

Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen

Tabelle A1: Hierarchisierte Ansatzpunkte der Expert:innengruppen für eine frühzeitigere 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 Krisentelefon Unterstützung in Krisensituationen bieten.
	-	Kombination von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungen