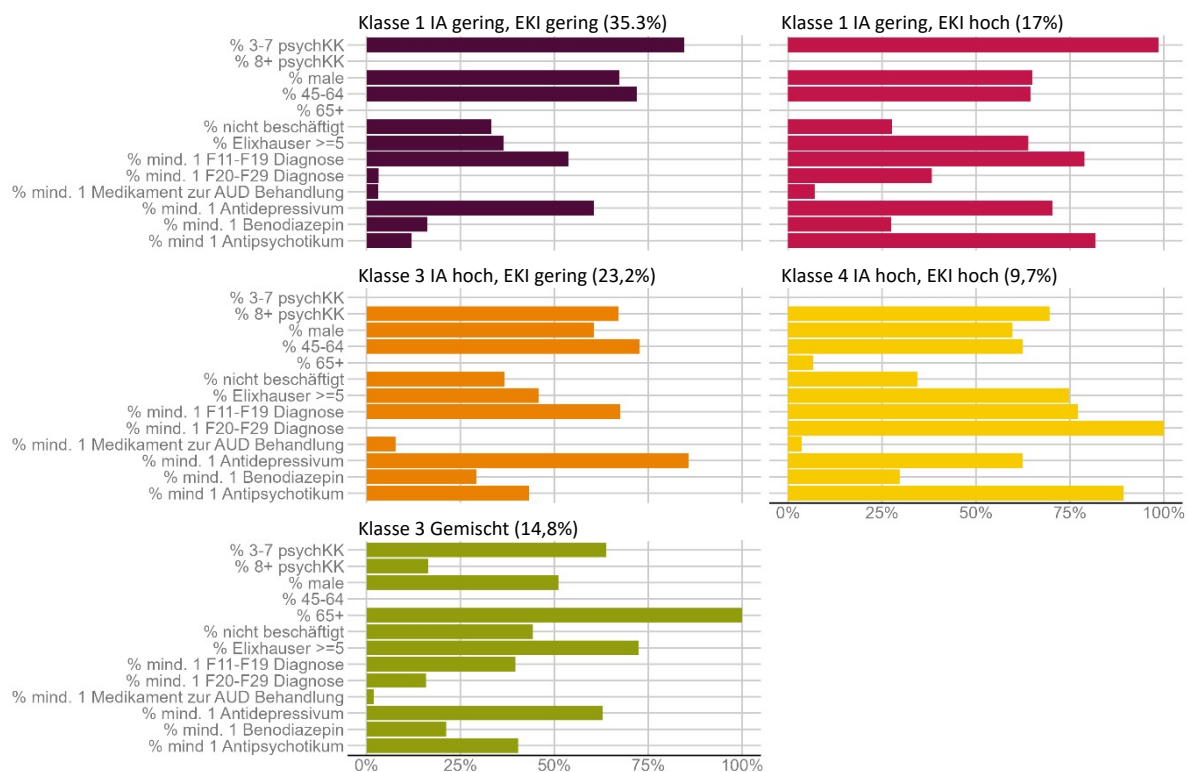


Abbildung 1: Charakterisierung psychiatrischer Kurzkontakte mittels Latenter Klassen

Angezeigt werden die Anteile (%) der berücksichtigten Charakteristika pro Klasse von Personen mit einer Inanspruchnahme von mindestens einer psychiatrischen Kurzintervention (psychKK). IA = Inanspruchnahme von psychiatrischen Kurzkontakten; EKI = Komorbidität gemäß des Elixhauser-Scores

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die meisten psychiatrischen Kurzkontakte in den Klassen 3 und 4 in Anspruch genommen wurden. Beide Klassen zeigten zudem einen hohen Anteil an Suchstörungen zusätzlich zur AUD. Klasse 4 war außerdem durch viele Personen mit schizophrenen Störungen und eine hohe sonstige Komorbidität geprägt. Die geringsten psychiatrischen Kurzkontakte wurden in den Klassen 1 und 2 verzeichnet. Klasse 1 war hinsichtlich der Komorbidität am wenigsten belastet, während Klasse 2 trotz ihrer vergleichsweise geringen Inanspruchnahme sehr stark belastet war. Klasse 5 bestand hauptsächlich aus älteren, weiblichen Versicherten, bei denen die Komorbidität, vor allem altersbedingt, sehr hoch war, die psychische Komorbidität jedoch verhältnismäßig gering blieb.

Inanspruchnahmen von stationäre alkoholbezogene Behandlungen, qualifizierte Entzugsbehandlungen und Rehabilitationen

Es wurde schließlich untersucht, wie sich die Inanspruchnahme verschiedener alkoholbezogene Behandlungen zwischen den fünf Klassen unterscheidet. Es zeigte sich, dass bei Personen in den Klassen 2 und 3, die durch eine hohe Komorbidität an weiteren Suchstörungen bei einer gleichzeitig moderaten bis niedrigen Rate an schizophrenen Störungen gekennzeichnet sind, leicht erhöhte Anteile an mindestens einer Inanspruchnahme von einer qualifizierten Entzugsbehandlung, stationären alkoholbezogenen Behandlung und

Rehabilitationen zu verzeichnen sind (Tabelle 5). Eine erhöhte Inanspruchnahme dieser Interventionen wurde auch in den Klassen 1 und 2 beobachtet. Im Gegensatz dazu waren Inanspruchnahmen von alkoholbezogenen Behandlungen in der Klasse 5 am seltensten. Diese Muster lassen sich auch beobachten, wenn nur die Intervention dem ersten psychiatrischen Kurzkontakt berücksichtigt wurde (Tabelle 5).

Tabelle 4: Inanspruchnahmen von STAB, QE und REHA zwischen den Klassen

Klasse	Jegliche Inanspruchnahme			nachfolgende Inanspruchnahme		
	QE	STAB	REHA	QE	STAB	REHA
Klasse 1: IA gering, EKI gering	13,4%	11,3%	9,5%	6,4%	4,3%	5,8%
Klasse 2: IA gering, EKI hoch	25,6%	20,5%	15,0%	13,7%	11,1%	5,6%
Klasse 3: IA hoch, EKI gering	20,1%	17,2%	15,7%	11,6%	11,6%	9,7%
Klasse 4: IA hoch, EKI hoch	12,7%	11,9%	3,0%	6,0%	6,7%	1,5%
Klasse 5: Gemischt	7,4%	3,9%	3,0%	3,9%	2,5%	1,0%

IA = Inanspruchnahme von psychiatrischen Kurzkontakten; EKI = Komorbidität gemäß des Elixhauser-Scores; STAB = stationäre alkoholbezogene Behandlungen; QE = qualifizierte Entzugsbehandlungen (QE); REHA = Rehabilitation

Anlage 2: Interviewleitfäden

INTERVIEWLEITFADEN PATIENTEN: Variante A: DETAILLIERTER ABLAUF

1) Begrüßung & Einleitung Getränke bereitstellen (ggf. Snacks bereitstellen oder zum Gespräch mitnehmen) Smalltalk als „Warming-up“ inkl. Vorstellung der eigenen Person und des Instituts		
Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Einleitung	„Uns interessieren die Erfahrungen von Menschen (mit Alkoholproblemen/ die wegen Alkoholproblemen / Alkoholabhängigkeit Beratung oder Behandlung aufgesucht haben)...“ „Wir möchten wissen: Was läuft (bei den Behandlungsangeboten) gut, was weniger gut...“	Rückversicherung, dass das Anliegen auch verstanden wurde. Zentraler Punkt ist nicht der subjektive Grund für die Entstehung der Alkoholabhängigkeit.
Aufklärung über Tonaufnahme / Notizen	„Ich möchte unser Gespräch gerne auf einen Tonträger aufnehmen, damit uns keine Informationen verloren gehen. (Erfahrungsgemäß können wir uns nicht mehr an alles erinnern und das Mitschreiben würde unser Gespräch sehr stören)“. „Ich habe ein Aufnahmegerät mitgebracht und würde unser Gespräch gerne aufnehmen. (Das mag vielleicht am Anfang etwas irritierend sein...)“	Aufnahmegerät nicht „problematisieren“, ruhig so selbstverständlich wie möglich einsetzen. Auf Nachfrage (!) gern Vorgehen zur Datenaufbewahrung erläutern (nicht im Voraus; zu viel Information). Evt. noch den Ablauf kurz erklären: – zeitlicher Rahmen – Einsatz und Funktion von „Kärtchen“
Einholen der Einwilligungserklärung <u>VOR BEGINN DES INTERVIEWS!</u>	„Wir haben eine sogenannte Einwilligungserklärung vorbereitet. Diese möchte ich mit Ihnen einmal durchgehen. Mir ist es wichtig, dass Sie alles gut verstehen“.	Die Einwilligungserklärung muss <u>vor Beginn</u> des eigentlichen Interviews unterschrieben vorliegen. Rückversichern, dass auch alles verstanden wurde.
Aufwandsentschädigung	„Für dieses Gespräch bekommen Sie eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro. Leider ist es uns nicht möglich, Ihnen einfach das Geld bar auszuhändigen. Sie können zwischen einem „Wunschgutschein“ oder einer Einzahlung auf Ihr Konto wählen“.	Evt. Auszahlungsbogen ausfüllen lassen, darauf achten, dass alles gut lesbar ist, vor allem die Kontonummer.
Pausen	„Das Interview dauert vermutlich 1-1,5 Stunden. Falls sich viele wichtige Themen ergeben, vielleicht sogar zwei. Falls Sie merken, dass Sie eine Pause brauchen, sagen Sie jederzeit gerne Bescheid!“	Darauf hinweisen, dass der/die Befragte jederzeit bei Bedarf eine kleine Pause machen kann. Selber auch daran denken , nach z.B. einer Stunde oder falls

		es sich passend anfühlt, eine Pause anzubieten oder vorzuschlagen.
--	--	--

2) Soziobogen

nur Fragen 1-8 (= die Elemente, die sich auf die aktuelle Situation beziehen)

→ Vorgeschichte / vorherige Behandlungen werden im Interview abgefragt, und später wird noch einmal anhand des Bogens geprüft, ob alles erhoben wurde.

Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
siehe Fragebogen, – Lebenssituation (Partner:in, Kinder – Wohnsituation – Arbeitssituation, Ausbildung	„(erstmal/ ein paar allgemeine Fragen) zu Ihrer Person...“ „Damit wir das Gesagte besser einordnen können, möchte ich Ihnen ein paar wenige Fragen zu ihrer Person stellen“	Der Fragebogen wird vom Interviewer ausgefüllt. Die Informationen während des Gesprächs eintragen und am Ende zusammen mit dem oder der Interviewten auf Vollständigkeit überprüfen.

3) Systematische Rekonstruktion der Patient Journey / des Patientenweges mit Visualisierungshilfe:



Es werden mehrere runde und eckige Kärtchen zur Auswahl in verschiedenen Farben bereitgestellt, sowie Filzstifte zum Beschriften.

„Behandlungsweg gemeinsam rekonstruieren“

Auf einem großen Papier (z.B. Flipchartblock) wird schrittweise ein Zeitstrahl erarbeitet, aus frei verrückbaren eckigen Kärtchen, auf denen Jahreszahlen/Alter (oder ggf. auch Lebensereignisse) eingetragen werden. Für die Behandlungsstationen dienen runde Kärtchen. Ein paar werden vorgeschrieben, andere werden vom Interviewer nach Vorgabe der/des Patient:in ausgefüllt. Der/die Patient:in legt die Kärtchen selbst.

Das darunterliegende Papier dient dazu, um z.B. Pfeile, Kreise, Spiralen, Zeitabschnitte (z.B. für Abstinenzphasen oder begleitende regelmäßige Behandlungen) einzeichnen zu können. Generell sollen die Darstellungs- und Gestaltungsmethoden sehr flexibel variiert werden, sofern es der gemeinsamen Veranschaulichung dient und von Interviewer und Interviewpartner als angemessen empfunden wird. Der Einstieg sollte bei der aktuellen Behandlungsstation erfolgen. Sinnvoll wäre es, systematisch und chronologisch bis zum Anfang der Behandlungskette bzw. Anfang des problematischen Konsums zu gehen. Möglicherweise wird dies nicht immer möglich sein. Die Kärtchen können daher auch immer wieder verändert werden.

Wünschenswert wäre es, die Behandlungskette vollständig zu visualisieren und dann in einem zweiten Schritt die einzelnen Stationen genauer zu beleuchten. Abstinenzphasen und deren Beendigung sollten

auch eingetragen werden. Wenn den Patienten dieser Ablauf nicht möglich oder angenehm ist, kann auch jede Station/ jeder Lebensabschnitt direkt vertieft werden.

Bestimmte besonders wichtige Dinge können mit weiteren Kärtchen anderer Farben/Formen ggf. noch gesondert markiert werden.

Zentrale Punkte - zu jeder Station - :	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Allgemeine Erinnerungen/ besonders Wichtiges	„Erzählen Sie mal ein bisschen zu ‚Station XY‘“ / „Was war das Wichtigste an dieser Station?“ „Gab es etwas, was Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist?“	Besonders wichtig oder prägend können Ereignisse sein, Personen/Beziehungen, aber auch eigene Erkenntnisse/innere Prozesse, etc.
Warum Entscheidung für diese Einrichtung?	„Wie sind sie zu genau dieser Einrichtung gekommen?“ / „Warum haben sie sich hierfür entschieden?“ / „Hatten Sie vorher schon Informationen über diese Einrichtung, z.B. über die Webseite, oder persönliche Empfehlungen?“	Wie wurde Kontakt aufgenommen? Warum gerade diese Einrichtung gewählt? (Empfehlung? Internetauftritt? Vermittlung...? Etc.?)
Positives	„Was war (besonders) gut?“ / „Gibt es etwas, das Sie in guter Erinnerung haben?“ Möglichst häufig: „Schildern Sie einmal ein Beispiel/ Können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern/ mir von einem bestimmten Erlebnis erzählen?“	Generell immer möglichst viele konkrete Situationen/ Beispiele / Geschichten schilden lassen!
Negatives / Fehlendes → Wünsche	„Was war negativ?“ / „Was lief nicht gut?“ / „Gab es negative Dinge?“ Möglichst häufig: „Schildern Sie einmal ein Beispiel/ Können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern/ mir von einem bestimmten Erlebnis erzählen?“ „Haben Sie das gefunden/bekommen, was Sie gesucht/gebraucht hätten?“ / „Gab es etwas, was nicht gut lief/läuft?“ „Hat etwas gefehlt?“ „Was stört Sie?“	Generell immer möglichst viele konkrete Situationen/ Beispiele / Geschichten schilden lassen!
Motivation für Behandlungsdhärenz	„Was hat Sie in der Behandlung gehalten“?	Inhalte der Behandlung/das Behandlungskonzept, die Behandler:innen, das Ambiente, andere Mitpatient:innen, gute Erreichbarkeit/ Verlassen des gewohnten Umfelds
Gründe für Abbruch	„Was waren die Gründe, die Sie zum Abbruch bewogen haben?“ „Gab es bestimmte Ereignisse/ Können Sie mir Beispiele erzählen?“ „Lag es an der Behandlung oder hatte es andere Gründe?“	Gründe können innerhalb und außerhalb der Behandlung liegen (Personen, Konzept, Umstände, eigene Motivation/ Schwierigkeiten, falscher Zeitpunkt)

Motivation für Erstkontakt mit dem Behandlungssystem	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Motivation für Erstkontakt	„Gab es einen entscheidenden Anlass, warum Sie sich Hilfe gesucht haben?“ / „Was war der ausschlaggebende Punkt? Was hat Sie dazu gebracht, sich Hilfe zu suchen?“ „Können Sie mir sagen, was Sie letztlich dazu bewegt hat, sich professionelle Hilfe zu suchen?“	Hier auch erfragen, welcher Druck evtl. aus dem familiären oder beruflichen Umfeld kam. Fremdmotivation vs. Eigenmotivation ermitteln.
Abstinenzphasen und Rückfälle, Motivation für Wiederaufnahme	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Motivation für Abstinenzphasen	„Sie waren <i>xx Mal</i> für <i>xx Zeit</i> abstinent. Wie waren diese Abstinenzphasen für Sie? Was hat es Ihnen möglich gemacht, so lange abstinent zu bleiben?“	Mögliche Beispiele/ Themenbereiche: Gruppenbesuch und andere Gruppenmitglieder? War Abstinenz ein Kampf oder ist es leicht gefallen? Waren Familie und/oder Beruf förderlich oder belastend? Was hat sich durch die Abstinenz verändert?
Auslöser für Rückfall/Rückfälle	„Können Sie sich erinnern, was letztlich zu dem Rückfall (den Rückfällen) geführt hat?“	Abbruch von Gruppenbesuchen, Stress, Ärger aber auch Zufall, unvermitteltes Craving,
„Ende“ des Rückfalls/ Hilfe suchen danach	„Wie sind Sie da wieder herausgekommen?“ „Wann/ wodurch haben Sie wieder aufgehört/sich Hilfe gesucht?“ „War irgendetwas anders als bei den Rückfällen davor?“	Wie schnell wieder Hilfe gesucht? Hat die Behandlung davor dazu geführt, weniger zu trinken, sich schneller Hilfe zu suchen? Nach Rückfall selbst wieder in Abstinenz gefunden?

4) Check: weitere Themen im Zusammenhang mit dem Patientenweg

Diese Themen sind so sortiert, dass sie, vom Patientenweg ausgehend, theoretisch so hintereinander abgefragt werden können. Manches wird wahrscheinlich schon bei der Rekonstruktion des Patientenweges zur Sprache kommen und darf da natürlich auch schon erhoben werden, wenn es gerade passt. Das Interview sollte möglichst natürlich gestaltet werden, also kein „das ist jetzt nicht dran, das frage ich gleich später“, wobei natürlich eine gesunde Balance zu halten ist, falls der/die Befragte zu ausschweifend werden sollte. Alles, was dem/der Befragten im Rahmen der Thematik wichtig ist, soll aber zur Sprache kommen dürfen; möglichst immer wieder mit konkreten Situationsbeschreibungen/ Beispielen/ Geschichten. Aufmerksam dafür sein, wenn der/die Interviewte das Gefühl hat, alles schon gesagt zu haben. Nicht das Gefühl entstehen lassen, dass man ihm/ihr nicht glaubt.

Wiederholte Ansprache von Themen möglichst vermeiden. Daher ist die folgende Themenliste als Checkliste gedacht: Wurde das Thema bei 3) schon ausreichend angesprochen? → Falls ja, dann weiter zum nächsten Punkt!

Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
A) Ungefährer Beginn der Suchterkrankung und Weg / zeitlicher Abstand zum Erstkontakt	„Wann hatten Sie das erste Mal das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum/ das mit dem Trinken nicht mehr okay ist?“ / „Wann haben Sie das erste Mal Probleme wegen des Trinkens/ des Alkohols gehabt/bemerkt?“	Oft dauert es länger, bis der/die Patient:in professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Wurden andere Versuche unternommen (Gruppe, Heilpraktiker...) oder wurde das Problem vollkommen negiert?
B) Hilfe rechtzeitig gesucht?	„Haben Sie das Gefühl, dass sie zum genau richtigen Zeitpunkt Hilfe gesucht haben? Oder war es zu früh, zu spät?“ „Hätte es etwas geben können, damit Sie sich früher Hilfe gesucht hätten? Hätte das funktioniert?“	Innere Bereitschaft vs. Passung des Behandlungsangebots
C) Hilfe rechtzeitig bekommen?	„Als Sie sich entschieden hatten, etwas bezgl. Ihres Alkoholkonsums zu unternehmen, wie schnell konnten Sie eine Behandlung antreten/erreichen?“ „Zwischen xx und xx: Mussten Sie lange auf eine Anschlussbehandlung warten?“ „Ist es in dieser Zeit zu einem Rückfall gekommen?“	– Wartezeiten – Angebote vor Ort – Auch Wartezeiten bei Überleitungen erfragen – Wartezeiten Auslöser für Rückfälle?
D) bestimmte Hilfsangebote bewusst nicht ergriffen?	„Wurden Ihnen schon einmal Behandlungsangebote gemacht, die Sie abgelehnt haben?“	Therapien/Beratungen bewusst nicht ergriffen, obwohl Möglichkeit dazu gehabt
E) Informiert sein - allgemein	„Wie gut waren Sie über Behandlungsmöglichkeiten informiert?“ „Haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt gut Bescheid wissen?“ „Fehlen Ihnen noch Dinge, die Sie gerne wissen würden?“	Auch erfragen, wer den/ die Patient:in informiert hat, woher sie die Informationen bekommen haben, ob sie sie sich selbst gesucht haben z.B. im Internet

F) Informiert sein – Überleitung in andere Segmente des Hilfesystems	„Wussten Sie, wie es nach XX weitergeht?“ / „Fühlten Sie sich gut über Ihre Möglichkeiten informiert?“ „Haben Ihnen Informationen gefehlt?“	Hier auch Weiterleitung/Überleitung in andere Segmente des Hilfesystems erfragen, wie könnte man den Informationsfluss verbessern?
G) Internetauftritte der Einrichtungen, Online-Angebote	„Haben Sie schon einmal online nach Behandlungsangeboten, Selbsttests, Infos gesucht?“ „Wie haben Sie die Internetauftritte erlebt?“	Internetauftritte der Beratungen/Behandlungen, wenn selbst gesucht, was waren die Kriterien, wären Online-Beratungen eine Hilfe gewesen, gab es Test etc. wo sie für sich selbst testen konnten, ob sie schon abhängig sind
H) Weitere/ allgemeine Kritik am Hilfesystem, Wünsche	„Haben Sie das gefunden/bekommen, was Sie gesucht/gebraucht hätten?“/ „Gab es etwas, was nicht gut lief/läuft?“ „Hat etwas gefehlt?“ „Was stört Sie?“	
5) Allgemeine Faktoren für Genesung / Lebensqualität		
Was tut allgemein gut?	„Ganz allgemein im Leben: Was tut Ihnen gut?“ „Was macht Ihnen Freude?“ „Was hilft Ihnen/ wodurch fühlen Sie sich unterstützt?“ / „Was gibt Ihnen Kraft?“ „Was tun Sie, wenn es Ihnen schlecht geht?“ „Was ist Ihnen wichtig im Leben?“ / „Was macht das Leben für Sie sinnvoll und lebenswert?“	Allgemeine Faktoren, die sich positiv auf Genesung und Lebensqualität auswirken Aufgabe im Leben, Sinnhaftigkeit, Ablenkung, (Arbeit, Hobbies, Kinder...)
Was hilft, dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen, abstinent zu bleiben?	Was hilft Ihnen, abstinent zu bleiben?“ „Was erzeugt Stress, was schadet?“ → Was führt zu → (Verlangen nach) → Alkoholkonsum? Was machen Sie dann, haben Sie für sich Strategien, z.B. mit Alkoholverlangen/Verführungssituationen umzugehen?	soziale Faktoren, Arbeitssituation, welche regelmäßig auftretenden Stressoren? / Bewältigungsstrategien, Aufgabe im Leben, Sinnhaftigkeit, Ablenkung, Kinder...)
Rückblickend: Was war das Wichtigste/ Hilfreichste?	„Wenn Sie auf Ihren Weg zurückblicken: Was hat Ihnen am Meisten geholfen?“ „Gab es besonders entscheidende Situationen/ Menschen/ Anstöße auf Ihrem Weg/ die Ihnen besonders geholfen haben?“	Was waren die entscheidenden Anstöße/ hilfreichen Faktoren oder Menschen / Wendepunkte? Eher Elemente des Behandlungssystems, oder eher andere Faktoren? Bestimmte Therapeuten? Bestimmte Ereignisse, Menschen?
! Nur Pat., die <u>vor und während</u> der Pandemie in Behandlung waren! 6) Wie haben Sie die Covid-19-pandemie während Ihrer Behandlung erlebt?		

PRAGMA. Patient:innen

„Vom Interviewer auszufüllen“

Interview_ID: _____

Ort und Datum des Interviews: _____

Rekrutierung über: _____

01. Alter: |__|__| Jahre

02. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

03. Derzeitige Wohnsituation

☐ Alleine in Wohnung lebend

☐ Mit Partner/Partnerin und/oder Kindern in eigener Wohnung

☐ anderes

04. Kinder

☐ nein

☐ ja, leben noch im Haushalt

☐ ja, leben bei Partner:in

☐ ja, älter, eigener Haushalt

05. Partner oder eine Partnerin

☐ nein

☐ Sonstiges _____

☐ feste Beziehung

06. Arbeit hauptsächlich (letzter Monat oder letzte 6 Monate?)

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit (regelmäßig)

☐ Geringfügig beschäftigt (1 € bis 520 €-Job)

☐ Selbstständig

☐ Erwerbslos/ arbeitslos

☐ Rente, Frührente

☐ Hausfrau/Hausmann (nicht auf Stellensuche)

☐ Anderes

07. Höchster Schulabschluss

☐ kein Schulabschluss oder niedriger als Hauptschule

☐ Hauptschule

☐ Realschule/Polytechnische Oberschule

☐ Fachhochschule, Hochschule

☐ höher

08. Berufsausbildung

☐ keine abgeschlossene Berufsausbildung

☐ Lehre: beruflich-betrieblich

☐ beruflich-schulisch (Erzieher, Krankenpflege etc.)

☐ Meister, Technikerschule, Verwaltungsakademie

☐ akademischer Abschluss

----- Die folgenden Fragen erst NACH dem Interview ausfüllen! Nicht alles nochmal abfragen; nur bei Unklarheiten, oder falls eine Information im Interview nicht zur Sprache kam! -----

09. Lebensalter der Alkoholerkrankung

(Subjektiv, eigene Erkenntnis) mit |__|__| Jahren

(Objektiv, Diagnose, Ansprache Arzt oder Angehörige, Freunde) mit |__|__| Jahren

10. Welche Hilfen wurden bisher in Anspruch genommen?

----- Zum Abgleich mit visualisiertem Patientenweg nochmals gegenchecken! -----

Art	Dauer/Häufigkeit/Sonstiges
☐ Entgiftung	
☐ qualifizierter Entzug	
☐ Reha , stationär	
☐ Reha, ambulant	
☐ Suchtberatung	
☐ Selbsthilfe	
☐ Ambulante Behandlung (Psychotherapie?)	
☐ Online-Angebote	
☐ Weiteres	
☐ Weiteres	

11. Haben Sie sich über Ihre (mögliche) Behandlung und Erkrankung informiert?

- ☐ nein
- ☐ ja, über... (Mehrfachantworten)
- ☐ das Internet
- ☐ Informationsblätter
- ☐ Medizinisches Personal
- ☐ Anderes:.....

12. Wurden Sie aufgrund Ihrer Alkoholerkrankung medikamentös behandelt?

- ☐ nein
- ☐ ja, mir wurden folgende Medikamente verschrieben:.....

INTERVIEWLEITFADEN PATIENTEN: Variante B: Übersicht/ Checkliste

1. Begrüßung, Erklärung Tonband, Einwilligungserklärung (vor Beginn!), Auszahlungsmodalität, Pausen

2. Fragebogen → nur Fragen 1-8 (= die Elemente, die sich auf die aktuelle Situation beziehen)

Vorgeschichte / vorherige Behandlungen werden im Interview abgefragt, und später wird noch einmal anhand des Bogens geprüft, ob alles erhoben wurde.

3. Rekonstruktion des Behandlungsweges:

Grafische Darstellung von: Zeitstrahl, Behandlungsstationen, Abstinenzphasen

- pro Station:
 - Allgemeine Erinnerungen/ besonders Wichtiges
 - Warum Entscheidung für diese Einrichtung?
 - Positives
 - Negatives / Fehlendes/ Wünsche
 - Motivation für Behandlungssadhärenz & Gründe für Abbruch
- Motivation für Erstkontakt mit Hilfesystem
- Abstinenzphasen und Rückfälle
 - Motivation für Abstinenzphasen
 - Auslöser für Rückfall/Rückfälle
 - „Ende“ des Rückfalls/ Hilfe suchen danach

4. Check: weitere Themen im Zusammenhang mit dem Patientenweg

- A) Ungefährer Beginn der Suchterkrankung und Weg / zeitlicher Abstand zum Erstkontakt
- B) Hilfe rechtzeitig gesucht?
- C) Hilfe rechtzeitig bekommen?
- D) bestimmte Hilfsangebote bewusst nicht ergriffen?
- E) Informiert sein – allgemein
- F) Informiert sein – Überleitung in andere Segmente des Hilfesystems
- G) Internetauftritte der Einrichtungen, Online-Angebote
- H) Weitere/ allgemeine Kritik am Hilfesystem, Wünsche

5. Allgemeine Faktoren für Genesung und Lebensqualität

- Was tut allgemein gut?
- Was hilft, dem Verlangen nach Alkohol zu widerstehen, abstinenz zu bleiben?
- Rückblickend: Was war das Wichtigste/ Hilfreichste?

6. Wie haben Sie die Covid-19-Pandemie während Ihrer Behandlung erlebt? (Nur Pat., die vor und während der Pandemie in Behandlung waren!)

6. Fragebogen ab Item 9 durchgehen und ggf. vervollständigen

INTERVIEWLEITFADEN ANGEHÖRIGE: Variante A: DETAILLIERTER ABLAUF

Ablauf:

1) Begrüßung & Einleitung Getränke bereitstellen (ggf. Snacks bereitstellen oder zum Gespräch mitnehmen) Smalltalk als „Warming-up“ inkl. Vorstellung der eigenen Person und des Instituts.		
Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Einleitung	„Uns interessieren die Erfahrungen von Menschen, die Angehörige (mit Alkoholproblemen/ die wegen Alkoholproblemen / Alkoholabhängigkeit Beratung oder Behandlung aufgesucht haben) haben...“. „Wir möchten wissen: Was läuft (bei den Behandlungs- /Hilfsangeboten) gut, was weniger gut. Wie ist Ihr Alltag, fühlen Sie sich unterstützt?“	Falls es mehrere Angehörige mit Alkoholabhängigkeit gibt, z.B. Elternteil und Partner:in: Fokus auf die erhaltenen Hilfen oder den eigenen Hilfsbedarf legen, der im Zusammenhang mit der alkoholabhängigen Person steht mit der man aktuell zusammen lebt oder die einem am nächsten steht. Trotzdem sollen natürlich Erfahrungen/Prägungen von früher, die eine Rolle spielen, nicht „abgebügelt“ werden
Kurze Aufklärung über Tonaufnahme / Notizen	„Ich möchte unser Gespräch gerne auf einen Tonträger aufnehmen, damit uns keine Informationen verloren gehen. Erfahrungsgemäß können wir uns nicht mehr an alles erinnern und das Mitschreiben würde unser Gespräch sehr stören“. „Ich habe ein Aufnahmegerät mitgebracht und würde unser Gespräch gerne aufnehmen.“	Aufnahmegerät nicht „problematisieren“, ruhig so selbstverständlich wie möglich einsetzen. Auf Nachfrage (!) gern Vorgehen zur Datenaufbewahrung erläutern (nicht im Voraus; zu viel Information). Evt. noch den Ablauf kurz erklären: – zeitlicher Rahmen
Einholen der Einwilligung	„Wir haben eine sogenannte Einwilligungserklärung vorbereitet. Diese möchte ich mit Ihnen einmal durchgehen. Mir ist es wichtig, dass Sie alles gut verstehen“. // Genauso praktikabel: „Lesen Sie sich die Informationen in Ruhe durch und sagen Sie Bescheid, wenn Sie Fragen haben“ (Anschließend: „Ist noch etwas unklar, haben Sie Fragen?“ → die Studieninfos und ein Exemplar der Einverständniserklärung bekommt der/ die Befragte mit nach Hause)	Die Einwilligungserklärung muss vor Beginn des eigentlichen Interviews unterschrieben vorliegen. Rückversichern, dass auch alles verstanden wurde.
Aufwandsentschädigung (kann auch nach dem Interview erfolgen!)	„Für dieses Gespräch bekommen Sie eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro. Leider ist es uns nicht möglich,	Evtl. Auszahlungsbogen ausfüllen lassen, darauf achten, dass alles gut lesbar ist, vor allem die

	Ihnen einfach das Geld bar auszuhändigen. Sie können zwischen einem „Wunschgutschein“ oder einer Einzahlung auf Ihr Konto wählen“.	Kontonummer, und dass der Bogen vom Probanden unterschrieben wurde!
--	--	--

2) Soziobogen

Fragen 1-6 vorher abfragen, die Antworten zu den beiden anderen Fragen ergeben sich im Gespräch. Es muss von Anfang an deutlich sein, welcher Angehörige hauptsächlich gemeint ist. Weitere alkoholranke Angehörige sind unter Umständen bedeutsam (z.B. die Eltern), da sie die Handlungen der interviewten Person erklären.

Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
siehe Fragebogen – Lebenssituation (Partner:in, Kinder) – Wohnsituation – Arbeitssituation, Ausbildung – Finanzielle Situation	„(erstmal/ ein paar allgemeine Fragen) zu Ihrer Person...“ „Damit wir das Gesagte besser einordnen können, möchte ich von Ihnen ein paar wenige Fragen zu Ihrer Person stellen“	Der Fragebogen wird von der Interviewerin ausgefüllt. Die Informationen während des Gesprächs eintragen und am Ende zusammen mit dem oder der Interviewten auf Vollständigkeit überprüfen.

3) Visualisierungshilfe

Auf einem großen Papier (z.B. Flipchartblock) wird schrittweise ein Zeitstrahl erarbeitet. Im Fokus steht der Behandlungsweg /Unterstützungsweg des Angehörigen (eckige Kärtchen). Runde Kärtchen dienen als Eckpunkte der Behandlung des/der Alkoholkranken. **Achtung: nicht den Behandlungsweg des/der Alkoholkranken dezidiert erfassen – es geht um die Hilfen, die der/die Angehörige in Anspruch genommen oder gebraucht hat!**

Die Kärtchen sollen illustrieren, in welchem (zeitlichen) Bezug zu z.B. Behandlungsstationen des/der Alkoholkranken (oder der Alkoholkrankheit im Allgemeinen) der/die Angehörige Hilfe gesucht und/oder gefunden hat. In die runden Kästchen können auch bedeutsame Ereignisse eingetragen werden, z. B. Rückfall der/des Alkoholkranken, Gewalttätigkeiten, Überschuldung, sonst. Streitigkeiten etc.

4) Leben mit alkoholerkrankter Person: Was hilft?

Hier sollte man dem Interviewpartner folgen, entweder man beginnt beim Aktuellen oder fängt am Anfang an.

Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Einstieg: Was nimmt Befragte(r) momentan für Hilfen in Anspruch? (auch online, telefonisch?)	„Bitte beschreiben Sie einmal, wie es Ihnen gerade geht und welche Hilfe(n) Sie in Anspruch nehmen.“ (Situation des Angehörigen ist hier wichtig: trocken oder rückfällig oder ...?)	Das erleichtert den Einstieg, die Personen können etwas zu ihrer momentanen Lebenssituation berichten.
Wie/wo/wann machte sich Alkoholerkrankung von xxx bemerkbar?	Wann haben Sie gemerkt, dass der Alkoholkonsum Ihres xxx (Partners, Kindes, Elternteils etc.) zu Problemen geführt hat? Haben Sie ihn/sie darauf angesprochen? Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich selbst Hilfe gesucht haben? „Wie war es am Anfang? Wo genau lag der „Anfang“? Wie hat sich Ihr Umgang mit der Alkoholerkrankung Ihres xxx verändert/ entwickelt?“	Generell: immer möglichst viele konkrete Situationen/ Beispiele / Geschichten schildern lassen!

Soziales Umfeld/ Wahrnehmung von außen und Stigma	„Hat Ihre Umgebung/ Freundeskreis/ Familie von der Alkoholerkrankung etwas mitbekommen?“ / „Wie ist ihr Umfeld Ihnen begegnet?“ „Wie sind sie anderen gegenüber damit umgegangen?“ „Haben Sie versucht, sich abzuschotten / bewusst Kontakte vermieden?“	Z.B. im Sinne der Unterstützung, á la "mir ist das ganze soziale Netz weggebrochen, niemand wollte mehr etwas mit uns zu tun haben"
Falls der/die Befragte sich bisher noch niemandem anvertraut hat „Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, sich jemandem anzuvertrauen?“ ... „Was spricht dagegen/hält Sie davon ab/macht es so schwierig, anderen davon zu erzählen?“/ „Was befürchten Sie?“ → Auch retrospektiv für eine vergangene Periode erfragen, in dem der Befragte keine Unterstützung gesucht hat		
Erleben der Alkoholerkrankung: Abstinenzphasen und Rückfälle	„Gab es Phasen, in denen Ihr(e) xxx keinen Alkohol konsumiert hat?/ abstinert/ „trocken“ war? Wie waren diese Abstinenzphasen für Sie?“ „Gab es Rückfälle Ihres/ Ihrer xxx?“ „Wie war das für Sie?“	Was hat sich durch die Abstinenz / den Rückfall im gemeinsamen Alltag verändert? Hilfesuchen nach Rückfällen? → bei der Perspektive und dem eigenen Erleben des/der Befragten bleiben! Nicht über die Perspektive der alkoholkranken „dritten“ Person spekulieren! Generell: immer möglichst viele konkrete Situationen/ Beispiele / Geschichten schildern lassen!
Eigene Bewältigung und Leben mit der Alkoholerkrankung von xxx	„Was hilft Ihnen, den Alltag (mit der alkoholkranken Person zu meistern? Wodurch erleben Sie Unterstützung? (Hilfesystem und ganz allgemein)“ „Wie bewältigen Sie aktuell die Situation/ Ihren Alltag?“ „Was hat sich in Ihrem Leben durch die Alkoholerkrankung von XY verändert?“	Veränderung der finanziellen Situation, Beziehungsprobleme Bei Lebensveränderungen: Bedürfnisse nach und Möglichkeiten von Hilfsangeboten Bestand bereits eine Sensibilität/ ein Bewusstsein für Alkoholerkrankungen
Eigener Umgang des/der Befragten mit Alkohol	„Hat sich der eigene Konsum verändert?“ „Liegt ebenfalls eine Alkoholabhängigkeit (oder	

	problematisches Trinkverhalten) vor?“	
5) Perspektiven auf die Hilfen, die das Hilfesystem für Angehörigen von Alkoholkranken bietet		
Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Informiert sein	„Was wussten Sie über Unterstützungsmöglichkeiten für sich selbst? / Wie gut wurden Sie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert?“ „Haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt gut Bescheid wissen?“ „Fehlen Ihnen noch Dinge, die Sie gerne wissen würden?“	Auch erfragen, wer sie informiert hat, woher sie die Informationen bekommen haben, ob sie sie sich selbst gesucht haben, z.B. im Internet Welche Unterstützungsmöglichkeiten hat sie gefunden/ innerhalb des Suchthilfesystems/ freie Selbsthilfeangebote/ Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker/ dubiose Angebote Erfahrungen mit der Hilfesuche
Unterstützungsangebote im Verlauf	„Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie als Angehörige wahr? Seit wann? Wie kam es dazu?“ „Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich Hilfe gesucht haben?“ „Was hilft daran (welche Aspekte) besonders? Was fehlt?“	Wie lange wurde versucht, alleine damit zurechtzukommen? z.B. "die Angehörigengruppen haben mir so viel Kraft gegeben, dass ich wieder das Haus verlassen habe, um Dinge zu unternehmen."
Gab es Erfahrungen mit Internetauftritten von Einrichtungen? Wurden diese als hilfreich erlebt? Wurden online-/ telefonische Hilfen wahrgenommen?	Internetauftritte der Beratungen/Behandlungen, wenn selbst gesucht, was waren die Kriterien, wären Online-Beratungen eine Hilfe gewesen?	
Erleben der Hilfe (strukturell und inhaltlich)	„Wie verlief die Kontaktaufnahme zu...? Hatten Sie eine Wartezeit?“ „Wie erlebten Sie die Angebote? Waren sie hilfreich?“ „Konnten Sie das Angebot in Ihren Alltag integrieren?“	Stärken und Schwächen • Kontaktaufnahme • Wartezeiten/ Erreichbarkeit • Angebote ausreichend/ zutreffend • Öffnungszeiten/ Angebotszeiten Hilfreich?
Weitere/ allgemeine Kritik am Hilfesystem, Wünsche	„Haben Sie das gefunden/bekommen, was Sie gesucht/gebraucht hätten?“/ „Gab es etwas, was nicht gut lief/läuft?“ „Hat etwas gefehlt?“ „Was stört Sie?“	Hier auch: Wie lange hat Person gebraucht, bis sie die richtige Hilfe gefunden hat? Was hätte es beschleunigt?

	„Schildern Sie einmal ein Beispiel/ Können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern/ mir von einem bestimmten Erlebnis erzählen?“	Generell immer möglichst viele konkrete Situationen/ Beispiele / Geschichten schildern lassen!
Hinderungsgründe	„Fühlten Sie sich stigmatisiert? Zu welchen Zeiten fühlten Sie sich so?“ „Was hat Sie daran gehindert oder es Ihnen erschwert Hilfe anzunehmen?“	• Stigmatisierung • Versuch, „Normalität“ zu wahren Hoffnung, dass Partner:in sich ändert, etwas unternimmt
Motivation für weitere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	„Was hat Sie in dem Hilfsangebot gehalten“?	Inhalte des Hilfsangebot/dem Hilfskonzept, die Behandler:innen/ Betreuer:innen, das Ambiente, andere Angehörige, • gute Erreichbarkeit/ Verlassen des gewohnten Umfelds

7. Wünsche und Erwartungen an das Hilfesystem

„Wenn Sie Wünsche an das Hilfesystem allgemein äußern könnten: Was wäre da das Wichtigste?“

(→ Da kann dann ja alles reinfallen; auch Hilfen für den alkoholerkrankten Angehörigen, aber falls es nicht genannt wird, Fokus auf die eigenen Unterstützungsbedarfe des Befragten richten!)

8. Wie haben Sie die Covid-19-Pandemie erlebt? („Coronazeit“ / „Lockdown“)

- Zuerst allgemein fragen: „Wie war diese Zeit für Sie?“ / „Wie haben Sie (persönlich) diese Zeit erlebt?“
- Situation der alkoholkranken Person: Änderungen im Konsumverhalten („Hat ihr(e) xxx in dieser Zeit mehr getrunken? Oder weniger?“) → abstinent? Rückfälle?
- Hat sich an den Behandlungsmöglichkeiten (des alkoholabhängigen Angehörigen) in dieser Zeit etwas geändert?
- Hat sich am Zusammenleben in dieser Zeit etwas geändert? (z.B. mehr Konflikte, etc. ...)
- Haben Sie (persönlich) in dieser Zeit mehr oder weniger Unterstützung erfahren? (sowohl Hilfs-/ Beratungsangebote als auch andere Unterstützung, z.B. von Freunden....)

PRAGMA. Angehörige	„Vom Interviewer auszufüllen“
Ort und Datum des Interviews: _____ Rekrutierung in: _____	
01. Alter: __ __ Jahre 02. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	
03. Beziehung zu einem alkoholkranken Menschen ☐ Partner:in ☐ Kind ☐ Geschwisterteil ☐ Elternteil ☐ andere _____	
04. Partner oder eine Partnerin ☐ nein ☐ Sonstiges _____ ☐ feste Beziehung	
05. Derzeitige Wohnsituation ☐ Alleine in Wohnung lebend ☐ Mit Partner/Partnerin und/oder Kindern in eigener Wohnung ☐ anderes 05b. Derzeitige Wohnsituation bzgl. alkoholkranker Person ☐ mit alkoholkranker Person zusammenlebend ☐ nicht mit alkoholkranker Person zusammenlebend	
06. Kinder ☐ nein ☐ ja, gemeinsam mit alkoholkrankem/r Partner:in ☐ ja, mit anderem/r Partner:in	
06b. Wenn Kinder: Aufenthaltsort ☐ leben noch im Haushalt ☐ leben bei anderem Elternteil/Partner:in ☐ älter, eigener Haushalt ☐ anderes (z.B. Pflegefamilie)	
07. Höchster Schulabschluss ☐ kein Schulabschluss oder niedriger als Hauptschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule/Polytechnische Oberschule ☐ Fachhochschule, Hochschule ☐ höher	
08. Berufsausbildung ☐ keine abgeschlossene Berufsausbildung ☐ Lehre: beruflich-betrieblich ☐ beruflich-schulisch (Erzieher, Krankenpflege etc.) ☐ Meister, Technikerschule, Verwaltungsakademie ☐ akademischer Abschluss	
09. Arbeit hauptsächlich (letzter Monat oder letzte 6 Monate?)	

- | | |
|---|---|
| ☐ Vollzeit
☐ Teilzeit (regelmäßig)
☐ Geringfügig beschäftigt (1 € bis 520 €-Job)
☐ Selbstständig | ☐ Erwerbslos/ arbeitslos
☐ Rente, Frührente
☐ Hausfrau/Hausmann (nicht auf Stellensuche)
☐ Anderes |
|---|---|

10. Finanzielle Abhängigkeiten

- ☐ finanziell von alkoholkranker Person abhängig
☐ finanziell nicht von alkoholkranker Person abhängig
☐ alkoholranke Person von dem/der Befragten abhängig

Erst später erfragen, bzw. hinterher selbst eintragen

08. Alkoholerkrankung der/des Angehörigen

Angehörige/n angesprochen mit |__|__| Jahren (vor Jahren oder im Lebensalter des Patienten)

Wann bei Angehörigem/r diagnostiziert mit |__|__| Jahren (vor Jahren oder im Lebensalter des/der Patienten/in)

09. Hilfe für sich selbst

Wann Hilfe gesucht mit |__|__| Jahren (vor Jahren oder im Lebensalter des/der Patienten/in)

INTERVIEWLEITFADEN Angehörige: Variante B: Übersicht/ Checkliste

1. Begrüßung, Erklärung Tonband, Einwilligungserklärung (vor Beginn!), Auszahlungsmodalität, Pausen

2. Fragebogen → nur Fragen 1-6 (= die Elemente, die sich auf die aktuelle Situation beziehen) Es muss von Anfang an deutlich sein, welcher alkoholranke Angehörige/ welche alkoholranke Angehörige hauptsächlich gemeint ist. Weitere alkoholranke Angehörige sind unter Umständen bedeutsam.

3. Leben mit alkoholkranker Person

Grafische Darstellung (Zeitstrahl) der eigenen erhaltenen Hilfen/Unterstützungen in Bezug zu wichtigen Behandlungsstationen der alkoholkranken Person.

- Einordnung: Was nimmt Angehörige (r) momentan für Hilfen in Anspruch
- Rückblick: Wie/wo/wann machte sich Alkoholerkrankung von xxx bemerkbar?
- Soziales Umfeld/ Wahrnehmung von außen und Stigma
- Erleben der Alkoholerkrankung: Abstinenzphasen und Rückfälle
- Eigene Bewältigung und Leben mit der Alkoholerkrankung von xxx
- Eigener Umgang des/der Befragten mit Alkohol

4. Perspektiven auf die Hilfen, die das Hilfesystem für Angehörigen von Alkoholkranken bietet

- Informiert sein
- Unterstützungsangebote
- Erleben der Hilfe (strukturell und inhaltlich) → telefonische und online-Angebote?
- Weitere/ allgemeine Kritik am Hilfesystem, Wünsche
- Hinderungsgründe
- Motivation für weitere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

5. Abschluss: Wünsche und Erwartungen an das Hilfesystem

6. Wie haben Sie die Covid-19-Pandemie erlebt? (hierbei wird die Behandlungssituation der alkoholkranken Person zwangsläufig eine Rolle spielen (abstinent/Rückfall))

Am Ende checken: Fragebogen vollständig?

INTERVIEWLEITFADEN Fachkräfte: Variante A: DETAILLIERTER ABLAUF

Ablauf:

1) Begrüßung & Einleitung Getränke bereitstellen (ggf. Snacks bereitstellen oder zum Gespräch mitnehmen) Smalltalk als „Warming-up“ inkl. Vorstellung der eigenen Person und des Instituts.		
Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
Einleitung	„Uns interessieren die Erfahrungen von Fachkräften, die mit Menschen mit Alkoholerkrankungen arbeiten...“.	
Kurze Aufklärung über Tonaufnahme / Notizen	„Ich möchte unser Gespräch gerne aufnehmen, damit uns keine Informationen verloren gehen. (Erfahrungsgemäß können wir uns nicht mehr an alles erinnern und das Mitschreiben würde unser Gespräch sehr stören)“. „Ich habe ein Aufnahmegerät mitgebracht und würde unser Gespräch gerne aufnehmen.“	Aufnahmegerät nicht „problematisieren“, ruhig so selbstverständlich wie möglich einsetzen. Auf Nachfrage (!) gern Vorgehen zur Datenaufbewahrung erläutern (nicht im Voraus; zu viel Information).
Einholen der Einwilligung	„Wir haben eine Einwilligungserklärung vorbereitet. (Diese möchte ich mit Ihnen einmal durchgehen.)“.	Die Einwilligungserklärung muss vor Beginn des eigentlichen Interviews unterschrieben vorliegen. Eventuell rückversichern, dass auch alles verstanden wurde.
Aufwandsentschädigung	„Für dieses Gespräch bekommen Sie eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro. Leider ist es uns nicht möglich, Ihnen einfach das Geld bar auszuhändigen. Sie können zwischen einem „Wunschgutschein“ oder einer Einzahlung auf Ihr Konto wählen“.	Evtl. Auszahlungsbogen ausfüllen lassen, darauf achten, dass alles gut lesbar ist, vor allem die Kontonummer.
Pausen	„Das Interview dauert vermutlich eine bis anderthalb Stunden. Falls sich viele wichtige Themen ergeben, vielleicht sogar zwei. Falls Sie merken, dass Sie eine Pause brauchen, sagen Sie jederzeit gerne Bescheid!“	Darauf hinweisen, dass der/die Befragte jederzeit bei Bedarf eine kleine Pause machen kann. Selber auch daran denken, nach z.B. einer Stunde oder falls es sich passend anfühlt, eine Pause anzubieten oder vorzuschlagen.

2) Soziobogen

erstmal nur Eckdaten abfragen, Items 7-9 dann am Ende

Zentrale Punkte	Zugehörige Formulierungsbeispiele	Anmerkungen
siehe Fragebogen – Arbeitsbereich, Funktion, Jahre in derzeitiger Funktion – Informationsgewinn über Behandlung einer Alkoholerkrankung – Medikamentenverschreibungspraxen –	„(erstmal/ ein paar allgemeine Fragen) zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsbereich...“ „Damit wir das Gesagte besser einordnen können, möchte ich von Ihnen ein paar wenige Fragen zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsbereich stellen“	Der Fragebogen wird von der Interviewerin ausgefüllt. Die Informationen während des Gesprächs eintragen und am Ende zusammen mit dem oder der Interviewten auf Vollständigkeit überprüfen. Falls die Fachkräfte zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Settings gearbeitet haben, soll dies ganz genau hervorgehen.

3) Persönlich: Rolle, Arbeit, Ziele

Einstieg: Aktuelle Beschreibung der aktuellen Tätigkeit mit alkoholabhängigen Menschen:

Worin besteht der aktuelle Job? Was „machen Sie genau“?

„Erklären Sie es gerne so, wie wenn Sie es jemandem erklären müssten, der nicht vom Fach ist.“ / möglichst konkrete Beispiele

Welche Ziele / Erfolgskriterien gibt es? „Können Sie Ziele benennen/beschreiben“? Gibt es Ziele die benannt werden können? (z.B. pro Sitzung? Pro Patient:in/Klient:in? Gesellschaftlich?

Allgemeine Zusammenfassung des persönlichen Werdegangs, v.a. in diesem Arbeitsfeld:

Wie lange schon mit Menschen mit Alkoholerkrankungen tätig? Wie kam es dazu? Besondere Motivation für die Arbeit mit diesem Personenkreis?

→ „Sind Sie da, wo Sie hinwollten?“ (Passung von Person und Tätigkeit?)

4) Einrichtung: (Fokus: die eigene Einrichtung als Teil des Suchthilfesystems)

4a) Ist-Zustand

- kurz zusammenfassen: Das Behandlungskonzept der Einrichtung?
- personell (Fluktuation?), finanziell (Ausstattung?) strukturell (bürokratische Anforderungen?)
- mit welchen Einrichtungen wird zusammengearbeitet? (z.B. auch Schuldnerberatung? Polizei?) Wie genau funktioniert das? (beschreiben!)

→ auch hier: möglichst viele konkrete Ereignisse aus dem Alltag/ Beispiele/

Geschichten/anschauliche Schilderung des Erlebten, möglichst wenig die Bewertungen/ abstrakten Überlegungen des/der Interviewten erheben.

Die Teilnehmer sind primär als „Betroffene“ in ihrem eigenen Erleben und Erfahrungen gefragt, und erst sekundär als Experten.

4b) Überleitung zu Soll-Zustand: Kann alles angeboten werden?

„Können Sie Ihren Klienten/Patienten alles anbieten, was diese möchten und/oder was Sie für sinnvoll erachten?“ Gibt es Zwiespalt/Konflikte zwischen: a) Bedürfnissen der Patienten, b) Behandlungsbedarf/Ihrer Einschätzung, was sinnvoll ist, c) den Rahmenbedingungen des Versorgungssystems?

Belastet es die Beziehung zum Patienten oder zur Patientin, falls nicht alles angeboten werden kann?

4c) Soll-Zustand

- Einrichtung: personell (Fluktuation?), finanziell (Ausstattung?) strukturell (bürokratische Anforderungen?)
- Einrichtung: Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen? (Wie gut funktioniert Vernetzung? Z.B. Überleitung in Anschlussbehandlung? Kommunikation mit anderen Behandlern?)
- Allgemein: „Was wünschen Sie sich, um die Versorgung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit verbessern zu können?“ (Einrichtung & persönlich, z.B. Fortbildungen)

Genereller Hinweis:

Immer wieder auf konkrete Versorgung zurückführen. Hier und Jetzt, und die damit verbundenen subjektiv erlebten Barrieren, Ressourcen, Wünsche.

07: Über- /Unterversorgung bestimmter Gruppen

Über- /Unterversorgung? Werden bestimmte Gruppen zu wenig/ zu stark adressiert?)

Zentrale Punkte

Zugehörige

Formulierungsbeispiele

Anmerkungen

08: Wie hat sich die Covid-19-Pandemie auf die Behandlung ausgewirkt?

Zentrale Punkte

Zugehörige

Formulierungsbeispiele

Anmerkungen

Beschreiben: In welchen Aspekten war die Behandlung während der „Coronazeit“ eingeschränkt?

Was hat sich „nach Corona“ verändert; wie ist es jetzt im Vergleich zu vorher?

09: Verändert sich das Klientel? Gibt es mehr Patienten mit Mischkonsum?

Gibt es den/die „reinen Alkoholpatienten“ noch?

Patienten mit „Mischkonsum“, gleichzeitiger Abhängigkeit von anderen Substanzen: Sind die Angebote, die sich an Menschen mit Alkoholabhängigkeit richten, angepasst an das sich (möglicherweise?) verändernde Patientenlientel? Besteht Änderungsbedarf?

10: Weiteres, abschließend, was noch wichtig ist?

Fragebogen:

PRAGMA. Fachkräfte		„Vom Interviewer auszufüllen“	
Ort und Datum des Interviews:			
01. Alter: __ __ Jahre		02. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	
03. Arbeitsbereich ☐ Suchtberatung ☐ Reha ☐ qualifizierter Entzug ☐ Suchtselbsthilfe ☐ med. Bereich			
04. derzeitige Berufsbezeichnung/ Funktion: (z.B. Suchtberaterin, Psychotherapeut, Krankenpfleger, Ärztin...) _____ _____			
05. Ausbildung/ Studium: _____			
06. Zusatzausbildung/ Fortbildung im Suchtbereich? _____			
05. Jahre in derzeitiger Funktion ☐ unter 1 Jahr ☐ 1 – unter 5 Jahre ☐ 5 – unter 10 Jahre ☐ 10 – unter 15 Jahre ☐ 15 – unter 20 Jahre ☐ über 20 Jahre		06. Jahre Arbeit mit alkoholabhängigen Personen ☐ unter 1 Jahr ☐ 1 – unter 5 Jahre ☐ 5 – unter 10 Jahre ☐ 10 – unter 15 Jahre ☐ 15 – unter 20 Jahre ☐ über 20 Jahre	
NACH HAUPTINTERVIEW			
07. Nutzen Sie in Ihrer Arbeit irgendwelche Leitlinien? ☐ Nein ☐ Ja – Welche? _____			
08. Kennen Sie die deutsche S3-Leitlinie? („Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF, wird auch von DGSucht und DGPPN herausgegeben) ☐ Nein ☐ Ja – inwiefern relevant für tägliche Arbeit? _____			
09. Verschreiben Sie (bzw. werden in Ihrer Einrichtung verschrieben) Medikamente zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit? Falls ja: Welche Medikamente verschreiben Sie (am häufigsten)? (z.B. Anti-Craving) (Beispiele: zur Entzugsbegleitung: Clomethiazol, Diazepam, andere Benzodiazepine, Anti-Craving: Baclofen, Acamprosat (Campral), Nalmefen (Selincro), Naltrexon (Adepent), Clonidin			

Anlage 3: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden an den qualitativen Interviews

Tabelle 1. Soziodemografische Daten der Betroffenen und Angaben zur Alkoholkonsumstörung (N=34)

Variable	Wert
Alter (zum Interviewzeitpunkt); m (SD)	45,4 (12,19)
Geschlecht (weiblich); n (%)	19 (55,9)
Wohnsituation (eigene Wohnung); n (%)	27 (79,4)
Partnerschaft (ja); n (%)	12 (35,3)
Kinder (ja); n (%)	10 (29,4)
Schulbildung (Abitur); n (%)	19 (55,9)
Erwerbsstatus ; n (%)	
Erwerbstätig	14 (41,2)
Erwerbslos	16 (47,1)
Sonstiges (z.B. berentet, in Ausbildung)	4 (11,8)
Alter bei Diagnose/Ansprache von Ärzt:in o.Ä. ; m (SD) (n=28)	35,7 (9,81)
Zeitraum zwischen Diagnose und subjektiver Problemwahrnehmung ; n (%) (n=28)	
< 1 Jahr	6 (21,4)
2–5 Jahre	8 (28,6)
6–10 Jahre	7 (25,0)
>11 Jahre	7 (25,0)
Abstinenz zum Zeitpunkt des Interviews (nein); n (%)	13 (38,2)

Tabelle 2. Soziodemografische Daten der Fachkräfte (N=30)

Variable	Wert
Alter (zum Interviewzeitpunkt); Range	26 bis 62
Geschlecht (weiblich); n (%)	21 (70)
Berufserfahrung ; n (%)	
< 2 Jahre, oder nicht schwerpunktmäßig	3 (10)
2-5 Jahre	11 (36,67)
6-10 Jahre	9 (30)
über 10 Jahre	7 (23,33)
Berufsgruppen ; n (%)	
Pflege	6 (20)
Ärzt:innen	4 (13,33)
Sozialpädagogik, soziale Arbeit, Ergotherapie, Psychologie	20 (66,67)

Tabelle 3. Soziodemografische Daten der Angehörigen (N=17)

Variable	Wert
Alter (zum Interviewzeitpunkt); m (Range)	38 (18 bis 67)
Geschlecht (weiblich); n (%)	10 (58,82)
Beziehung zur betroffenen Person ; n (%)	
Kinder von Angehörigen	8 (47,06)
18 bis 22 Jahre	4 (23,53)
27 bis 32 Jahre	3 (17,65)
(primär) betroffen als Partner:in	7 (41,18)
Kind	2 (11,76)

Anlage 4: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen

Tabelle A1: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen/Hilfsangeboten

Priorität	„Betroffene“	
	1	Normalisierung & Sichtbarkeit: Alkoholabhängigkeit soll, wie Depressionen, als gesellschaftlich relevante Erkrankung anerkannt werden.
	2	Früherkennung & Enttabuisierung: Mehr Aufklärung über Alkoholkonsumstörungen im Alltag, z.B. in Schulen, Praxen, am Arbeitsplatz.
	3	Gemeinschaft & Zugehörigkeit: Vermittlung, dass Betroffene nicht alleine sind.
	4	Niedrigschwelliger Zugang: Nutzung digitaler Angebote zur anonymen Kontaktaufnahme.
	„Suchthilfe“	
	1	Stärkung des gesellschaftlichen Problembewusstseins: Politischer Wandel bzgl. Alkohol (z. B. Werbeverbot, höhere Steuern).
	2	Frühe Aufklärung & Prävention: In Schulen, Betrieben, Kneipen – möglichst niedrigschwellig und altersgerecht.
		Einbindung des sozialen Umfelds: Aufklärung von Angehörigen, Arbeitgebern und Hausärzt:innen als präventive Multiplikatoren.
	4	Spezialisierte ambulante Angebote: Angebote steigern. Erweiterte Rehaformen oder Gruppenangebote für erste Problemstadien.
		Attraktivität des Arbeitsfeldes steigern: Finanzielle Sicherheit und Perspektiven für Fachkräfte in Prävention und Beratung.
	„Suchtmedizin“	
	1	„No wrong door“-Prinzip: Flächendeckender Aufbau von Kompetenzen zur Identifikation von Suchtproblemen und niedrigschwelliger Beratung (Motivational Interviewing). Voraussetzung: Umsetzungswille und ggf. die Refinanzierung von Fortbildungen in Settings
	2	Ausgewogene, nicht-stigmatisierende Problematisierung in der Gesellschaft: Sinnvolle und ausgewogene Problematisierung des Themas in der Gesellschaft jedoch ohne Stigmatisierung wie durch das Abstinenzparadigma
	3	App-basierte Kommunikation, um Nutzer:innen anonyme Termine und unkomplizierte Beratungsmöglichkeiten anzubieten. Wiederholte SMS zur Motivationssteigerung, z.B. Betonung der Vorteile professioneller Hilfe zur Steigerung der Erfolgchancen.
		Niedrigschwellige Online-Angebote in der Suchthilfe: Entwicklung und Etablierung von anonymen Online-Beratungs- und Behandlungsangeboten, die bereits bei riskantem Konsum und in frühen Stadien der Abhängigkeit eingesetzt werden können
	5	Zugänge bei Alkoholverkauf: Integration von Versorgungszugängen / Hilfsangebote direkt beim Verkauf von Alkoholprodukten
	„Leistungserstatter“	
	1	Aufklärung über Suchtmittelkonsum: Bereitstellung umfassender Informationen zu riskantem, schädlichem und abhängigem Konsum, um das Bewusstsein über krankheitsfördernde Konsumgewohnheiten zu schärfen
	2	Verbesserter Zugang zum Hilfesystem: Abbau von Zugangsbarrieren ins Hilfesystem, Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit sowie eine bessere Vernetzung und Kooperation zwischen Leistungserbringern. Vereinfachte und nahtlose Übergänge innerhalb des Hilfesystems erleichtern
	3	Frühzeitige Intervention im sozialen Umfeld: Unterstützung frühzeitiger Interventionen im und mit dem sozialen Umfeld (falls vorhanden)
	5	Stärkung der Online-Präsenz: Verbesserung der Online-Darstellung von Anbietern durch leicht auffindbare, anschauliche und gebündelte Präsentation von Angeboten. Klare Darstellung der Voraussetzungen, Zielgruppen und Antragswege. Einbindung von digitalen Anteilen im Ambulanten Reha-System (ARS), um eine breitere Zielgruppe entsprechend ihrer Lebenssituation anzusprechen.
		Stationäre Präventivangebote: Einführung von max. einwöchigen stationären Präventivprogrammen zur Steigerung von Problembewusstsein, Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation

Tabelle A2: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der Versorgung von psychiatrischen Komorbiditäten

Priorität	„Betroffene“	
	1	Integrierte Angebote schaffen: Maßgeschneiderte Versorgung für Menschen mit Doppeldiagnosen.
	2	Therapeutische Steuerung & Grenzen setzen: Behandler:innen sollten aktiv auf Komorbiditäten eingehen, aber auch Missbrauch von Diagnosen als Ausflucht erkennen (“verstecken hinter Komorbiditäten, um Sucht nicht angehen zu müssen”)
	3	Klare Behandlungsreihenfolge: Erst Suchtbehandlung, dann Therapie psychischer Erkrankungen: strukturierte Herangehensweise notwendig.
	„Suchthilfe“	
	1	Frühe Diagnostik & Indikationsstellung: Psychiatrische Abklärung zu Beginn, nicht erst während der Reha, auch um schnellere Termine zu ermöglichen.
	2	Zugang zu Psychotherapie erleichtern: Mehr Kassensitze, Kooperationen mit Therapeut:innen, Aufhebung der Abstinenzpflicht
		Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern: Ärzt:innen, Therapeut:innen, Beratungsstellen gemeinsam für passgenaue Hilfe.
	4	Langfristige und flexible Modelle: Intervallbehandlung, kombinierte Angebote, längerfristige Planung auch bei komplexer Problemlage.
	„Suchtmedizin“	
	1	Ambulante Komplexbehandlungen: Angebot spezialisierter Behandlungsprogramme an größeren psychiatrischen Kliniken für Patient:innen mit komorbiden Störungen (z.B. Trauma, Borderline, ADHS, Depression etc.). Hauptverantwortliche ambulante Behandler:innen in den PIAs zur Steuerung der Koordination.
		Integrierter Behandlungsansatz mit gesicherter Finanzierung: Förderung eines integrierten Therapieansatzes, der von den Kostenträgern finanziert wird.
		Förderung von Kombinationstherapien: Mehr Offenheit und Angebote von niedergelassenen Psychotherapeut:innen für die Suchterkrankungenbehandlung, Förderung klinischer Studien zu Kombinationsbehandlungen, um deren Verbreitung und Akzeptanz zu erhöhen.
		Steigerung der Expertise und angepasste Honorierung: Verbesserung der Fachkenntnisse der behandelnden Ärzt:innen im Umgang mit komorbiden Störungen sowie Einführung einer morbiditätsbezogenen Honorierung von Psychotherapie, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen.
	5	Perspektivwechsel und Bereitstellung entsprechender Angebote: Realistischere Betrachtung psychischer „Komorbiditäten“ hin zu biographischen Belastungen und Traumata; mehr spezifische Angebote, um subjektive Bedürfnisse der Betroffenen zu adressieren und die Inanspruchnahme zu erhöhen.
	„Leistungserstatter“	
	<u>1</u>	Gleichzeitiger Behandlungsansatz: Sowohl Sucht- als auch psychische Erkrankungen sollten möglichst gleichzeitig durch ein interdisziplinäres Therapeut:innenteam behandelt werden, um Beziehungskonstanz zu gewährleisten.
	<u>2</u>	Erleichterung des Informationszugangs: Verbesserung des Zugangs zu Informationen darüber, welche Kliniken (unabhängig vom Leistungsträger) spezifische Angebote für komorbide Störungen wie Trauma oder ADHS bereitstellen, um passende Behandlungsangebote leichter auffindbar zu machen.
	<u>3</u>	Entlastung von Psychotherapeut:innen: Psychotherapeut:innen entlasten, indem leichte Störungen, hausärztlich oder außerhalb des Gesundheitssystems behandelt werden und von vornherein dorthin verwiesen werden. Eine strengere Auswahl der Patient:innen nach Behandlungsnotwendigkeit könnte dabei hilfreich sein.

	5	Optimierung der Überweisungen durch Hausärzte: Ermutigung der Hausärzt:innen, bei psychischen Auffälligkeiten zügig an Fachärzt:innen und Psycholog:innen zu überweisen. Maßnahmen zur Reduzierung der Wartezeiten in psychologischen Praxen und bei Fachärzt:innen, kombiniert mit Strategien zur Förderung des Nachwuchses in diesen Bereichen, um den Zugang zu spezialisierten Behandlungen nachhaltig zu verbessern.
		Anpassung der Psychotherapeut:innenausbildung: Ergänzung der neuen Psychotherapieausbildungs- und Prüfungsordnung (PsychThApprO) und Lösung der bestehenden Ausbildungsprobleme für Fachtherapeut:innen, um die Qualifikation und Anzahl spezialisierter Therapeut:innen für die Behandlung psychischer Komorbiditäten zu verbessern.

Tabelle A3: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der allgemeinen Inanspruchnahme

Priorität	„Betroffene“	
	1	Anerkennung von Suchterkrankungen als echte Krankheit, kein Charakterfehler: Entstigmatisierung durch gesellschaftliches und medizinisches Umdenken.
	2	Sofortige Hilfe & Zukunftsplanung: Unkomplizierter Zugang zu Unterstützungsangeboten mit konkreten Zukunftsperspektiven
	3	Individuelle Bedarfsanalyse & Motivation nutzen: Behandlung sollte sich an der persönlichen Motivation und Veränderungsbereitschaft orientieren.
	„Suchthilfe“	
	1	Gesellschaftliche Entstigmatisierung: Öffentlichkeitsarbeit inkl. Social Media, Plakatkampagnen, um Zugangshürden zu senken.
	2	Personal- und Ressourcenausbau: Mehr Räume, mehr Fachkräfte zur Verringerung der Wartezeiten und Verbesserung der Kontinuität.
	3	Bürokratieabbau & Finanzierung aus einer Hand: Zentraler Leistungsträger zur Reduzierung der Versäulung und Übergangsverluste.
	4	Bessere Hausärzt:innenanbindung: Fortbildungen und enge Kooperationen mit Beratungsstellen; Überweisungsmanagement stärken.
	5	Niedrigschwellige, flexible Angebote: Offene Beratungsstellen, ohne Abstinenzvorgabe, Beratung, Vermittlung, Selbsthilfe und Therapie integrieren.
	6	Aufklärung & Psychoedukation: Information über Suchthilfeangebote und Sucht als chronisch-rezidivierende Krankheit bereits bei Erstkontakt.
	7	Nahtlose Übergänge & digitale Vermittlung: Online-Tools und bessere Verzahnung zwischen Entgiftung, Reha, Nachsorge.
	8	Zieloffenheit statt Abstinenzpflicht: Akzeptanzorientierte Haltung, um Zugangshürden zu senken und Scham abzubauen.
	„Suchtmedizin“	
	1	Öffentliche Aufklärungskampagne: Verwendung von Plakaten mit QR-Codes, die zu einer App oder Webseite führen, wo Nutzer:innen Beratungstermine über lokale Anlaufstellen buchen können. Die App sollte zur Terminbuchung motivieren und mit entsprechenden Informationen und Erinnerungen arbeiten.
	2	Breite Verankerung der Zugänge zur Versorgung: Ausbau und Etablierung zugänglicher Versorgungspfade, um einfache und breite Nutzung von Hilfsangeboten sicherzustellen.
	3	Kontinuierliche medizinische Betreuung und bessere Vernetzung: Sicherstellung einer kontinuierlichen ärztlichen Anbindung auch ohne aktuellen Behandlungsbedarf sowie eine bessere Vernetzung aller beteiligten Versorgungseinrichtungen.
	4	Case-Management: Implementierung eines Case-Managements durch eine zentrale Stelle, um Betroffenen passgenaue Angebote zu unterbreiten und sie dauerhaft im Kontakt mit dem Hilfesystem zu halten.
	5	Frührehabilitation und Bewusstseins-schaffung: Fokus auf Frührehabilitation bei problematischem Alkoholkonsum, um das Bewusstsein für noch nicht-pathologischen Konsum zu erhöhen. Ziel ist es, chronische Fälle zu verhindern und eine bessere, kontinuierliche Anbindung an das Suchthilfesystem zu schaffen.
	„Leistungserstatter“	
	1	Information und Sensibilisierung: Aushänge in öffentlichen Einrichtungen wie ärztliche Praxen, Rathäusern und Clubs. Aufklärung über Sucht als anerkannte Krankheit zur Senkung der Schamgrenze und Förderung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe. Frühzeitige Sensibilisierung in Schulen durch Pflichtveranstaltungen zur Suchtprävention.
		Unterstützung auf Augenhöhe: Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung, ohne Abstinenz als einziges Ziel. Bereitstellung niedrigschwelliger Angebote und systemische Unterstützung für Angehörige.
	3	Intensivere Kooperation: Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Reha-Anbietern stärken. Präsentation von Angeboten bereits in der Akutversorgung/Beratung durch Infoabende sowie über Social-Media Plattformen

	<u>5</u>	Einbindung von Hausärzt:innen: Hausärzt:innen aktiv in die Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen einbinden, um Frühintervention zu stärken.
		Frühzeitige Intervention: Nutzung prädiktiver Modelle durch GKV-Datenanalyse zur Identifizierung gefährdeter Personen und frühzeitiger Intervention.

Tabelle A4: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems

Priorität	„Betroffene“	
	1	Höherer Stellenwert für Suchtbehandlung: Anerkennung der gesellschaftlichen und ökonomischen Relevanz von Suchterkrankungen.
	2	Koordination & Entbürokratisierung: Abbau von bürokratischen Hürden, klare Zuständigkeiten und gebündelte Angebote.
	„Suchthilfe“	
	1	Vernetzung & Kommunikation stärken: Regelmäßiger Austausch, Kooperationen und feste Ansprechpartner zwischen Einrichtungen und Hausärzt:innen.
		Vernetzte Behandlungsangebote: Reibungslose Übergänge durch integrierte Entgiftung, Reha, Nachsorge.
	3	Transparenz & Kontinuität: Bessere Information über Behandlungsformen, gemeinsame Hilfeplanung mit Betroffenen.
	4	Zentralisierung & Entbürokratisierung: Online-Antragstools, einfache Sprache, klare Ansprechpartner:innen zur Steuerung komplexer Prozesse.
	„Suchtmedizin“	
	1	Zentrale, ambulante Behandler:in: Etablierung von zentralen, ambulanten Behandler:innen, die die Therapie steuern, behandlungsrelevante Informationen sammeln und so die therapeutische Beziehung stärken. z.B.: Therapeut:in mit Spezialisierung auf Sucht in einer Klinikambulanz
		Reduktion von strukturellen Schnittstellenproblemen: z.B. durch zentrale Institution, die Kostenträgerschaft und Abrechnung gegenüber Dritten übernimmt.
		Case Management: Stringentes Case-Managements für nahtlose Überleitungen; Sektorübergreifende Vernetzung sollte über Leistung nachgewiesen werden.
		Kontinuität in der Nachsorge durch feste Bezugsperson: Etablierung einer festen Bezugsperson (z. B. Sozialarbeiter:in oder Hausarzt/-ärztin), die die Betreuung, Koordination und Begleitung von der Diagnose bis über die Rehabilitation hinaus sicherstellt.
	5	Niedrigschwellige Angebote: Etablierung von niedrigschwelligen Angeboten wie Online-Angebote, Apps und kurzwirksamen, abrechenbaren (!) motivationalen Einheiten.
	„Leistungserstatter“	
	1	Erhöhung der Kapazitäten und Flexibilität bei Entgiftung und Reha: Ausbau der Kapazitäten für Entgiftungsbehandlungen, nahtlose Übergänge in Reha-Einrichtungen stärken. Aufklärung und Bereitschaft bei Patient:innen stärken, für eine schnellere Behandlung diese in anderen Bundesländern wahrzunehmen
		Integrierte Versorgungsmodelle: Vorbild, um den Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsstufen nahtlos zu gestalten. Behandlungspersonen als sektorenübergreifende Teams für koordinierte und patient:innenzentrierte Betreuungen. Nachgehende Elemente (Nachsorge) essenziell für einen nachhaltigen Therapieerfolg.
	3	Verbesserung von Übergabemanagement und IT-Infrastruktur: Effizientere Zusammenarbeit durch strukturiertes Übergabemanagement, verbesserten Informationsaustausch und idealerweise die Nutzung einheitlicher IT-Systeme zwischen allen beteiligten Leistungsanbietern.
		Stärkung der kommunalen Daseinsfürsorge: Politisch stärkere Verankerung der kommunalen Daseinsfürsorge als Pflichtleistung
		Intensivere Kooperation und Vernetzung: Förderung der Kooperation und Vernetzung verschiedener Anbieter innerhalb der jeweiligen Region

Tabelle A5: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der Inanspruchnahme längerfristiger Behandlungsangebote

Priorität	„Betroffene“	
	1	Längerfristige post-stationäre Anbindung (z.B. Suchtberatung, Gruppen), um an eine kontinuierliche Unterstützung langfristig „anzudocken“ Angebote schaffen, damit sich die passenden Menschen finden können, z.B. gruppenspezifische Angebote für z.B. Frauen, verschiedene Altersgruppen
	2	Behandlung komorbider Störungen: Therapieangebote müssen auch Begleiterkrankungen wie Depressionen einbeziehen.
	3	Versorgung in ländlichen Regionen sicherstellen: Nicht nur Ballungszentren mit Therapieangeboten ausstatten.
	4	Flexiblere stationäre/teilstationäre Übergänge: Kombination aus geschütztem Umfeld und Alltagsintegration.
	„Suchthilfe“	
	1	Verbesserung der Rahmenbedingungen: Schnellere Kostenzusagen, höhere Übergangsgelder, bessere Transportmöglichkeiten
		Individuell passende Angebote: Auch für Patient:innen mit Kindern, mit geringerem Konsum, Doppeldiagnosen, Haustieren etc.
	2	Nahtlose Versorgungsketten: Direkte Übergänge von Entgiftung zu Reha, enge Abstimmung aller Beteiligten.
	3	Psychoedukation & gesellschaftliche Anerkennung: Mehr Verständnis für Rückfallrisiken und langfristige Erkrankungsverläufe.
	4	Flexibilisierung der Behandlung: Kombination aus ambulanter, stationärer und aufsuchender Therapieformen.
	„Suchtmedizin“	
	1	Motivierende Aufklärung von Patient:innen in der Entgiftung: über Rückfallwahrscheinlichkeiten und die positiven Effekte einer langfristigen Behandlung, wie z.B. verminderte Depressivität, bessere kognitive Leistungen und gesteigerte Arbeitsfähigkeit.
		Passgenaue und bedarfsorientierte Angebote ausbauen, die individuelle Bedürfnisse der Betroffenen (z. B. verstärkt psychotherapeutische Ansätze) berücksichtigen, insbesondere im ambulanten Bereich. Strukturelle Verbesserungen für schnellen Übergang in Rehabilitation und Psychotherapie anbieten.
		Notwendigkeit langfristiger Behandlung stärken: Behandler:innen gezielt schulen, dass Akutbehandlung ohne Postakutbehandlung kaum zu Heilung führen wird. Kürzere Interventionen als Einstieg nutzen und aktiv für zeitnahe, wohnortnahe Therapien (z. B. Tagesklinik) werben, die in Langzeittherapien überleiten.
	4	Optimierung der Behandlungsschnittstellen: Verringerung von Schnittstellenproblemen durch Abbau von Hürden in langfristige Behandlungsangebote. Stärkung von Nahtlosverfahren. Möglichkeiten schaffen, während psychiatrischen Aufenthalten über Rückfallgefahren und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.
	„Leistungserstatter“	
	1	Barrierenmanagement und Netzwerkbildung: Identifizierung und aktiver Abbau von organisatorischen, sozialen oder strukturellen Barrieren. Verbesserung der Vernetzung und Kooperation zwischen Leistungsträgern und -erbringern, um Informations- und Angebotslücken zu schließen.
	2	Sichtbarkeit von Angeboten verbessern: Informationen über passgenaue Behandlungsoptionen breiter streuen und über optimierte (Online-) Plattformen mit besseren Suchmöglichkeiten zugänglich machen. Kooperation und transparente Darstellung des Angebots durch Anbieter:innen würden diesen Prozess stärken.
		Ausbau von Kapazitäten und Ressourcen: Zusätzliche Behandlungsplätze und zeitgemäßer Bedingungen wie Einzelzimmer schaffen, um Aufenthalt attraktiver zu gestalten und Akzeptanz zu erhöhen. Mehr Sozialarbeiter:innenstellen im Entgiftungsbereich, um Verfahren zu beschleunigen und nahtlose Übergänge zu ermöglichen.
		Interesse und Vermarktung von Versorgungsmodellen: Förderung von entwickelten Versorgungsmodellen wie "Kombi Nord", die jedoch auf größeres Interesse und effektive Vermarktung im Suchthilfesystem angewiesen sind, um für Rehabilitand:innen attraktiv zu sein.
		Infrastruktur stärken: Investitionen in die Infrastruktur, um passgenaue Behandlungsangebote zu verbessern, Wartezeiten zu verkürzen und die Unterstützung für Familienhilfen zu erhöhen.

Tabelle A6: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der Behandlungsabbrüche

Priorität	„Betroffene“	
	1	Erwartungsmanagement & Beziehungsgestaltung: Klärung realistischer Therapieziele im Vorfeld, Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen.
	2	Ausreichend Therapiezeit ermöglichen: Verlängerung der Behandlungsdauer, um nachhaltige Veränderung zu ermöglichen.
	3	Stationäre Behandlung: Besseres Essen und Sportangebote
	4	Personalsituation in Krankenhäusern: Muss verbessert werden (genügend wirklich gut ausgebildetes Personal), weniger Therapieausfall
	5	Frühzeitiger Hinweis auf mögliche Rückfälle, Hartnäckigkeit der Sucht, bevorstehende Kämpfe gegen die Suchterkrankung, z.B. durch Psychoedukation, Aufklärung über Suchtgedächtnis, innere Widerstände etc.
	„Suchthilfe“	
	1	Mehr Fachpersonal & Zeit: Um individuelle Begleitung zu ermöglichen und Abbruchquoten zu senken.
	2	Flexible, beziehungsorientierte Gestaltung: Fehlverhalten nicht sanktionieren, sondern als Ausdruck von Krankheit verstehen.
	3	Toleranz für Rückfälle: Umgang mit Rückfällen aktiv gestalten, nicht zum Ausschlusskriterium machen.
	4	Zieloffene und kreative Angebote: Auch für Personen ohne Abstinenzwunsch (z. B. Intervalltherapie, kreative Angebote).
	5	Früherkennung & Rückmeldekultur: Frühzeitige Signale für Behandlungsabbruch erkennen und darauf reagieren.
	„Suchtmedizin“	
	1	Rückfall als Teil der Störung: Etablierung des Verständnisses, dass Rückfälle als Rezidive ein normaler Teil der Störung sind.
		Therapeut:innenausbildung: Schwerpunkt auf Therapeut:innenausbildung, insbesondere Beziehungsgestaltung mit Fokus auf Wertschätzung und Empathie. Thematisierung von Rückfällen und Motivationskrisen, um diese zu normalisieren mit dem Ziel die Behandlung aktiv fortzusetzen
	2	Verbesserte Entzugsbehandlung: Die Entzugsbehandlung sollte qualitativ und quantitativ verbessert werden, unter Einbezug übender Verfahren, Expositionen und stärkerer Einbindung der Patient:innen. Ambulante Fortsetzung des Programms mit konkreten „Hausaufgaben“, die regelmäßig validiert werden.
		Mehr qualifizierte Entzugsbehandlungen und feste Bezugspersonen: Aufklärung, dass qualifizierte Entzugsbehandlungen das Risiko für Abbrüche im Vergleich zu rein körperlichen Entzügen vermindern. Etablierung von festen, Bezugspersonen, um auch im Falle eines Abbruchs Kontinuität im Zugang zur Versorgung zu gewährleisten.
	3	Patient:innenorientierterer Behandlungskontext: Das Setting patient:innenorientierter und weniger konfrontativ gestalten. Rückfälle in frühen Behandlungsphasen sind erwartbar und sollten nicht zum sofortigen Abbruch führen; stattdessen könnten flexible Regelungen wie ein Ampelsystem eingeführt werden.
	„Leistungserstatter“	

	1	Individuelle und lebenslagenorientierte Angebote: Entwicklung individueller Unterstützungsangebote, die sich an der aktuellen Lebenssituation und den Bedürfnissen der Patient:innen orientieren.
		Nahtlose Koordinierung und Vernetzung: Stärkere Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Leistungserbringern, um Betreuungslücken und Brüche im Behandlungsverlauf zu vermeiden.
	2	Fachkräftemangel: Politische Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels, wie steuerliche Vorteile für Vollzeittätigkeiten im Gesundheitswesen, um eine ausreichende Anzahl an qualifiziertem Personal sicherzustellen und Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken.
		Kontinuität der Behandler:innen: Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung durch kontinuierliche Betreuung der Patient:innen durch dieselben Behandler:innen, um stabile therapeutische Beziehungen aufzubauen und zu pflegen.
		Personalvorgaben und Supervision: Die Durchsetzung einer Personalverordnung für therapeutisches Personal in der Psychiatrie/Suchbehandlung ist notwendig. Es sollten ausreichend Mittel bereitgestellt werden, und regelmäßige, verpflichtende Supervisionen mit Möglichkeiten zur Intervention könnten die Qualität der Behandlung steigern.
		Einzelzimmerstandard: Einführung eines Einzelzimmerstandards in Behandlungszentren, um den Komfort und die Privatsphäre der Patient:innen zu erhöhen.

Tabelle A7: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine Verbesserung der Versorgung von älteren Menschen

Priorität	„Betroffene“	
	1	Hausärzt:innen als Schlüsselakteure: Vertrauensvolle Arzt/Ärztin-Patient:innen-Beziehung zur Ansprache von Alkoholproblemen nutzen. Verfügbarkeit von hausärztlichen Terminen.
	2	Alternative Lebensqualität statt Suchtmittel: Schaffung von Perspektiven und sinnstiftenden Angeboten zur Lebensgestaltung ohne Alkohol.
	3	Lebensweltorientierung & Ansprache über geeignete Kanäle: Aufsuchende Hilfe über Medien und Orte, die ältere Menschen nutzen (TV, Kirche etc.).
	„Suchthilfe“	
	1	Zieloffene Behandlungskonzepte: Individuelle Perspektiven entwickeln, nicht primär auf Reintegration in Arbeit ausgerichtet.
	2	Spezifische Wohn- und Behandlungsformen: Wohnanlagen mit begleiteter Versorgung für ältere Menschen mit Abhängigkeit.
	3	Hausärzte als Schlüsselpersonen: Vertrauen nutzen, um niedrigschwellige Zugänge zu schaffen und Aufklärung zu leisten.
	4	Sensibilisierung für Altersabhängigkeit: Thematisierung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen.
	5	Aufsuchende und barrierefreie Beratung: In Pflegeheimen, Kirchengemeinden, telefonisch oder digital.
	„Suchtmedizin“	
	1	Einbindung wichtiger Kontaktpersonen: Hausärzt:innen, Angehörige, Pflegedienste sowie Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen als zentrale Ansprechpartner:innen und Multiplikatoren:innen einbinden, um eine größere Reichweite und Inanspruchnahme zu erzielen. Motivation der Hausärzt:innen stärken, gezielt Fragen zu stellen, um Alkoholprobleme bei älteren Menschen zu erkennen. Hausärzt:innen könnten zudem eine alkoholspezifische App aktiv älteren Patienten empfehlen und bei der Nutzung unterstützen.
		Fokus auf relevante Settings: Stärkerer Fokus auf die Identifikation und Motivation zur Beratung oder Behandlung in für ältere Menschen relevanten Settings, wie z. B. häusliche Pflege und Betreuungseinrichtungen
	2	Öffentlichkeitsarbeit und zielgruppenspezifische Ansprache älterer Menschen: Entwicklung von Kommunikationsstrategien, die speziell auf die Bedürfnisse und Lebensumstände älterer Menschen abgestimmt sind, um deren Interesse und Vertrauen zu gewinnen, Scham und Stigmatisierung im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit abzubauen und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe zu erhöhen.
	„Leistungserstatter“	
	1	Informations- und Aufklärungsarbeit im medizinischen und sozialen Umfeld. z.B. über Risiken und somatische und psychische Begleiterkrankungen in dieser Altersgruppe, u. a. auch in der hausärztlichen Versorgung.
	2	Niedrigschwellige, bedarfsgerechte Angebote: Schaffung und Ausbau spezifischer, niedrigschwelliger Hilfen, z.B. Unterstützung im Alltag, gegen Vereinsamung oder zur Bewältigung typischer Probleme und Verlusterfahrungen im Alter sowie zur Förderung neuer sozialer Kontakte und Beziehungen.
	3	Informationsverbreitung: Erweiterte Streuung von Informationen zu speziellen Angebote für ältere Menschen, dabei Augenmerk auf Peer-Group-Ansätze.
		Ziel- und Sinnbestimmung im Beratungsprozess: Förderung der gemeinsamen oder professionell begleiteten Ziel- oder Sinnbestimmung bei älteren Menschen, um die positiven subjektiven Wirkungen des Konsums durch alternative Perspektiven zu ersetzen, besonders angesichts einer biografisch belasteten Vergangenheit und einer möglicherweise kurzen verbleibenden Lebenszeit.
		Intervention in Kliniken: Aktives Ansprechen und Intervention auf unfallchirurgischen Stationen, wo der Alkoholmissbrauch hoch ist. Einrichtung von Interventionsteams in stationären Einrichtungen der Inneren Medizin und Notaufnahmen.

Tabelle A8: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine verbesserte Inanspruchnahme von ambulanten pharmakologischen Interventionen

Priorität	„Betroffene“	
	1	Suchtdruck bietet Chancen für Lernprozesse (Bewältigungsstrategien, sich selbst besser kennenlernen)
	2	Anti-Craving Medikamente: Können bei Behandlungsbeginn eine große Hilfe sein, führen aber langfristig nicht an der Auseinandersetzung mit dem Suchtdruck, der Anerkennung der eigenen Erkrankung, und dem Erarbeiten von Bewältigungsstrategien vorbei.
	„Suchthilfe“ [Kein Priorisierung, da pharmakologische Interventionen kein wesentlicher Teil der Suchthilfe sind]	
	-	Bessere Aufklärung & Akzeptanzförderung: Zu Wirkung, Nebenwirkungen und Grenzen der Medikamente.
	-	Einbettung in ein ganzheitliches Konzept: Medikamente nicht isoliert, sondern nur in Kombination mit psychotherapeutischer Begleitung.
	-	Kooperation mit Hausärzt:innen: Als zentrale Partner:innen für Medikamentenverordnung und weiterführende Betreuung.
	-	Skepsis ernst nehmen: Sorgen der Betroffenen respektieren, Selbstwirksamkeit stärken, Vertrauen in medizinische Angebote fördern.
	-	Weiterentwicklung von Medikamenten: Forschungsförderung für neue pharmakologische Ansätze gegen Suchtdruck.
	„Suchtmedizin“	
	1	Aufklärung und Integration in den Behandlungsprozess: Verwendung von Rückfalldaten zur Aufklärung und wiederholte Ansprachen schon im Behandlungsprozess ggf. mittels Integration der Anonymen Alkoholiker (AA). Vereinfachung der ambulanten Terminorganisation während der medikamentösen Behandlung, durch fortlaufende Betreuung (z.B. stets PIA-Behandlung in der Klinik, in der der stationäre Entzug erfolgte).
	2	Suchtmedizinische Kompetenz der Hausärzte stärken: Verbesserung der suchtspezifischen Fachkenntnisse bei Hausärzt:innen, um ambulante medikamentöse Behandlungsoptionen kompetent und sicher anbieten zu können.
	3	Aufklärung von Ärzt:innen und Entstigmatisierung: Sensibilisierung von Ärzt:innen für die Option medikamentöser Behandlung im ambulanten Bereich. Förderung durch Fachverbände und Medien, wirksame Medikamente als normale und effektive Unterstützung zur Stabilisierung der Abstinenz bekannt zu machen, um Stigmatisierung abzubauen.
	4	Nutzenbewertung pharmakologischer Behandlung: Kritische und realistische Einschätzung des Nutzens pharmakologischer Optionen durch die Behandelnden, damit gezielte und individuelle Empfehlungen ausgesprochen werden können.
	5	Biologisches Krankheitskonzept: Veränderung des Krankheitskonzeptes in ein auch biologisch begründetes Krankheitskonzept. Aufklärung über die Erfolge pharmakologischer Behandlungen im Vergleich zu anderen Therapieansätzen und psychischen Störungen.
	„Leistungserstatter“	
	1	Ausbildung im Umgang mit spezifischen Medikamenten: Eine verbesserte Ausbildung der Behandler:innen, insbesondere im Umgang mit Naltrexon, Acamprosat und Topiramat, könnte die Behandlungsqualität steigern und bessere Therapieergebnisse fördern.
	2	Kostenübernahme für Medikamente: Überprüfung und Anpassung der Finanzierung, um sicherzustellen, dass notwendige Medikamente zur Reduzierung des Suchtdrucks, wie z.B. Antabus, von den Krankenkassen übernommen werden.
	-	Medikamentöse Beratung und Unterstützung ohne Zeitdruck: Beratungen zur medikamentösen Behandlung ohne Zeitdruck, um Vorurteile und Ängste der Patient:innen offen ansprechen zu können. Zudem könnte Einführung eines Krisentelefons Unterstützung in Krisensituationen bieten.
	-	Kombination von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungen