

Von der Evidenz zur Empfehlung : S3-Leitlinie "Alkoholbezogene Störungen"

Autor(en): **Ridinger, Monika**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 5

PDF erstellt am: **17.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800363>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Von der Evidenz zur Empfehlung: S3-Leitlinie «Alkoholbezogene Störungen»

Im Artikel wird am Beispiel der S3-Leitlinie «Alkoholbezogene Störungen» der Entwicklungsprozess einer Leitlinie (LL) dargestellt und deren Bedeutung in der Praxis analysiert. Im Rahmen der evidenzbasierten Medizin gibt die hochstandardisierte S3-LL Handlungsempfehlungen zu Diagnostik und Therapie bei Störungen durch Alkohol und wird von medizinischen Fachgesellschaften unterstützt. In der Schweiz stehen für die täglichen Entscheidungen in der suchtmmedizinischen Beratung und Behandlung auch benutzerfreundliche und stets aktualisierte internetbasierte Handbücher zur Verfügung. Ob zukünftig der Aufwand einer S3-LL gerechtfertigt ist, wird von suchtpolitischen Strategien und Massnahmen abhängen.

Monika Ridinger

PD Dr. med., Chefarztin Zentrum Suchtpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG), Zürcherstrasse 241, CH-5201 Brugg, monika.ridinger@gmx.ch

Stichwörter: Alkohol | Leitlinien | Behandlung | Medizin | Evidenzbasierung |

Einleitung

Alkoholbezogene Störungen sind ein weitverbreitetes Phänomen mit hoher volkswirtschaftlicher Belastung. Der Konsum von Alkohol als legale psychotrope Substanz wird in der Regel unter «life style» subsummiert. Dabei sind die Übergänge von einem regelmässigen über den problematischen Konsum bis hin zur Alkoholabhängigkeit fließend. Weltweit führen die Belastungen durch den problematischen Gebrauch von Alkohol zu grossen Gesundheitsrisiken mit erheblichen Kosten für die Solidargemeinschaften.¹ Hier werden eine frühzeitige Erkennung alkoholbezogener Störungen und Abstimmungen zwischen in der Prävention, Beratung und Therapie Tätigen gefordert. Häufig ist jedoch die Arbeit zwischen den verschiedenen Professionen, wie Soziale Arbeit, Beratung und Medizin, weder abgestimmt noch beruhen die jeweiligen Entscheidungen auf gemeinsamen Standards. Hinzu kommt, dass von den in der Schweiz etwa 250'000 alkoholabhängigen Menschen und den 23% Erwachsenen mit einem risikoreichen Alkoholkonsum nur etwa 20% eine suchtspezifische Beratung oder Behandlung aufsuchen. Häufig scheitert dies an der immer noch stigmatisierenden Vorstellung, welche Sucht eher mit einer Charakter- oder Willensschwäche in Verbindung bringt, als mit einer neurobiologischen Erkrankung. Darüber hinaus ist für viele Betroffene die lebenslange Totalabstinenz von Alkohol als primäres Ziel unvorstellbar. Die Krankheitslast kann nur gesenkt werden, wenn dies systematisch aufgenommen und ein niederschwelliger Zugang in das Suchthilfesystem ermöglicht wird. Unsicherheiten über wirksamste Therapien können am besten überwunden werden, wenn die verschiedenen AkteurInnen im Kontext von alkoholbezogenen Störungen auf einen gemeinsamen

Standard an Wissen und Handlungsempfehlungen zurückgreifen. Hier setzt die Idee von medizinischen Leitlinien an, welche von nationalen Institutionen, Fachverbänden oder Netzwerken unterstützt und herausgegeben werden. Leitlinien liefern Handlungsempfehlungen «von ExpertInnen für ExpertInnen».

Leitlinien folgen dem Postulat, dass für «den ärztlichen Alltag (...) die evidenzbasierte Medizin handlungsleitend» sein müsse.² Dies bedeutet, dass patientInnenorientierte Entscheidungen auf der Grundlage von empirisch nachgewiesenen Wirksamkeiten erfolgen. Die Fülle an wissenschaftlichen Studien macht es unmöglich, dass Einzelne auch nur annähernd einen systematischen Überblick behalten. Die Recherche und Bewertung wissenschaftlicher Ergebnisse erfordert neben der Methodenkompetenz einen erheblichen zeitlichen Aufwand, was im Arbeitsalltag meist gar nicht bewältigt werden kann. Somit entlasten Leitlinien die in der Grundversorgung Tätigen und sie vermitteln Standards und Informationen zu aktuellen medizinischen Fragestellungen.

Am Beispiel der kürzlich entwickelten S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (S3-LL Alkohol) werden in diesem Artikel der Leitlinienprozess vorgestellt und die Bedeutung derartiger Leitlinien für die «Behandlung am Krankenbett» kritisch reflektiert und diskutiert.

Definition von medizinischen Leitlinien

Der Begriff «Leitlinie» ist nicht geschützt. Hauptziel von medizinischen Leitlinien (LL) ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch Wissensvermittlung. Medizinische LL geben einen detaillierten Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Literatur zu einem Thema («State of the art») und bewerten nach einem standardisierten methodischen Vorgehen die Qualität von klinischen Studien (Evidenzgrade) und deren Anwendbarkeit in der Praxis. Sie dienen den in der Krankenversorgung tätigen Personen als Handlungsempfehlungen für medizinische Entscheidungen.³ Als Zielgruppen sind professionell Tätige, Betroffene und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem angesprochen.⁴ An der Entwicklung einer Leitlinie sind VertreterInnen verschiedener

ärztlicher Fachrichtungen, aus Fachberufen des Gesundheitswesens sowie Betroffene beteiligt. Das Vertrauen in eine LL wächst, wenn transparent ist, wer an der LL-Entwicklung in welchem Umfang mitgewirkt hat, da nur so abgeschätzt werden kann, ob diese Gruppe repräsentativ in Bezug auf die Anwendung und das Thema ist. Einbezogen werden Fachgruppen, die direkt im Kontext oder an den Schnittstellen tätig sind, z.B. ÄrztInnen, PsychologInnen, Rettungskräfte, Pflegefachpersonen, in der Sozialen Arbeit Tätige, medizinisches Hilfspersonal oder VertreterInnen von Selbsthilfegruppen. Dabei treten die Fachpersonen nicht als Einzelpersonen, sondern als VertreterInnen spezifischer Fach- oder Interessengruppen auf. Im LL-Report werden alle Personen, Fachgruppen sowie alle Arten der Beteiligungen dargestellt, beispielsweise, welche Personen als AutorInnen, in Konsensusverfahren, bei Reviews, Stellungnahmen oder im Rahmen von Vernehmlassungen vor Inkrafttreten der LL einbezogen wurden.

Mit dem Ziel die medizinische Versorgung im Sinne einer guten klinischen Praxis auf rationaler Basis zu fördern, werden die verschiedenen Standpunkte aller Beteiligten unter Abwägung von Nutzen und Schaden bewertet und schliesslich ein Vorgehen mit dem höchsten Wirkungsgrad abgeleitet. Dabei sind LL weder verbindlich noch erheben sie Anspruch auf Vollständigkeit, wenngleich sie regelmässig auf ihre Aktualität überprüft und fortgeschrieben werden.

Arten von Leitlinien

Mit dem Ziel, den «Wildwuchs» unter den medizinischen LL zu reduzieren, wurde ein internationales Leitliniennetzwerk gegründet, welches Standards für die Erstellung von LL definiert. Insgesamt existieren drei Arten von Leitlinien, welche von S1 bis S3 nummeriert werden. S1-Leitlinien geben einen ExpertInnenkonsens in einem informellen Sinne wieder. Bei S2k-Leitlinien fusst dieser Konsens auf einer formalen Abstimmung innerhalb der ExpertInnengruppe. Bei den S2e-Leitlinien hat vor der Konsensfindung eine systematische Recherche der wissenschaftlichen Literatur stattgefunden.

Erst S3-Leitlinien folgen einem hochkomplexen systematischen Entwicklungsprozess. Die Personen der ExpertInnengruppe sichten die relevante Literatur sowie bereits vorhandene Leitlinien und bewerten alles hinsichtlich Relevanz und Evidenz.⁵ Es folgen Konsensuskonferenzen, aus denen dann die graduierten Empfehlungen hervorgehen. Am Ende wird der Text der Leitlinie in Lang-, Kurz- und PatientInnenversion von allen Beteiligten verabschiedet. In der Regel sind S3-Leitlinien fünf Jahre gültig. Während dieser Zeit werden die Inhalte regelmässig evaluiert und aktualisiert. Wesentliche Meilensteine in der Entwicklung von LL sind die qualitativen Bewertungen der wissenschaftlichen und klinischen Ergebnisse, aus denen schliesslich die Empfehlungen für die Praxis hervorgehen. Die in einer S3-LL angewandten Methoden erfolgen auf der Grundlage der von der GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellten Assessments, in welchen nach komplexen mehrstufigen Verfahren zunächst Evidenzgrade beurteilt und darauf aufbauend graduierte Empfehlungen abgeleitet werden.

Evidenzklassen

Bei den Evidenzklassen handelt es sich um Bewertungen der externen, also methodischen Qualität von einzelnen Studien. Bei der Evidenz-Klasse Ia liegt mind. eine Metaanalyse auf der Basis von mehreren methodisch hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien (RCT = Randomised controlled trial) vor, während bei der Klasse Ib mind. eine methodisch hochwertige RCT mit hoher Fallzahl vorliegt.

Die Evidenz-Klasse IIa kann vergeben werden bei einer methodisch gut angelegten Studie ohne Randomisierung, während die Evidenz-Klasse IIB auf mind. einer hochwertigen anderen, z.B.

quasi-experimentellen, Studie beruht.

Eine Evidenz-Klasse III liegt vor bei einer hochwertigen nicht-experimentellen deskriptiven Studie.

Bei einer Evidenz-Klasse IV handelt es sich um Berichte oder Meinungen von ExpertInnenkommissionen, Konsensuskonferenzen oder um klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Schwächen dieser Bewertungsklassifikation sind vor allem, dass es sich jeweils um Einzelbewertungen handelt bzw. nur bei Evidenzgrad Ia mehrere Studienergebnisse in einer Übersichtsarbeit zusammenfliessen und dass systematische Verzerrungen z.B. durch fehlende Veröffentlichung von negativen Daten zu einer Fragestellung nicht berücksichtigt werden. Um dem Abhilfe zu leisten, wurde 1993 die Cochrane Collaboration gegründet.

Cochrane Collaboration

Bereits in den 1970er Jahren hat sich der Britische Arzt und Forscher Archie Cochrane dafür eingesetzt, dass im Rahmen der knapper werdenden Ressourcen nur in ihrer Wirksamkeit bewährte Methoden für die medizinische Versorgung eingesetzt werden sollen. Die zuverlässigsten Informationen für die Beurteilung der Evidenz gehen aus randomisierten, kontrollierten Studien hervor. Cochrane betonte die Notwendigkeit, Studien auf derartigem Niveau zu systematischen Reviews zusammen zu schliessen, regelmässig zu aktualisieren und auf der Grundlage der Gesamtheit der zur Verfügung stehenden Daten und Ergebnisse Bewertungen für die beste Wirksamkeit abzuleiten. Im Jahr 1992 entstand ein erstes internationales Cochrane Zentrum in Oxford. Ein Jahr später wurde die Cochrane Collaboration gegründet. Weltweit werden Zentren unter dem Dach der Cochrane Collaboration betrieben, mit dem Ziel, medizinische Behandlungen mittels systematischer Übersichtsarbeiten zu bewerten. Dabei sollen möglichst alle Daten und Informationen zu bestimmten Fragestellungen in die Bewertungen einfliessen, auch solche, die nicht publiziert wurden, wenn die geforderte methodische Qualität vorliegt. Nach dem Grundsatz der Cochrane Collaboration gilt maximale Unabhängigkeit, was bedeutet, dass weder industrielle noch pharmazeutische Förderungen bei der Erstellung der systematischen Reviews eine Rolle spielen. Da Cochrane Reviews sehr aufwändig und die Datenmengen sehr gross sind, unterstützen sich nationale und internationale AutorInnenteams gegenseitig.⁶ Dank einer Nationallizenz für die Schweiz besteht seit 2016 ein freier Zugang zur «Cochrane-Library», in der alle Reviews veröffentlicht sind.

Empfehlungsgrade

Nach der Bewertung der medizinischen Evidenz von Studien werden im Leitlinienprozess «Soll»-, «Sollte»- und «Kann»-Empfehlungen graduiert.

Grad A: Eine «Soll»-Empfehlung kann ausgesprochen werden, wenn mind. eine Studie mit höchster Evidenzstufe (Ia, Ib) vorliegt. Die Studie oder Studien dürfen nicht extrapoliert werden, d.h. die untersuchten Faktoren müssen sich auf die Fragestellung der Empfehlung beziehen.

Grad B: Liegen gut durchgeführte, aber bspw. nicht randomisierte klinische Studien der Evidenzstufen II oder III vor, kann eine «Sollte»-Empfehlung ausgesprochen werden. Diese kann auch erfolgen, wenn die Ergebnisse aus einer Studie mit Evidenzstärke Ia oder Ib sich nicht direkt auf die Fragestellung der Empfehlung beziehen, sondern aus den Ergebnissen abgeleitet bzw. extrapoliert werden können.

Grad C: Eine «Kann»-Empfehlung wird bei Studien der Evidenzstufe IV ausgesprochen oder, wenn auf der Grundlage von Studien mit Evidenz II oder III eine Extrapolation auf die spezifische Fragestellung möglich ist.

In seltenen Fällen liegen bei diagnostischen oder therapeutischen Anwendungen keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor. Wenn nach ExpertInnenmeinung diese Verfahren allgemein üblich

sind oder von PatientInnen in der Regel präferiert werden, kann das Label «Good Clinical Practice» vergeben werden.

Neben den oben angeführten Kriterien fliessen weitere Faktoren bei der Einstufung der Empfehlungsgrade ein. So kann eine Studie mit der Evidenzstärke I auch zu einer Empfehlung Grad B führen, wenn Vorbehalte hinsichtlich der praktischen Umsetzung bestehen oder der Nutzen im Vergleich zum Risiko nicht ausreichend erscheint. Bei der Entwicklung von S3-Leitlinien werden neben all diesen Faktoren auch die Präferenzen von PatientInnen in den Konsensuskonferenzen diskutiert, bevor es zu einer formalen Verabschiedung eines Empfehlungsgrades kommt.

Die Entwicklung der S3-Leitlinie Alkohol

Im November 2010 wurde mit der Arbeit an den zwei S3-Leitlinien «Alkoholbezogene Störungen» und «abhängiger und schädlicher Tabakkonsum (Rauchen)» begonnen. Beide LL fokussieren auf die Inhalte – Screening, Diagnostik und Behandlung. Federführend bei der Entwicklung der S3-LL Alkohol war die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. Unterstützt wurde diese Arbeit von der 1962 in Deutschland gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), welche sich als Interessenvertretung und politisches Organ versteht und in der über 150 medizinische Fachgesellschaften vertreten sind.⁷ Aktuell beinhaltet die AWMF-Datenbank fast 950 Leitlinien für alle Fachgebiete, davon befinden sich mehr als 200 auf dem S3-Niveau mit 54 Treffern im Bereich Psychiatrie. Bezogen auf das hochstandardisierte Vorgehen bei S3-LL, kann somit bei der AWMF-Datenbank von einem grossen Wissensfundus ausgegangen werden.

Auch bei der S3-Leitlinie «Alkoholbezogene Störungen» war das Hauptziel, über eine systematische Bewertung der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur sowie unter Einbezug von praktischen Erfahrungen und Patientenpräferenzen Handlungsempfehlungen für die täglichen Entscheidungen in der Arbeit mit Betroffenen verfügbar zu machen. Als Nebenziel wurde definiert, mit der S3-Leitlinie Alkohol eine Grundlage für gemeinsame interdisziplinäre Aus- und Weiterbildung zu schaffen, um Abstimmungsprozesse zu erleichtern und damit zur Niederschwelligkeit im Suchthilfesystem beizutragen.

An der Entwicklung der Leitlinie waren 48 Fachgesellschaften beteiligt, darunter auch die Schweizer Gesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und für Suchtmedizin (SSAM) sowie VertreterInnen der Österreichischen Gesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) und Suchtforschung und Suchttherapie. Insgesamt haben mehr als 60 Fachpersonen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich sowie VertreterInnen zahlreicher Selbsthilfe- und Angehörigenverbände an diesem Prozess mitgewirkt. Am 31.07.2014 wurde die S3-Leitlinie Alkohol online geschaltet. Sie wird kontinuierlich überarbeitet und ist gültig bis zum 30.07.2019.

Der formale Ablauf der S3-Leitlinie Alkohol

Nachdem das LL-Thema benannt und die Ziele beschrieben sowie die LL in der S3 Klasse bei der AWMF angemeldet wurden, fand eine konstituierende Sitzung eingeladener Fachgesellschaften bzw. MandatsträgerInnen statt, in welcher die Frage der Vollständigkeit der LL-Gruppe einen wichtigen Raum einnahm. Nachbenennungen von ExpertInnen wurden nicht nur in dieser, sondern auch in Folgesitzungen wiederholt vorgenommen. Schliesslich wurde das methodische Konzept vorgestellt und die Bearbeitungsstrategie festgelegt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet und KoordinatorInnen für die Einhaltung des Projektablaufs und der Bearbeitungsstrategie bestimmt. Die Arbeit der ExpertInnen erfolgte sodann nach dem beschriebenen standardisierten Verfahren für eine S3-LL. Nach Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien

wurde mit der systematischen Literaturrecherche zunächst bereits vorhandener Leitlinien und schliesslich der gesamten Primärliteratur begonnen. Dieses Vorgehen zählt nach internationaler Übereinkunft zu den Schlüsselkomponenten für die Entwicklung einer vertrauenswürdigen Leitlinie.⁸ Als Quellen dienten die bibliografischen Datenbanken, wie Medline oder das Cochrane-Register, Studien- und Ergebnisregisteranfragen zu noch nicht publizierten Daten sowie Tagungsberichte oder Anfragen bei einzelnen AutorInnen.

Im zweiten Schritt wurde die methodische Qualität der Studien gemäss DELBI (Deutsches Leitlinien-Bewertungs-Instrument) hinsichtlich Risk of Bias (RoB) bewertet, d.h. inwieweit den gemessenen Effekten vertraut werden kann und ob sich diese auf andere Personen oder Situationen übertragen lassen. Schliesslich wurden alle Ergebnisse nach dem GRADE-System (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) in Evidenztabelle zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst.⁹ Zuletzt wurden alle Kernaussagen durch strukturierte Konsensfindung im Delphiverfahren von allen ExpertInnen abgestimmt. Jede Nichtzustimmung musste unter Angabe der wissenschaftlichen Literatur begründet werden, wenn möglich mit Ausformulierung eines Alternativvorschlages. Der Prozentrang der Übereinstimmung des Konsensverfahrens ist im LL-Text ersichtlich. Nach zahlreichen Treffen und sieben Konsensuskonferenzen sowie nach externen Begutachtungen, z.B. Stellungnahmen der Schweizer Fachgesellschaften, und Vernehmlassung weiterer Beteiligtegruppen, z.B. Selbsthilfegruppen, wurden die Empfehlungen verabschiedet und der Leitlinientext erstellt.

Die Inhalte der S3-Leitlinie Alkohol

Es wird hier nicht auf die Inhalte der S3-LL Alkohol im Detail eingegangen. Betont werden soll aber, dass die Konsensusgruppe einstimmig – in Einklang mit den englischen Therapieleitlinien¹⁰ und der European Medicines Agency¹¹ – der Empfehlung einer Trinkmengenreduktion als intermediäres Ziel bei problematischem Alkoholkonsum folgte.

Darüber hinaus ist nennenswert, dass den wissenschaftlichen Ergebnissen zu komorbiden psychischen Störungen ein Gross-teil des Leitlinientextes gewidmet ist und auch alters- und geschlechtsspezifische Populationen (Kinder, Jugendliche, Frauen, Schwangere, ältere Menschen) eine besondere Berücksichtigung erhielten.

Bedeutung der S3-Leitlinie Alkohol in der Schweiz

Unbestritten widerspiegelt die S3-LL Alkohol umfassend die Literatur zu den Themen Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Damit stellt sie ein Nachschlagewerk zu diesen Themen dar. Die Bewertung der Evidenz der Daten erfolgte nach einem hochstandardisierten Verfahren unter transparenter Beschreibung aller Arten von Beteiligungen der LL-MandatsträgerInnen und Fachpersonen. Ziel dieses Vorgehens ist es, dass Vertrauen in die S3-LL Alkohol zu fördern und deren Anwendungsbreite zu erhöhen.

Bei den ExpertInnen der Leitlinie handelte es sich grösstenteils um Suchtfachpersonen aus den Bereichen Medizin, Soziale Arbeit und Psychologie. Bei der extrem standardisierten Evidenzbewertung kommt der Profession der ExpertInnen keine wesentliche Bedeutung zu. Jedoch spielt dies bei der Frage der klinischen Anwendung und damit des Nutzens einer Studie durchaus eine Rolle, sodass kritisch angemerkt werden kann, dass selbst bei einer so umfassenden Beteiligung von Fachgesellschaften wie bei der S3-LL Alkohol infolge der Zusammensetzung des ExpertInnengremiums wesentliche Aspekte der Handlungsentscheidungen bei alkoholbezogenen Störungen, wie z.B. Stigmatisierungsängste oder Wirkenerwartungen zu wenig berücksichtigt wurden.

Eine andere Frage ist, ob sich die Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Alkohol auf die Schweiz übertragen lassen. Wenn

eine medizinische Evidenz für ein bestimmtes Screening-, ein diagnostisches Verfahren oder eine Behandlung besteht, ist das abgeleitete Vorgehen abhängig von der Verfügbarkeit und Anwendbarkeit der Methoden, Medikamente und Massnahmen. Die S3-LL Alkohol fusst auf internationalen Studienergebnissen, aber bezieht sich in der Anwendbarkeit auf den Europäischen Raum. Somit sollten, abgesehen z. B. von Einschränkungen in der Zulassung von Medikamenten, die Handlungsempfehlungen auch in der Schweiz umsetzbar sein. Dementsprechend verfasste z. B. die Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM) keine eigenen Empfehlungen zu Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen, sondern stützt sich auf die Empfehlungen der S3-Leitlinie ab.

Insgesamt findet die S3-Leitlinie Alkohol in der Schweiz eher wenig Berücksichtigung, z. B. auf den Homepages der medizinischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Womöglich beruht dies auf anderen Gewichtungen im Bereich von Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen im Hinblick auf die Abstimmung zwischen evidenzbasierter Medizin und PatientInnenwünschen. Andererseits mag auch die geringe Beteiligung Schweizer ExpertInnen aus den Bereichen Psychiatrie, Hausarzt- und Suchtmedizin sowie Suchtberatung und Suchtpolitik eine Rolle gespielt haben.

In der Schweiz stehen bspw. für die Zielgruppen der GrundversorgerInnen, PsychiaterInnen, ApothekerInnen, NotfallärztInnen und Gesundheitsdienste unter www.praxis-suchtmedizin.ch umfassende, aktuelle, regelmässig überarbeitete Handlungsempfehlungen zur Verfügung, welche die Ergebnisse der S3-LL Alkohol integrieren und praxisrelevant aufbereiten. Damit wird die S3-LL Alkohol als die Basis-Dienstleistung für Wissenserweiterung und Qualitätsverbesserung angenommen, als die sie sich ursprünglich verstanden wissen wollte.

Suchtarbeit ist immer auch politisch orientiert. Hier und im Kontext der interdisziplinären Zusammenarbeit kann die S3-Leitlinie zwar Hinweise auf evidente Standards für Screening, Diagnostik und Behandlung sowie für die Aus- und Weiterbildung liefern, jedoch sind ihre Handlungsempfehlungen für landesspezifische politische Strategien und Massnahmen im gesellschaftlichen Kontext allenfalls von untergeordneter Bedeutung.

Fazit

Zusammenfassend kann die S3-Leitlinie Alkohol als ein umfassendes, höchst standardisiertes, multiprofessionelles «Werk» betrachtet werden. Die Ergebnisse sind aktuell, wissenschaftlich fundiert und aufgrund der Konsensdiskussionen mit Erfahrungen

am Krankenbett angereichert. Sie erhält ihre Bedeutung im Rahmen der evidenzbasierten Medizin. Im Zusammenhang mit einer umfassenden Suchtbehandlung, wie sie in der Schweiz üblich ist, hat die S3-LL Alkohol eine eher untergeordnete Bedeutung. Man stützt sich auf die Ergebnisse ab und integriert diese in eigene interdisziplinäre Handlungsempfehlungen. ●

Literatur

- EMA – European Medicines Agency (2011): Annual report 2010. Adopted by the management board 28.06.2011. EMA/306870/2011.
- Gechter, D./Nothacker, M./Khan, C./Rütters, D./Mavergames, C./Motschall, E./Moeker, M./Muche-Borowski, C./Blümle, A./Lang, B./Kopp, I./Meerpohl, J.J. (2013): Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien. Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.
- Grimshaw, J.M./Thomas, R.E./MacLennan, G./Fraser, C./Ramsay, C.R./Vale, L./Whitty, P./Eccles, M.P./Matowe, L./Shirran, L./Wensing, M./Dijkstra, R./Donaldson, C. (2004): Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 8(6): 1-72.
- Langer, G./Meerpohl, J.J./Perleth, M. et al. (2012): GRADE guidelines: 1. Introduction: GRADE evidence profiles and suary of findings tables. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106(5):357-368.
- Lim, S.S./Vos, T./Flaxman, A.D./Daneï, G./Shibuya, K./Adair-Rohani, H. et al. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and riskfactor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380: 2224-2260.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2011): Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. CG 115. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Quaseem, A./Forland, F./Macbeth, T./Ollenschläger, G./Philips, S./Van der Wees, P./Board of Trustees of the Guidelines International Network (2012): Guidelines International Network: Towards International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine* (Online): 156(7): 525-531. www.tinyurl.com/zuxyz62, Zugriff: 03.09.2016.

Endnoten

- 1 Vgl. Lim et al. 2012.
- 2 Vgl. Positionspapier FMH 2015: www.tinyurl.com/j5nkoqm, Zugriff 03.09.2016.
- 3 Vgl. Grimshaw et al. 2004.
- 4 Siehe AWMF-Leitlinie «alkoholbezogene Störungen»: www.tinyurl.com/jnzeqe3, Zugriff 03.09.2016.
- 5 Vgl. Gechter et al. 2013.
- 6 Cochrane Schweiz: www.swiss.cochrane.org
- 7 www.awmf.org
- 8 Vgl. Quaseem et al. 2012.
- 9 Vgl. Langer et al. 2010.
- 10 Vgl. NICE 2011.
- 11 Vgl. EMA 2011.