

S3-Leitlinie
„Screening, Diagnose und Behandlung
alkoholbezogener Störungen“

AWMF-Register Nr. 076-001

LEITLINIENREPORT

(Stand: 23.02.2015)

Inhaltsverzeichnis

1. Geltungsbereich und Zweck	1
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Berufs- und Interessengruppen	3
3. Methodologische Exaktheit	13
3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)	13
3.2 Strukturierte Konsensfindung	39
4. Verabschiedung der Leitlinie	40
5. Redaktionelle Unabhängigkeit	40
5.1 Finanzierung der Leitlinie	40
5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	42
6. Implementierung der Leitlinie	43
6.1 Schritte zur Verbreitung der Leitlinie	43
6.2 Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen	44
6.3 Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren	44
7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	45
7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status	45
7.2 Aktualisierungsverfahren	45
8. Literatur	46

Anlage

Tabellenband

- 1.) DELBI-Bewertung der internationalen Quell-Leitlinien
- 2.) Evidenztabelle der Systematischen Reviews (Cochrane Library)
- 3.) SIGN-50 Checklisten der Systematischen Reviews (Cochrane Library)
- 4.) Leitlinien-Synopsen
- 5.) Evidenztabelle der PubMed-Recherche (Systematische Reviews, Meta-Analysen, randomisiert-kontrollierten Studien)

Leitlinienreport

Eva Hoch, Kay Petersen, Gerhard Bühringer, Michael Klein, Jens Reimer, Gerhard Reymann, Rainer Thomasius, Anil Batra, Karl Mann

1. Geltungsbereich und Zweck

Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 1,8 Millionen Erwachsene in Deutschland die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllen (Pabst et al. 2013). Jährlich sind etwa 74.000 Todesfälle durch zu hohen Alkoholkonsum zu beklagen (Gärtner et al. 2013). Er ist ein bedeutsamer Risikofaktor für viele organmedizinische, psychische und soziale Begleit- und Folgeerscheinungen (Singer, Batra & Mann 2012). Anders als andere weit verbreitete und chronische psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen), wird die Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung oft nicht als behandlungsbedürftig angesehen. Betroffene neigen – krankheitsbedingt – dazu, ihren Alkoholkonsum zu bagatellisieren oder zu verleugnen. Die Veränderungs- und Therapiemotivation kann anfangs gering sein. Häufig konzentriert sich die ärztliche Behandlung auf vorhandene Begleit- und Folgeerkrankungen. Die ursächliche Suchterkrankung wird oft nicht erkannt, falsch diagnostiziert und in der Folge nicht adäquat behandelt. Um diese Situation zu verbessern, wurde die S3-Leitlinie zum Screening, der Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen entwickelt. Mit der vorliegenden Leitlinie wurde erstmals in Deutschland die höchste Entwicklungsstufe einer evidenz- und konsensbasierten Leitlinie zur Behandlung einer Suchterkrankung erreicht. Die erarbeiteten und konsentierten Empfehlungen basieren auf einer systematischen Literaturrecherche. Zur Verabschiedung der Handlungsempfehlungen wurde ein formales Konsensverfahren gewählt.

Zielorientierung der Leitlinie

Das Ziel dieser S3-Leitlinie ist es, die Versorgung von Menschen mit schädlichem, riskantem und abhängigen Alkoholgebrauch auszuweiten, die Lebensqualität aller Beteiligten zu verbessern und letztlich Leben zu retten (Hoch, Batra & Mann, 2012). Es soll eine systematisch entwickelte Entscheidungsgrundlage für alle behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige geschaffen werden. Die Leitlinie umfasst aktuelle, evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zum Screening, der Diagnostik, der Behandlung und der Versorgungsorganisation. Die Leitlinie dient auch zur Information von Erkrankten und ihren Angehörigen. Durch die Empfehlungen soll die Qualität der Behandlung und Betreuung von Erkrankten und Angehörigen verbessert werden. Die

Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren soll gestärkt werden. Gleichzeitig werden bei einzelnen Verfahren bei Hinweisen auf fehlende Wirksamkeit oder negativer Kosten-Nutzen-Abwägung Empfehlungen gegen eine Anwendung gegeben. Die Leitlinie stellt jedoch keine verbindlichen Regeln im Sinne von Richtlinien auf. Die Behandlung eines Patienten ist immer ein individueller Prozess, bei dem die Behandelnden den Rahmen der Leitlinie als Grundlage nehmen, aber die Schritte in Diagnostik und Therapie an den einzelnen Betroffenen ausrichten sollen.

Patientenzielgruppe

Da die Ziele der Leitlinie umfassend sind, richten sich ihre Empfehlungen an eine breite Zielgruppe. Die Leitlinie adressiert primär erwachsene Menschen (im Alter von 18 bis 65 Jahren) mit schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum. Ergänzend wurden Empfehlungen für Patienten mit besonderen Bedürfnissen erarbeitet: Kinder- und Jugendliche (bis zum Alter von 17 Jahren), Frauen und Schwangere, ältere Menschen (ab dem Alter von 65 Jahren) sowie Betroffene mit somatischen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen. Diese Zielgruppen werden in der Versorgung oft nicht adäquat berücksichtigt.

Versorgungsbereich

Riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum soll möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Deshalb bezieht die Leitlinie ein breites Spektrum an Settings und Versorgungsbereichen ein. Screenings, Motivierungs- und Frühinterventionsmaßnahmen können beispielsweise in der medizinischen Grundversorgung (Allgemeinarztpraxen, Allgemeinkrankenhäusern und Notfallambulanzen) sowie in den Bereichen Arbeitsplatz oder Ausbildung (Schulen, Universitäten) eingesetzt werden. Darüber hinaus existiert ein differenziertes Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen mit einer Vielzahl von Angeboten. Die körperliche Entgiftung und die qualifizierte Entzugsbehandlung werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen angeboten. Suchtspezifische Beratung, Kurzintervention und postakute Behandlung inklusive Entwöhnung werden insbesondere in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Suchtpsychiatrie und im Suchthilfesystem angeboten. Darüber hinaus gibt es Schnittstellen zu vielfältigen weiteren Hilfesystemen mit anderen Schwerpunkten in der Aufgabenstellung (z.B. Jugendhilfe, Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe, diverse Arbeitslosenhilfen, Selbsthilfe). Eine Gesamtschau der Versorgungsbereiche wird im Kapitel 4 „Schnittstellenmanagement und Versorgungsorganisation“ vorgestellt, um die Verortung

dieser Leitlinie im Gesamtsystem sichtbar zu machen und den Vernetzungs- und Kooperationsbedarf aufzuzeigen.

Anwenderzielgruppe/Adressaten

Die vorliegende Leitlinie soll als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe für folgenden Personenkreis dienen:

- 1.) Erwachsene Menschen mit riskantem, schädlichen und abhängigem Alkoholkonsum, spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen (Kinder und Jugendliche, Frauen und Schwangere, ältere Menschen), Betroffene mit komorbiden somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen Störungen und deren Angehörige.
- 2.) Professionell Tätige (wie Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte, psychologische Psychotherapeuten und andere Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Personal in anderen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind).
- 3.) Andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Berufs- und Interessengruppen

Die Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die ein abgestimmtes Vorgehen verschiedenster medizinischer und nicht-medizinischer Berufsgruppen erfordert. Eine wichtige Aufgabe bei der Leitlinienentwicklung lag deshalb in der fachlich interdisziplinären Zusammensetzung der Leitliniengruppe, bestehend aus einem Koordinationsteam, der Steuergruppe, sieben Autorengruppen, einer Konsensusgruppe sowie einem Redaktionsteam. Die Moderation der Konsensuskonferenzen übernahm Prof. Dr. Ina Kopp (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF).

Wissenschaftliche Leitung

- Prof. Dr. Karl Mann, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg.
- Prof. Dr. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen

Koordinator

Der Koordinator übernahm die Organisation des Leitlinienprozesses, inklusive Arbeits- und Zeitplanung, Vorbereitung, Moderation und Nachbereitung aller Telefonkonferenzen und Sitzungen, Kommunikation mit allen Beteiligten, sowie die abschließende Erstellung des Leitlinientextes. Die Koordination hatte inne:

- Dr. Eva Hoch, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg. Dr. Hoch wurde für ihre Tätigkeit im Umfang einer halben Wissenschaftlerstelle von November 2010 bis Dezember 2014 finanziert.

Steuergruppe: Mit Orientierung an den Inhalten, Zielen und Fragestellungen der Leitlinie wurde durch die Projektgruppe nach Konsultation der verschiedenen Fachgesellschaften eine Gruppe ausgewiesener Experten zusammengestellt. Diese Experten bildeten das Steuerungsgremium der Leitlinie. Der Steuergruppe oblag die fachliche Begleitung der Autorengruppen, der Konsensusgruppe, der Recherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz, der Ausarbeitung der Leitlinienkapitel, der Formulierung und Evidenzbasierung von Empfehlungen sowie der Erfassung und Bewertung von Interessenkonflikten. Folgende Experten waren Mitglied der Steuergruppe:

- Prof. Dr. Karl Mann, Leiter der Steuergruppe (Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und –therapie, DG-Sucht)
- Prof. Dr. Anil Batra, Co-Leiter (Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN)
- Prof. Dr. Gerhard Bühringer (Dt. Gesellschaft für Psychologie, DGPs)
- Prof. Dr. Michael Klein (Dt. Gesellschaft für Suchtpsychologie, DGSPS)
- Prof. Dr. Jens Reimer (Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin, DGS)
- PD Dr. Gerhard Reymann (Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, DGPM, Bundesdirektorenkonferenz, BDK)
- Prof. Dr. Rainer Thomasius (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., BAG; Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., BKJPP; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., DGKJP)
- Dr. Eva Hoch (Methodikerin), Dr. Kay Uwe Petersen (Methodiker)

Methodiker: Dr. Eva Hoch führte die Recherche, Auswahl und methodische Bewertung von internationalen und nationalen Quell-Leitlinien und Cochrane-Reviews durch, koordinierte die

systematische Recherche nach Systematischen Reviews (SR), Metaanalysen und randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) durch ein beauftragtes Institut (Institut für Lungenforschung, IFL) und unterstützte die Expertengruppen bei der Auswertung der Evidenz, der Formulierung von Empfehlungen und dem Verfassen der Leitlinienkapitel.

Konsensusgruppe: Das wichtigste Ziel bei der Zusammensetzung der Konsensusgruppe war die repräsentative Auswahl und Beteiligung ihrer Mitglieder für den Adressatenkreis der Leitlinie. Die an der Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie auch Patienten- und Angehörigenorganisationen wurden durch die Koordinatoren kontaktiert, zur Mitarbeit an der Leitlinienentwicklung eingeladen und um die Entsendung von Mandatsträgern (pro Organisation ein Vertreter und ein Stellvertreter) in die Konsensgruppe gebeten (Tabelle 1). In der ersten Konsensuskonferenz im April 2011 wurde die Repräsentativität der Gruppe durch die Anwesenden geprüft. Im gesamten Zeitraum bestand die Möglichkeit der Nachnominierung wichtiger, noch nicht berücksichtigter Organisationen. Die Beteiligung von verschiedenen Patienten-, Angehörigen- und Selbsthilfeverbänden an der Leitlinienentwicklung war ein besonderes Anliegen.

Tabelle 1: Mitglieder der Konsensusgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Fachgesellschaft / Organisation		Vertreter	Stellvertreter
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Prof. Dr. Martin Schäfer	
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie	Prof. Dr. Thomas Hillemacher	Prof. Dr. Stefan Bleich
APK	Aktion Psychisch Kranke	Prof. Dr. Gerhard Längle	PD Dr. Gerhard Reymann
BÄK	Bundesärztekammer	Dr. Christoph von Ascheraden	

BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Rainer Thomasius	
BAS	Bayerische Akademie für Suchtfragen	Prof. Dr. Nobert Wodarz	
BDK	Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie	PD Dr. Gerhard Reymann	
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen	Dipl.-Psych. Laszlo Pota	
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland	Prof. Dr. Rainer Thomasius	
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels	Dr. Johannes Klüsener
BUSS	Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe	Dr. Martin Beutel	
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Dr. Greif Sander	
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. Greif Sander	
DBCS	Deutscher Berufsverband der Chefärztinnen und Chefärzte von Suchtfachkliniken	Dr. Klaus Amman	

DEGAM*	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Professor Dr. Gernot Lorenz	Dr. Chaim Jellinek
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	PD Dr. Tim Neumann	Prof. Dr. Claudia Spies
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	Dr. Kristin Hupfer	
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Prof. Dr. Martin Schäfer	
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	Prof. Dr. Frank Louwen	
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie e.V.	Dr. Dirk Wolter	
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislauf-forschung e. V.	Prof. Dr. Helmut Gohlke	
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Rainer Thomasius	
DGNT	Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V.	Prof. Dr. Norbert Thürauf	
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Dr. Dr. Monika Preischl	

DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	PD Dr. Michael Kreuter	
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie	PD Dr. Johannes Lindenmeyer	PD Dr. Gerhard Reymann
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Anil Batra	Prof. Dr. Stephan Mühlig
DGP s	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Prof. Dr. Gerhard Bühringer	
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften	Dr. Andreas Koch	
DG-SAS	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe	Dipl. Sozialpädagogin Ulrike Dickenhorst	Dipl. Sozialpädagogin Nadja Wirth
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung	Prof. Dr. Karl Mann	
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	Prof. Dr. Jens Reimer	Prof. Dr. Ulrich Preuss
DGSPS	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie	Prof. Dr. Michael Klein	Dipl. Psych. Nicolaus Lange, Dipl. Psych. Peter Missel
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	Dr. Heribert Fleischmann	

DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum	Dr. Martina Poetschke-Langer	
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund	Dr. Arthur Güntner	Dr. Köhler
DSF	Deutsche Suchtmedizinische Fachgesellschaft	Dr. Dieter Geyer	
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten	Marina Knuth	Werner Höhl
DVSG	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen	Cornelia Nels	
	Diakonische Selbsthilfe (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche und Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe)	Knut Kiepe	Dipl. Päd. Silvana Scheidemann
FVS	Fachverband Sucht	Dr. Volker Weissinger	Dr. Ralf Schneider
IOGT	Guttempler in Deutschland	Wiebke Schneider	
NSF	Norddeutscher Suchtforschungsverbund	Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke	
ÖGPP**	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Musalek	

ÖGS**	Österreichischen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Prof. Dr. Friedrich Wurst	
SGPP**	Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. Monika Ridinger	
SGS**	Schweizer Gesellschaft für Suchtmedizin	PD Dr. Monika Ridinger	
	Stiftung für Biomedizinische Alkoholforschung	Prof. Dr. Manfred V. Singer	
TÜF	Tübinger Förderverein für abstinente Alkoholranke e.V.	Kurt Mauser	
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte	Dr. Kristin Hupfer	
WAT	Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung	Prof. Dr. Stephan Mühlig	Prof. Dr. Anil Batra

* Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin stimmt folgenden Empfehlungen nicht zu: 3.4.3.9, 3.6.8.3.2, 3.8.3.21, 4.8.1.1, 4.8.1.1.2, 4.8.1.1.4, 4.8.1.5.2. Weitere Informationen sind im Sonderkapitel „Schriftwechsel mit den Fachgesellschaften“ ab Seite 17 (siehe Anlage zu S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen). **Keine Beteiligung an der finalen Konsentierung durch die Fachgesellschaften.

Tabelle 2: Zustimmung durch Verbände und Gesellschaften, die an den Konsensrunden nicht aktiv teilgenommen haben

BVEK	Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V.	Maria Volkmar	
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	Dr. Erika Sirsch	
DVT	Deutscher Fachverband Verhaltenstherapie	Dr. Christoph Kröger	

Jeder Vertreter einer Fachgesellschaft, eines Berufsverbands bzw. einer Organisation hatte im formalen Konsensusverfahren ausschließlich eine Stimme. Die Benennung des Stimmberechtigten erfolgte durch die jeweilige Organisation und die Abgabe der Voten durch die entsandten Repräsentanten. Nach einer ersten Konsensuskonferenz am 7. April 2011 fanden bis Februar 2014 sechs weitere Treffen statt. Alle Mandatsträger erhielten die Leitlinienkapitel, -empfehlungen und Evidenztabelle vorab zugesandt. Während der Konsensuskonferenzen wurden methodische Vorgehensweise und recherchierte Evidenz zu den spezifischen klinischen Fragestellungen von deren Leitern der jeweiligen Arbeitsgruppen präsentiert. Die ausgearbeiteten Behandlungsempfehlungen wurden vorgestellt und mittels „strukturierten Gruppenprozesses“ („nominaler Gruppenprozess“) unter Leitung von Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) diskutiert und abgestimmt.

Autorengruppen: Orientiert an den Fragestellungen der Leitlinie wurde durch die Steuergruppe nach Konsultation der verschiedenen Konsensus-Fachgesellschaften eine Gruppe von ausgewiesener Experten zusammengestellt. Diese Experten übernahmen die Beantwortung der klinischen Fragestellungen. Sie analysierten und bewerteten die Evidenz (Ergebnisse der Primärliteraturrecherchen sowie der systematischen oder unsystematischen Literaturrecherchen). Sie erarbeiteten Schlüsselempfehlungen und Textentwürfe, die mit der Steuergruppe und den Methodikern abgestimmt wurden, bevor sie der Konsensusgruppe vorgelegt und in der Konsensuskonferenz diskutiert und beschlossen wurden. Folgende Experten haben als Autoren in den entsprechenden Leitlinienkapiteln mitgearbeitet (alphabetische Reihenfolge): Dr. Klaus Amann, Dipl. Psych. Julia Arens, Dr. Martin Beutel (Ltg.), Dr. Oliver Bilke-Hentsch, Dr. Gallus Bischof, Prof. Dr. Udo Bonnet, PD Dr. Ralf

Demmel, Dr. Heribert Fleischmann, PD Dr. Jennis Freyer-Adam, Prof. Dr. Wilma Funke, Dr. Dieter Geyer, Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Dr. Arthur Günthner (Ltg.), Dr. Ursula Havemann-Reinecke, Prof. Dr. Derik Hermann, Dr. Eva Hoch, Dr. Bettina Jäpel, Dr. Andreas Koch (Ltg.), Dr. Joachim Köhler, Dr. Georg Kremer, Dipl. Psych. Nikolaus Lange, Prof. Dr. Gerhard Längle, Dr. Bodo Lieb, PD Dr. Johannes Lindenmeyer, Prof. Dr. Karl Mann, Dipl. Psych. Peter Missel (Ltg.), PD Dr. Tim Neumann, Prof. Dr. Ulrich W. Preuss (Ltg.), Dr. Olaf Reis, PD Dr. Gerhard Reymann, PD Dr. Monika Ridinger, PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf (Ltg.), Dr. Peter-Michael Sack, PD Dr. Ingo Schäfer, Prof. Dr. Martin Schäfer (Ltg.), Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Prof. Dr. Manfred V. Singer, Dr. Welf Schröder, Prof. Dr. Michael Soyka, Prof. Dr. Claudia Spies, Dipl. Psych. Julian Stappenbeck, Prof. Dr. Rainer Thomasius (Ltg.), Mag. Natasha Thon, Dr. Clemens Veltrup, Prof. Dr. Irmgard Vogt, PD Dr. Tilmann Weber, Georg Weil, Dr. Volker Weissinger, Dr. Bernd Wessel, Dr. Arnold Wieczorek, Prof. Dr. Klaudia Winkler, Dipl. Soz. Päd. Nadja Wirth, Prof. Dr. Norbert Wodarz (Ltg.), Dr. Dirk Wolter, Prof. Dr. Friedrich M. Wurst (Ltg.).

Redaktionsteam: Nach Abschluss der strukturierten Konsensfindung wurde eine redaktionelle Endüberarbeitung durch ein Redaktionsteam durchgeführt. Dieser Gruppe gehörten an: Prof. Dr. Karl Mann, Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Eva Hoch, PD Dr. Gerhard Reymann, Prof. Dr. Gernot Lorenz.

Endlayout: Angelika Heimann und Dr. Eva Hoch (finanzielle Abgeltung im Rahmen des Leitlinienprozesses) sowie Ingrid Weber (im Rahmen ihrer Tätigkeit als Sekretärin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit).

3. Methodologische Exaktheit

3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Im Entwicklungsprozess der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wurde ein iterativer, hierarchischer Rechercheprozess durchgeführt (AWMF, 2012). Im ersten Schritt wurden Inhalte und Umfang der Leitlinie definiert und für die Versorgung relevante klinische Fragen formuliert und für die Durchführung von Literaturrecherche entsprechend operationalisiert. In einem zweiten Schritt wurde eine systematische Recherche, Zusammenstellung und methodische Prüfung der besten verfügbaren Evidenz aus bereits existierenden nationalen und internationalen Leitlinien gemacht. Nachdem die Suche nach bereits vorhandenen Leitlinien abgeschlossen war und die Ergebnisse bezüglich der Beantwortung bestimmter klinischer Fragen vorlag, schloss sich ein in einem dritten Schritt eine eigene systematische Recherche nach aggregierter Evidenz (systematische Reviews in der Cochrane Drugs and Alcohol Library) an. Diese aktuellen Übersichtsarbeiten lieferten eine gute Zusammenfassung der Literatur. Sie wurden kritisch im Hinblick auf ihre Qualität bewertet. Waren hierdurch die Fragestellungen noch nicht ausreichend beantwortet, erfolgte in einem vierten Schritt die Suche nach Systematischen Reviews, Meta-Analysen und Einzelstudien. Die genaue methodische Vorgehensweise wird im Folgenden beschrieben.

3.1.1 Entwicklung einer Kapitelstruktur und Formulierung von Schlüsselfragen

Im März 2011 erstellten die Koordinatoren, die Steuergruppe und die Methodikerin der S3-Leitlinie „Alkohol“ den Entwurf einer Kapitelstruktur. Dieser Entwurf definierte die Inhalte und den Umfang der zu entwickelnden Arbeit. Er wurde am 7.4.2011 im Rahmen der ersten Konsensuskonferenz diskutiert, abgestimmt und verabschiedet. Anschließend wurden Autorengruppen gebildet, die die sieben Kapitel der Leitlinien ausarbeiten sollten. Expertinnen und Experten wurden benannt und zur Mitarbeit bei dieser Tätigkeit eingeladen. In den Monaten Mai bis Juli 2011 formulierten die neu gebildeten Arbeitsgruppen Schlüsselfragen für die einzelnen Kapitel der Leitlinie. Diese Fragestellungen sollten zum einen eine hohe klinische Relevanz für die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland besitzen, zum anderen auf der internationalen Literatur basieren. Des Weiteren sollte jede klinische Fragestellung mittels des „PICO“-Schema operationalisiert werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Das “Patient, Intervention, Comparison and Outcome (PICO)“-Schema

Patienten	Für welche Patientengruppe oder Population von Patienten interessieren wir uns? Wie kann diese Gruppe am besten beschrieben werden? Welche Untergruppen sollen berücksichtigt werden?
Intervention	Welche Intervention sollte verwendet werden?
Comparison	Mit welcher/welchen Alternative(n) wurde die Intervention verglichen?
Outcome	Was ist wirklich wichtig für den Patienten? Welche Ergebnismaße sollten berücksichtigt werden? Unmittelbare oder kurzfristige Ergebnisse? Mortalität, Morbidität, Behandlungskomplikationen, Rückfallraten, Spätfolgen der Erkrankung, Berufsfähigkeit, körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, allgemeiner Gesundheitsstatus? Etc.

In den Monaten August und September 2011 wurden insgesamt 22 Schlüsselfragen in einem schriftlichen Delphiverfahren (interaktive Umfragemethode mit dem Ziel eines Gruppenkonsenses) von den Mandatsträgern der Fachgesellschaften kommentiert, diskutiert und abgestimmt. Grundlage für die Auswertung der Abstimmung war die AWMF-Konsensregel (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – ständige Kommission Leitlinien, 2012): Starker Konsens $\geq 95\%$ Zustimmung; Konsens: $>75-95\%$ Zustimmung; Mehrheitliche Zustimmung: $>50-75\%$ Zustimmung). Kein Konsens $\leq 50\%$ Zustimmung. Das Delphiverfahren hatte zum Ergebnis, dass alle klinischen Fragen „Konsens“ oder „starken Konsens“ der teilnehmenden Fachgesellschaften fanden. Aufgrund des hohen Ausmaßes an Zustimmung wurden alle Fragestellungen für die Leitlinien übernommen.

Kapitel 2: Screening und Diagnostik von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

- 1.) „Welche Screening-Instrumente sind jeweils am besten geeignet, um mit einer möglichst hohen Sensitivität (chronischer Alkoholkonsum) und Spezifität (akuter Alkoholkonsum, Abstinenz-Kontrolle) in unterschiedlichem klinischem Umfeld (z.B. Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) Alkoholkonsum nachzuweisen?“
- 2.) „Welche alkoholanamnestischen Inhalte, diagnostischen Instrumente oder Verfahren sind notwendig für die Diagnosestellung eines schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsums?“

Kapitel 3: Behandlung von Intoxikation, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch

Kapitel 3.1: Kurzinterventionen

- 1.) „Bei welchen Störungsbildern (riskanter Konsum, Rauschtrinken, Alkoholabhängigkeit) Subgruppen (Gender, Alter, Komorbidität) und Settings (Arbeitsplatz, primärmedizinische Versorgung) ist im kontrollierten Vergleich von einer Wirksamkeit verschiedener Kurzinterventionen auszugehen?“
- 2.) „Für welche Verfahren ist, ebenfalls im kontrollierten Vergleich, eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit belegt?“

Kapitel 3.2: „Körperliche Entgiftung“

- 1.) „Bei welchen Patientengruppen (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) ist die Durchführung einer körperlichen Entgiftung wirksam und indiziert?“
- 2.) „Inwieweit hängt die Effektivität der körperlichen Entgiftung von folgenden Faktoren ab:
 - Behandlungskomponenten
 - Behandlungsort (ambulant, stationär, internistisch, psychiatrisch, Akutklinik, Rehaklinik)
 - Behandlungsdauer?“
- 3.) „Welche Risiken zeigen sich bei einer Behandlung ohne körperliche Entgiftung im Vergleich zu einer Behandlung mit körperlicher Entgiftung?“
- 4.) „Gibt es auch Hinweise auf eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit der körperlichen Entgiftung?“

Kapitel 3.3: „Qualifizierte Entzugsbehandlung“

- 1.) „Welche Wirksamkeit (z.B. Abstinenzrate, Abstinenzzeit, Rückfälle, Vermittlung in Langzeittherapie, stationäre Wiederaufnahme) zeigt eine qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) im kontrollierten Vergleich mit einer körperlichen Entgiftung bei verschiedenen Patientengruppen?“
- 2.) „Welche Wirksamkeit (z.B. langfristige Abstinenz, Trinkmengenreduktion) zeigt eine qualifizierte Entzugsbehandlung im kontrollierten Vergleich mit Langzeittherapien (stationär, ambulant, etc.) bei verschiedenen Patientengruppen?“
- 3.) „Gibt es auch Hinweise auf eine fehlende oder sogar unerwünschte Wirksamkeit der qualifizierten Entzugsbehandlung?“

Kapitel 3.4: „Arzneimittel zur Entzugsbehandlung“

- 1.) „Welche Bedeutung haben psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, bipolare affektive Störung, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, ADHS,

Nikotinabhängigkeit) für das Management einer Alkoholstörung? Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?“

- 2.) „Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) zeigen Arzneimittel im kontrollierten Vergleich, wenn sie bei verschiedenen Patientengruppen (z.B. mit Teilaspekten des Entzuges wie Hypertonus, Tremor, Schlafstörungen, Unruhe / mit speziellen Komplikationen wie Entzugskrampfanfällen, Delir / mit Polytoxikomanie) in verschiedenen Settings (z.B. Intensivmedizin) eingesetzt werden?“

Kapitel 3.5: „Körperliche Komplikationen“

- 1.) „Welche Bedeutung haben körperliche Erkrankungen (z.B. der Leber, Bauchspeicheldrüse) für das Management einer Alkoholstörung?“
- 2.) Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?“

Kapitel 3.6: „Psychische Komorbidität“

- 1.) „Welche Bedeutung haben psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, bipolare affektive Störung, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, ADHS, Essstörungen, Nikotinabhängigkeit, andere Substanzstörungen oder Persönlichkeitsstörungen) für das Management einer Alkoholstörung?“
- 2.) „Soll gleichzeitig oder in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden?“

Kapitel 3.7: „Spezifische Populationen: Kinder und Jugendliche, Frauen und Schwangere, ältere Menschen“

- 1.) „Mit Blick auf Kinder und Jugendliche sowie ältere Personen, Frauen und Schwangere soll untersucht werden, welche Effektivität psychotherapeutische, medikamentöse oder psychosoziale Therapien in Bezug auf langfristige Abstinenz sowie die psychische und somatische Gesundheit im Vergleich zu Kontrollbedingungen haben. Welche differenziellen Indikationen bestehen für die Zielgruppe?“

Kapitel 3.8: „Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung“

- 1.) „Welche Wirksamkeit (positive, fehlende, unerwünschte) weisen postakute Interventionsformen im kontrollierten Vergleich bei der Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf? Von welchen der folgenden Bedingungen ist die Wirksamkeit abhängig?
 - Patientengruppen (z.B. Co- und Multimorbidität, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund)
 - Setting (ambulant, ganztägig ambulant, stationär)
 - Behandlungsdauer

- Interventionskomponenten
- 2.) „Welche Ergebnismaße (z.B. Abstinenz, Konsumreduktion, Rückfallraten, Mortalität, berufliche (Re-)Integration, Lebenszufriedenheit) sollen berücksichtigt werden?“

Kapitel 4: „Versorgungsorganisation“

Für dieses narrative Kapitel wurde keine klinische Fragestellung formuliert.

3.1.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Entsprechend der internationalen Bemühungen zur Kooperation und Arbeitsteilung im Bereich der Leitlinien-Entwicklung (ADAPTE 2007) schlugen die Koordinatoren der Steuergruppe die Verwendung von bereits existierenden Leitlinien als primäre Evidenzgrundlage vor. Der systematische Prozess der Leitlinien-Adaptation stellt dabei eine Alternative zur „de-novo“ Literaturrecherche dar. Die Evidenz kann aus bereits existierenden Leitlinien übernommen werden, wenn diese systematisch recherchiert, ausgewählt und methodisch bewertet wurde und der Leitlinienentwicklungsprozess transparent dargestellt ist. Die Behandlungsempfehlungen, ihr Evidenzgrad und die Empfehlungsstärke können für die Leitlinie übernommen und an die spezifischen Bedürfnisse und Bedingungen eines Landes angepasst werden (ADAPTE 2007) Die Steuergruppe stimmte diesem Vorgehen zu. Einschlusskriterien für nationale und internationale Leitlinien für die zu entwickelnde Arbeit sollten dabei die beiden Merkmale der hohen methodischen Qualität und der gesundheitspolitischen Relevanz sein. Von Oktober 2010 bis März 2011 führte die Methodikerin eine erste Recherche nach existierenden, aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien durch.

Suchstrategie nationaler Leitlinien

- Durchführung: Dr. Eva Hoch
- Zeitraum: Oktober und November 2010
- Publikationszeitraum: Seit 2000 (letzte 10 Jahre)
- Sprache: deutsch
- Suchbegriffe: „Alkohol“, „Leitlinie“
- Publikationstyp: Leitlinien
- Datenbanken
 - www.awmf-leitlinien.de (AWMF)
 - www.leitlinien.de (ÄZQ)
 - www.versorgungsleitlinie.de (BÄK, KBV, AWMF)

Ergebnis: Es wurden sechs AWMF-Leitlinien und zwei Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung gefunden. Es fand jedoch keine methodische Bewertung dieser Arbeiten mittels des Deutschen Handbuchs zur Leitlinien-Bewertung (DELBI) (AWMF & ÄZQ, 2008) statt. Sie wurden - unabhängig von ihrer Qualität - als für das deutsche Versorgungssystem „gesundheitspolitisch relevant“ eingestuft und zur weiteren Verwendung bei der Leitlinienentwicklung zugelassen.

- AWMF- S2 Leitlinie „Aggressives Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie - Therapeutische Maßnahmen“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 038/022); DGPPN; gültig bis 2014. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- AWMF - S2 Leitlinie „Postakutbehandlung Alkoholbezogener Störungen“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009); DG-Sucht & DGPPN; gültig bis 2011. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- AWMF - S1 Leitlinie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/002); DG für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, gültig bis 2011. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- AWMF - S2 Leitlinie „Alkoholdelir“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/006); DG für Neurologie; gültig bis 2010. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- AWMF - S2 Leitlinie „Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/003); DG-Sucht & DGPPN; gültig bis 2004. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- AWMF - S2 Leitlinie „Akutbehandlung Alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/001); DG-Sucht & DGPPN; gültig bis 2003. *(keine Bewertung mit DELBI)*
- Leitlinie zur Sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (Deutsche Rentenversicherung, 2010). *(keine Bewertung mit DELBI)*
- „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ – Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung, 2011). *(keine Bewertung mit DELBI)*.

Suchstrategie internationaler Leitlinien

- Durchführung: Dr. Eva Hoch
- Zeitraum: November 2010 – März 2011
- Publikationszeitraum: 2006 – 2011 (letzte 5 Jahre)
- Sprache: Englisch
- Suchbegriffe: „Substance*“, „Substance-related disorders“, „Alcohol“, „Alcohol-related disorders“
- Publikationstyp: Guideline

- Datenbanken
 - <http://www.nice.org.uk> (Total: 29; Treffer: 2; Ausgewählt: 2)
 - <http://www.bhrm.org/guidelines/guidelines.htm> (Total: 10; Treffer: 2, Ausgewählt: 0)
 - http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/health_guidelines.htm (Total: 70, Treffer: 1, Ausgewählt: 1)
 - www.g.i.n.net (Total: 7349; Treffer: 8; Ausgewählt; 4)
 - www.guideline.gov (Guidelines: 86; Treffer: 24; Ausgewählt: 11)

Gesamtergebnis: Die Recherche ergab insgesamt 37 Treffer. Davon wurden 14 internationale Behandlungsleitlinien zum Thema Alkohol ausgewählt. Diese Leitlinien wurden methodisch mittels der Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung“ (Tabelle 4) des Deutschen Handbuchs für Leitlinienbewertung (DELBI) (AWMF & ÄZQ, 2008) bewertet.

Tabelle 4: DELBI-Domäne 3 „Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung

Kriterien zur Bewertung der Quell-Leitlinien
Systematische Anwendung von Methoden bei Evidenzsuche
Auswahlkriterien für Evidenz klar beschrieben
Formulierung der für Empfehlungen verwendeten Methoden klar beschrieben
Nutzen, Nebenwirkungen & Risiken berücksichtigt
Verbindung von Empfehlung und Evidenz
Externe Begutachtung
Verfahren zur Aktualisierung der LL angegeben

Folgende internationale Leitlinien wurden im Rahmen der Recherche ausgewählt und methodisch bewertet:

- Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115), UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2011. (*DELBI-Wert: 0,9*)
- Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (CG100), UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010. (*DELBI-Wert: 0,9*)

- Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (PH 24), UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010. (*DELBI-Wert: 0,8*)
- Alcohol use and pregnancy consensus clinical guideline, Canada, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada - Medical Specialty Society, 2010. (*DELBI-Wert: 0,5*)
- Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol, Australia, National Health and Medical Research Council, 2009. (*DELBI-Wert: 1,0*)
- VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD), USA, Department of Defense, Federal Government Agency, Department of Veterans Affairs; Veterans Health Administration, 2009. (*DELBI-Wert: 1,0*)
- Care of the hospitalized HIV-infected substance users, USA, New York State Department of Health – State/Local Government Agency, 2009. (*DELBI-Wert: 0,3*)
- Incorporating alcohol pharmacotherapies into medical practice. USA, Department of Health and Human Services, 2009. (*DELBI-Wert: 0,6*)
- Medical care of HIV-infected substance-using women, USA, New York State Department of Health, 2005 (revised 2009). (*DELBI-Wert: 0,3*)
- Clinical management of alcohol use and abuse in HIV-infected patients, USA, New York State Department of Health, 2008. (*DELBI-Wert: 0,3*)
- Preventive services for adults, USA, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 1996 (revised 2007, revised 2010). (*DELBI-Wert: 0,6*)
- Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving, USA, U.S. Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2007). (*DELBI-Wert: 0,9*)
- Treatment of Patients with Substance Use Disorders. USA, American Psychiatric Association, 2006. (*DELBI-Wert: 0,9*)
- Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment, USA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S.) - Federal Government Agency, 2006. (*DELBI-Wert: 0,3*)

Neun dieser internationalen Leitlinien wurden als „methodisch hochwertig“ eingestuft und für die Leitlinienentwicklung verwendet, da sie einen DELBI-Domänenwert von $\geq 0,6$ erzielten. Aus diesen Leitlinien konnte entsprechend des ADAPTE-Prozesses (ADAPTE, 2007) die exakte Formulierung einer Behandlungsempfehlung, ihr Empfehlungsgrad und ihre Empfehlungsstärke übernommen werden. Die acht nationalen Leitlinien wurden als „gesundheitspolitisch relevant“ eingestuft und für die weitere Leitlinien-Arbeit berücksichtigt. Es fand jedoch keine methodische Bewertung mittels DELBI statt. Die ausgewählten

nationalen und internationalen Leitlinien stellten die Grundlage für die so genannte Leitlinien-Synopse durch die Autorengruppen dar. Für jede klinische Frage wurde geprüft, inwieweit die Ergebnisse der internationalen und nationalen aggregierten Evidenz für die klinischen Schlüsselfragen der S3-Leitlinie „Alkohol“ übernommen oder adaptiert werden konnten. Dabei wurden insbesondere folgende Aspekte geprüft: Welche der Quell-Leitlinien adressieren die klinischen Fragen? Inwieweit können die Quell-Leitlinien die klinischen Fragen bereits beantworten? Welche Empfehlungen wurden getroffen? Wie stark ist der Evidenzgrad für diese Empfehlungen? Die Ergebnisse wurden der Leitlinien-Synopse zusammengefasst und dargestellt (Anlage: Tabellenband).

3.1.3 Systematische de-novo Literaturrecherche, Auswahl und Bewertung der Evidenz

Für alle klinischen Fragestellungen, die sich nicht zufriedenstellend im Rahmen der Leitlinien-Synopse beantworten ließen, wurde von der Steuergruppe die Durchführung einer systematischen, hierarchischen de-novo-Literaturrecherche als notwendig erachtet, wenn die klinische Fragestellung eine hohe gesundheitspolitische Relevanz hat und/oder neue Erkenntnisse durch eine de-novo Recherche erwartet werden können. Die systematische Literaturrecherche sollte folgende Schritte beinhalten:

1. Recherche und Bewertung systematischer Reviews in der Cochrane Alcohol and Drugs Library
2. Recherche und Bewertung von systematischen Reviews, Metaanalysen, randomisiert-kontrollierten Studien in PubMed

Für alle anderen klinischen Fragen sollen Empfehlungen auf der Basis einer sorgfältigen Literaturlaufbereitung ohne de-novo-Recherche abgeleitet und im Rahmen einer Expertenbasierten Diskussion in der Konsensuskonferenz abgestimmt werden. Zur Vorbereitung der hierarchischen Literaturrecherche wurde die klinische Fragestellung suchtauglich „verschlagwortet“. Dazu wurden die international gebräuchlichen „Medical Subheadings (MeSH) verwendet (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

3.1.3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung Systematischer Reviews in der „Cochrane Alcohol and Drugs Library“

Im Rahmen der systematischen de-novo Literaturrecherche wurde eine Recherche nach Systematischen Reviews in der Cochrane Alcohol and Drugs Library durchgeführt.

Suchstrategie für systematische Reviews zum Thema „Alkohol“

- Durchführung: Dr. Eva Hoch
- Zeitpunkt: 17.10.2011

- Datenbank: Cochrane Library
- Publikationszeitraum: keine Limitation
- Sprache: Englisch
- Suchbegriff: “Alcohol”

Ergebnisse: 54 Dateien wurden als im weitesten Sinne relevant erachtet: 17 Protocols (reviews in progress) und 27 Reviews. Von den 27 Reviews wurden 24 verwendet, drei Reviews zum Thema Prävention wurden ausgeschlossen.

Folgende systematische Reviews wurden von der Methodikerin ausgewählt:

- Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol dependence (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Acamprosate for alcohol dependence (*Evidenzgrad: 1a*)
- Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (*Evidenzgrad: 4*)
- Alcohol ignition interlock programs for reducing drink driving recidivism (*Evidenzgrad: 1b-*)
- Anticonvulsants for alcohol withdrawal (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Baclofen for alcohol withdrawal (*Evidenzgrad: 1b*)
- Benzodiazepines for alcohol withdrawal (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Brief alcohol interventions in primary care populations (*Evidenzgrad: 1a*)
- Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards (*Evidenzgrad: 1a*)
- Case management for persons with substance use disorders (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Colchicine for alcoholic and non-alcoholic liver fibrosis and cirrhosis (*Evidenzgrad: 1a*)
- Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses (*Evidenzgrad: 1a*)
- Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Motivational interviewing for substance abuse (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Milk thistle for alcoholic and/or hepatitis B or C virus liver diseases (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Opioid antagonists for alcohol dependence (*Evidenzgrad: 1a*)
- Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy (*Evidenzgrad: n.a.*)
- Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome (*Evidenzgrad: 1a*)

- S-adenosyl-L-methionine for alcoholic liver diseases (*Evidenzgrad: 1a-)*
- Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students (*Evidenzgrad: 1a-*)
- Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse (*Evidenzgrad: 1b-*)

Alle Arbeiten wurden mittels der Checkliste für systematische Reviews des „Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)“ hinsichtlich ihrer internen Validität bewertet (Abbildung 1). Anschließend wurde für jedes Systematische Review ein Evidenzgrad nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009) vergeben (Tabelle 5) und eine Evidenztabelle erstellt (Anlage: Tabellenband).

Abbildung 1: Methodische Checkliste von SIGN (2004)


		Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses	
SIGN			
Study identification (Include author, title, year of publication, journal title, pages)			
Guideline topic:		Key Question No:	
Before completing this checklist, consider:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Is the paper a systematic review or meta-analysis? IF NO REJECT (give reason below). IF <u>YES</u> CONTINUE. 2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF <u>YES</u> complete the checklist. 			
Reason for rejection: 1. Paper not a systematic review/meta-analysis <input type="checkbox"/> 2. Paper not relevant to key question <input type="checkbox"/>			
3. Other reason <input type="checkbox"/> (please specify):			
Checklist completed by:			
SECTION 1: INTERNAL VALIDITY			
<i>In a well conducted systematic review</i>		<i>In this study this criterion is::</i>	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Well covered Adequately addressed Poorly addressed	Not addressed Not reported Not applicable
1.2	A description of the methodology used is included.	Well covered Adequately addressed Poorly addressed	Not addressed Not reported Not applicable
1.3	The literature search is sufficiently rigorous to identify all the relevant studies.	Well covered Adequately addressed Poorly addressed	Not addressed Not reported Not applicable
1.4	Study quality is assessed and taken into account.	Well covered Adequately addressed Poorly addressed	Not addressed Not reported Not applicable
1.5	There are enough similarities between the studies selected to make combining them reasonable.	Well covered Adequately addressed Poorly addressed	Not addressed Not reported Not applicable
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	How well was the study done to minimise bias? Code ++, +, or -		
2.2	Notes. Summarise the authors conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question.		
	<i>Level of Evidence</i>		

Tabelle 5: Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (2009)

Level	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis/symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with <u>homogeneity*</u>) of RCTs	SR (with <u>homogeneity*</u>) of inception cohort studies; <u>CDR†</u> validated in different populations	SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level 1 diagnostic studies; <u>CDR†</u> with 1b studies from different clinical centres	SR (with <u>homogeneity*</u>) of prospective cohort studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow <u>Confidence Interval‡</u>)	Individual inception cohort study with \geq 80% follow-up; <u>CDR†</u> validated in a single population	Validating** cohort study with <u>good†††</u> reference standards; or <u>CDR†</u> tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up****	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	<u>All or none§</u>	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts††	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses ††††
2a	SR (with <u>homogeneity*</u>) of cohort studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level >2 diagnostic studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of 2b and better studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of <u>CDR†</u> or validated on split-sample§§§ only	Exploratory** cohort study with <u>good†††</u> reference standards; <u>CDR†</u> after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with <u>homogeneity*</u>) of case-control studies		SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies	SR (with <u>homogeneity*</u>) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.
4	Case-series (and <u>poor quality cohort and case-control studies§§</u>)	Case-series (and <u>poor quality prognostic cohort studies***</u>)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles"

Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated by Jeremy Howick March 2009.

Users can add a minus-sign "-" to denote the level of that fails to provide a conclusive answer because of:

- EITHER a single result with a wide Confidence Interval (such that, for example, an ARR in an RCT is not statistically significant but whose confidence intervals fail to exclude clinically important benefit or harm)
- OR a Systematic Review with troublesome (and statistically significant) heterogeneity.
- Such evidence is inconclusive, and therefore can only generate Grade D recommendations.

*	By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.
†	Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems which lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)
‡	See note #2 for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.
§	Met when <u>all</u> patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but <u>none</u> now die on it.
§§	By poor quality <u>cohort</u> study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality <u>case-control</u> study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.
§§§	Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.
††	An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose <u>Specificity</u> is so high that a <u>Positive</u> result <u>rules-in</u> the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose <u>Sensitivity</u> is so high that a <u>Negative</u> result <u>rules-out</u> the diagnosis.
‡‡	Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.
†††	<u>Good</u> reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. <u>Poor</u> reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.
††††	Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.
**	Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.
***	By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.
****	Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (eg 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

3.1.3.2 Recherche, Auswahl und Bewertung von systematischen Reviews, Metaanalysen, randomisiert-kontrollierten Studien in PubMed

Im Rahmen der systematischen de-novo Literaturrecherche wurden weitere Recherchen nach Systematischen Reviews, Meta-Analysen und randomisiert kontrollierten Studien in PubMed durchgeführt. Neben der Festlegung der Datenbank wurden Suchbegriffe (Medical Subheadings, MeSH), Recherchezeitraum und Limitationen für die Suche klar definiert. Die Suchstrategie wurde von den Arbeitsgruppen mit der Steuergruppe und den Methodikern abgestimmt, um sicherzugehen, dass alle relevanten Suchbegriffe berücksichtigt wurden.

Vorgaben für die Literatursuche in Kapitel 2: „Diagnose und Screening“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studytype: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie: (((Human AND (Alcohol OR ethanol)) AND ((CDT OR carbohydrate-deficient transferrin OR PEth ORphosphatidylethanol OR MCV OR mean corpuscular volume ORGamma-glutamyltransferase OR gamma-glutamyl transpeptidase OR glutamyltransferase OR GGT OR GGTP OR gamma-GT OR EC OR GT OR Glutamyltranspeptidase OR GTP OR Aspartate AND (transaminase OR aminotransferase) OR AST OR AspAT OR ASAT OR AAT OR GOT OR (glutamic oxaloacetic transaminase) OR SGOT OR EC OR (Alanine AND (transaminase OR aminotransferase)) OR ALT Or ALAT OR GPT OR (glutamic pyruvic transaminase) OR SGPT OR EC OR Alanin-Aminotransferase OR GPT OR Metabolit* OR Ethyl glucuronide OR EtG OR Ethylglucuronide OR Ethyl sulfate OR EtS OR Ethylsulfate OR Ethyl phosphate OR EtP OR Ethylphosphate OR ((Urine OR breath OR blood) AND (alcohol OR ethanol) AND (concentration or level OR content)) OR BrAC OR BAC OR UAC OR (Hair AND Analysis*) OR FAEE OR (fatty acid ethyl ester*) OR (Meconium AND Alcohol) OR UAC OR (sweat AND alcohol)) AND (screen* OR diagnostic OR diagnosis OR diagnose)))

Ergebnis: 1869 Studien; vorselektiert 107 und methodisch bewertet 86

Kapitel 3.1: „Kurzintervention“

- Durchführung: Institut für Lungenforschung GmbH
- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Study type: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie 1.1: (Alcohol dependence OR alcoholism OR alcohol dependent*) AND (Brief intervention OR Early intervention OR motivational intervention OR computerized intervention OR feedback OR self-help manual OR brochure OR pamphlet OR bibliotherapy OR advice OR motivational interviewing OR counseling OR counselling OR tailored intervention OR individualised information OR individualized information) AND (effectiveness OR efficacy OR treatment as usual OR control* OR untreated OR cost-effectiveness) AND (drinking reduction OR abstinence OR treatment OR relapse OR mortality OR morbidity OR problem free OR low-risk drinking OR moderate drinking OR alcohol-related problems OR alcohol-related consequences OR alcohol consumption OR alcohol use).

Suchstrategie 1.2: severity AND alcohol AND (Brief intervention OR Early intervention OR motivational intervention OR computerized intervention OR feedback OR self-help manual OR brochure OR pamphlet OR bibliotherapy OR advice OR motivational interviewing OR counseling OR counselling OR tailored intervention OR individualised information OR individualized information) AND (effectiveness OR efficacy OR treatment as usual OR control* OR untreated OR cost-effectiveness) AND (drinking reduction OR abstinence OR treatment OR relapse OR mortality OR morbidity OR problem free OR low-risk drinking OR moderate drinking OR alcohol-related problems OR alcohol-related consequences OR alcohol consumption OR alcohol use)

Ergebnis: 173 Studien, 17 vorselegiert und 14 bewertet.

Suchstrategie 2: (Binge-drink* OR heavy episodic drink* OR heavy occasional drink* OR excessive drink* OR single occasional risky drink*) AND (Brief intervention OR Early intervention OR motivational intervention OR computerized intervention OR feedback OR self-help manual OR brochure OR pamphlet OR bibliotherapy OR advice OR motivational interviewing OR counseling OR counselling OR tailored intervention OR individualised information OR individualized information OR prevention) AND (effectiveness OR efficacy OR treatment as usual OR control OR untreated OR cost-effectiveness) AND (drinking reduction OR problem free OR low-risk drinking OR moderate drinking OR alcohol-related problems OR alcohol-related consequences OR alcohol consumption OR alcohol use OR drinking frequency OR mortality OR morbidity OR performance OR risky behavior OR accidents OR emergency)

Ergebnis: 57 Studien, 24 vorselegiert und 23 bewertet.

Kapitel 3.2 und 3.3: „Entgiftung und qualifizierter Entzug“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: keine Limitation
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+

- Studytype: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields
- Suchstrategie: alcohol withdrawal OR alcohol detoxification OR qualified detoxification AND treatment AND compliance OR community reinforcement OR adherence OR motivational enhancement OR motivation OR psychosocial treatment

Ergebnis: 29 Studien, vorselektiert 25, 4 bewertet und 1 verwendet.

Kapitel 3.4: „Pharmakotherapie“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studytype: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie 1: alcohol withdrawal and treatment and clinical trial and outcome AND benzodiazepines OR clomethiazole OR carbamazepine OR oxcarbazepine OR valproate OR tiagabine OR topiramate OR clonidine OR baclofen OR tiapride, Alcohol Withdrawal Delirium and treatment and clinical trial, Alcohol Withdrawal Seizures and treatment and clinical trial

Ergebnis: 99 Studien, vorselektiert 70 und 24 bewertet.

Kapitel 3.6 „Psychische Komorbidität“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studientyp: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie 1:

- 1.) Alcohol dependence AND schizophrenia AND (treatment OR therapy OR outcome OR antipsychotics OR atypical antipsychotics OR second generation antipsychotics OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR psychotic symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 2.) Alcohol dependence AND depression AND (treatment OR therapy OR outcome OR antidepressants OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)

- 3.) Alcohol dependence AND anxiety disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 4.) Alcohol dependence AND posttraumatic stress disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 5.) Alcohol dependence AND post-traumatic stress disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 6.) Alcohol dependence AND post-traumatic stress-disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 7.) Alcohol dependence AND post-traumatic stress disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 8.) Alcohol dependence AND attention deficit hyperactivity disorder AND (outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 9.) Alcohol dependence AND attention deficit/hyperactivity disorder AND (outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 10.) Alcohol dependence AND attention-deficit/hyperactivity disorder AND (outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 11.) Alcohol dependence AND attention-deficit hyperactivity disorder AND (outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)
- 12.) Alcohol dependence AND eating disorder AND (treatment OR therapy OR outcome OR drug treatment OR sequential treatment OR integrated treatment OR prognosis OR symptoms OR drinking days OR heavy drinking OR relapse OR treatment drop-out)

Ergebnis: 153 Studien, vorselektiert 92, bewertet 61, verwendet 55

Suchstrategie 2:

- 1.) Alcoholism AND smoking,
- 2.) Alcoholism AND smoking AND treatment,
- 3.) Alcoholism/therapy AND smoking AND treatment,
- 4.) (Alcoholism OR Alcoholism/therapy) AND smoking cessation,
- 5.) Alcoholism AND smoking cessation AND (treatment OR therapy),
- 6.) Alcoholism AND tobacco use disorder,
- 7.) Alcoholism AND tobacco use disorder AND (treatment OR smoking cessation),
- 8.) Alcoholism AND tobacco use disorder AND smoking cessation AND (treatment OR therapy),
- 9.) Alcoholism AND nicotine dependence,
- 10.) Alcoholism AND nicotine dependence AND (treatment OR smoking cessation),
- 11.) Alcoholism AND nicotine dependence AND smoking cessation AND treatment,
- 12.) Alcohol-related disorders AND (smoking OR smoking cessation),
(Alcohol-related disorders OR alcohol-related disorders/therapy) AND smoking AND treatment,
- 13.) Alcohol-related disorders AND smoking cessation AND (treatment OR therapy),
- 14.) Alcohol-related disorders/therapy AND smoking cessation,
- 15.) Alcohol-related disorders AND tobacco use disorder,
- 16.) Alcohol-related disorders AND tobacco use disorder AND (treatment OR smoking cessation),
- 17.) Alcohol-related disorders AND tobacco use disorder AND smoking cessation AND (treatment OR therapy),
- 18.) Alcohol-related disorders AND nicotine dependence,
- 19.) Alcohol-related disorders AND nicotine dependence AND (treatment OR smoking cessation),
- 20.) Alcohol-related disorders AND nicotine dependence AND smoking cessation AND treatment,
- 21.) Alcohol dependence AND smoking,
- 22.) (Alcohol dependence OR Alcohol dependence/therapy) AND smoking AND treatment,
- 23.) (Alcohol dependence OR Alcohol dependence/treatment OR Alcohol dependence/therapy) AND smoking cessation),
- 24.) Alcohol dependence AND smoking cessation AND (treatment OR therapy),
- 25.) Alcohol dependence AND tobacco use disorder,
- 26.) Alcohol dependence AND tobacco use disorder AND (treatment OR smoking cessation)

Ergebnis: 114 Studien, vorselektiert 79, bewertet 35, verwendet 7

Kapitel 3.7 „Spezifische Populationen: Kinder und Jugendliche

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studientyp: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie:

(children OR child OR adolescence OR adolescents OR teenagers OR teens OR youth OR minors) AND (alcohol-induced disorders OR alcohol drinking OR alcohol abuse OR alcoholism OR alcohol problems) AND (psychotherapy OR psychosocial therapy OR pharmacotherapy OR pharmacologic therapy OR drug therapy OR treatment OR therapeutics OR therapy OR psychotherapeutic intervention)

Ergebnis: 568 Studien, vorselektiert 105, bewertet und verwendet 23.

Kapitel 3.7 „Spezifische Populationen: Frauen und Schwangere“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studientyp: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie:

- 1.) Psychosocial treatment AND (women OR pregnant women) AND (alcohol OR drinking problems OR alcoholism)
- 2.) Community mental health services AND (women OR pregnant women) AND (alcohol OR drinking problems OR alcoholism)
- 3.) Assertive community treatment AND (women OR pregnant women) AND (alcohol OR drinking problems OR alcoholism)
- 4.) (Heavy drinking OR drinking behavior OR alcohol dependence OR alcohol consumption OR Substance-Related Disorder) AND (women OR pregnant women) AND (psychotherapy OR psychosocial therapy OR intervention OR Behavior Therapy)
- 5.) (Heavy drinking OR alcohol dependence OR Substance-Related Disorder) AND (women OR pregnant women) AND (anxiety disorder OR depression OR PTSD) AND (psychotherapy OR psychosocial therapy OR intervention)
- 6.) (Heavy drinking OR alcohol dependence OR alcohol drinking) AND (female OR women OR pregnant women) AND (family therapy OR couples therapy OR couple behavioral)

- 7.) (Heavy drinking OR alcohol dependence OR Substance-Related Disorders) AND (women OR pregnant women) AND (HIV prevention)
- 8.) (Heavy drinking OR alcohol dependence) AND (women OR pregnant women) AND (self-help treatment)
- 9.) (Heavy drinking OR alcohol dependence OR Substance-Related Disorders OR Substance-abusing) AND (women OR pregnant women) AND (Sex Factors OR mixed-gender)
- 10.) (Heavy drinking OR alcohol dependence) AND (women OR pregnant women) AND (home visits)
- 11.) (Heavy drinking OR alcohol dependence OR Substance-Related Disorders OR Substance-abusing OR substance abuse) AND (women OR pregnant women) AND (interventions to reduce drinking OR abstention OR integrated treatment programs)

Ergebnis: 568 Studien, vorselegiert 105, bewertet 18, verwendet 4.

Kapitel 3.7 „Spezifische Populationen: Ältere Menschen“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 65+
- Studientyp: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Fields = All Fields

Suchstrategie:

„Old OR aged OR old age OR older OR elder OR senior over 65 AND alcohol-induced disorders OR alcohol drinking OR alcohol abuse OR alcoholism OR alcohol problems AND psychotherapy OR psychosocial therapy OR pharmacotherapy OR pharmacologic therapy OR drug therapy OR treatment OR therapeutics OR therapy OR psychotherapeutic intervention AND meta-analysis OR systematic review OR review“

Ergebnisse: 256 Studien, vorselegiert 247, bewertet 9, verwendet 7.

Kapitel 3.8 „Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung“

- Literatursuche: in PubMed
- Zeitraum: 19.06.2005 - 19.06.2012
- Limitationen: Only Human, Only English and German, Only age 19+
- Studytype: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews
- Search Field = All Fields

Suchstrategie 1:

- 1.) Effects AND post-acute AND treatment OR therapy AND alcohol dependence OR alcoholism
- 2.) Efficacy AND inpatient OR hospitalization AND treatment AND alcohol dependence
- 3.) Ambulant AND treatment OR therapy AND alcohol dependence OR alcoholism
- 4.) Full-time AND treatment OR therapy AND alcoholism

Suchstrategie 2:

- 1.) Moderating AND effects AND age AND alcohol dependence OR alcoholism AND therapy
- 2.) Effects AND alcoholism AND therapy AND moderate AND gender
- 3.) Comorbidity AND moderate AND effects AND alcoholism AND treatment
- 4.) Socioeconomic status AND moderate AND effects AND alcoholism AND treatment
- 5.) Migration AND background AND alcoholism AND treatment
- 6.) Duration of treatment AND effects AND alcoholism AND therapy
- 7.) Pre-treatment AND effects AND alcoholism AND therapy

Suchstrategie 3

- 1.) Quality of life AND outcome measure AND alcoholism AND treatment
- 2.) Life satisfaction AND outcome measure AND alcoholism AND treatment
- 3.) Abstinence AND outcome measure AND inpatient AND alcoholism AND therapy
- 4.) Rates of relapse AND inpatient AND alcoholism AND therapy
- 5.) Mortality AND outcome measure AND inpatient AND alcoholism AND therapy
- 6.) Reduced alcohol consumption AND outcome measure AND inpatient AND alcoholism AND therapy

Ergebnis: 168 Studien, vorselektiert 168, bewertet 64, verwendet 34

Alle Systematischen Reviews, Meta-Analysen und Originalarbeiten (randomisiert-kontrollierte Studien) wurden von den Arbeitsgruppen mithilfe a priori festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien durchgesehen. Die inhaltlich für die Leitlinie relevanten Arbeiten wurden herausgefiltert. Diese Selektion erfolgte strukturiert in zwei Schritten, a.) der Vorselektion nach Titel und Abstract und b.) der Bewertung des Volltextes durch jeweils zwei unabhängige, methodisch erfahrene Experten. In Anlehnung an die Kriterien des „Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)“ wurden elektronisch im „Scientific Guideline Manager“ 14 Kriterien zum Design, der Durchführung und Auswertung der Studien sowie

klinische Aspekte der Studienqualität mittels einer Checkliste geprüft (siehe Abbildung 2). Abschließend wurde erneut für jede Originalarbeit ein Evidenzgrad vergeben (nach Oxford Centre of Evidence Based Medicine, Tabelle 5). Der Evidenzgrad orientierte sich dabei wieder am Typus der Studie und ihrer methodischen Qualität. Mittels Evidenztabelle wurden Studientyp, -qualität, Patientenzahl und –merkmale, Interventionen, Vergleichsgruppen, Länge des Nachbefragungszeitraums, Ergebnismaße und Effektstärken, Finanzierung und sonstige Informationen aller berücksichtigten Studien dargestellt. Dies dient der Transparenz, der besseren Einschätzung und Nachvollziehbarkeit der Datenlage zu einer klinischen Fragestellung bzw. einem Themenbereich. Die Evidenztabelle wurden nach NICE (2009) erstellt und sind im Tabellenband dieses Berichts zu finden.

Abbildung 2: Checkliste zur Bewertung der internen und externen Validität

Erhebungsbogen Therapeutische Studien

1. Wurde eine Randomisierung durchgeführt?
2. Wurde die Durchführung der Randomisierung beschrieben?
3. Wurde ein Verblindung durchgeführt?
4. Wurde ein prospektives Design verwendet?
5. Wurde die Studienpopulation durch Einschluss-/Ausschlusskriterien eindeutig definiert?
6. Gab es mehr als 10% Withdrawals?
7. Wurde die ‚Intent-to-treat‘ Regel angewendet?
8. Wurde die Studie vorzeitig beendet?
9. Erfolgte eine Fallzahlberechnung?
10. Wurden definierte und adäquate Endpunkte verwendet?
11. War die Begleit-Therapie/Untersuchung standardisiert?
12. Waren die Basisvariablen und Risikofaktoren gleich verteilt?
13. Wurden Nebenwirkungen dokumentiert?
14. Rechtfertigen die Ergebnisse die Schlussfolgerungen?
15. Kommentare

Evidenzgrad:

Fazit: Akzeptieren Ablehnen

Outcome-Parameter

Die Interessen, Wünsche, Werte und Haltungen von Betroffenen und Angehörigen in die Leitlinie aufzunehmen, war ein wichtiges Anliegen im Entwicklungsprozess. Aus diesem Grund wurden die Betroffenen- und Angehörigenvertreter gebeten, mittels eines strukturierten Fragebogens anzugeben, welche Ziele einer Behandlung sie für wichtig halten. Insgesamt 25 verschiedene Ergebnismaße waren von der Steuergruppe erarbeitet worden. Diese Items konnten auf einer 5-stufigen Likert-Skala eingeschätzt werden („1“ relevant – „5“ nicht relevant). Am wichtigsten wurde dabei eingeschätzt: Teilhabe am sozialen Leben, subjektive Lebenszufriedenheit und Erhöhung der Veränderungsmotivation. Diese Priorisierung der Ergebnismaße wurde den Arbeitsgruppen und der Konsensusgruppe zur Verfügung gestellt. Sie wurde bei der Formulierung und Konsentierung der Behandlungsempfehlungen berücksichtigt.

3.1.3.3 Verwendung nicht-systematisch recherchierter Literatur

Für einige klinische Fragestellungen, die nicht durch Quell-Leitlinien und Systematische Reviews der Cochrane Alcohol and Drugs Library beantwortet werden konnten, wurden keine systematischen de-novo Literaturrecherchen in PubMed durchgeführt. Bei Fragestellungen, für die a priori kein neuer Erkenntnisgewinn aus einer systematischen Recherche erwartet wurde (z.B. weil zu dieser Thematik generell wenige Studien vorliegen oder in den letzten Jahren wenig dazu geforscht wurde), sollten Systematische Reviews, Meta-Analysen und randomisiert-kontrollierte Studien aus selektiven Literaturrecherchen verwendet werden. In der klinischen Fragestellung zur Entwöhnung und anderen postakuten Behandlungsformen (Kapitel 3.8) wurden darüber hinaus noch Katamnesestudien zugelassen. Diese Arbeiten wurden nicht methodisch bewertet. Sie erhielten keinen Evidenzgrad und es wurden auch keine Evidenztabelle erstellt. Für Schlüsselempfehlungen, die auf dieser selektiven Literaturrecherche basieren, wurden Klinische Konsenspunkte (KKP) vergeben (siehe 3.1.4 Bewertung der Evidenz).

3.1.4 Bewertung der Evidenz

Nicht nur für einzelne Studien, sondern auch für jede Empfehlung und jeden Outcome-Parameter, wurde in der Zusammenschau der Systematischen Reviews, Meta-Analysen und RCTs die zutreffende Evidenzebene bestimmt. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. der S3-Leitlinie „Depression“ (Tabelle 6). Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte

durch die Formulierung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Symbole „A“, „B“ und „O“ ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde.

Tabelle 6: Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL)

A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	„Kann“-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertengruppen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP*	„Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

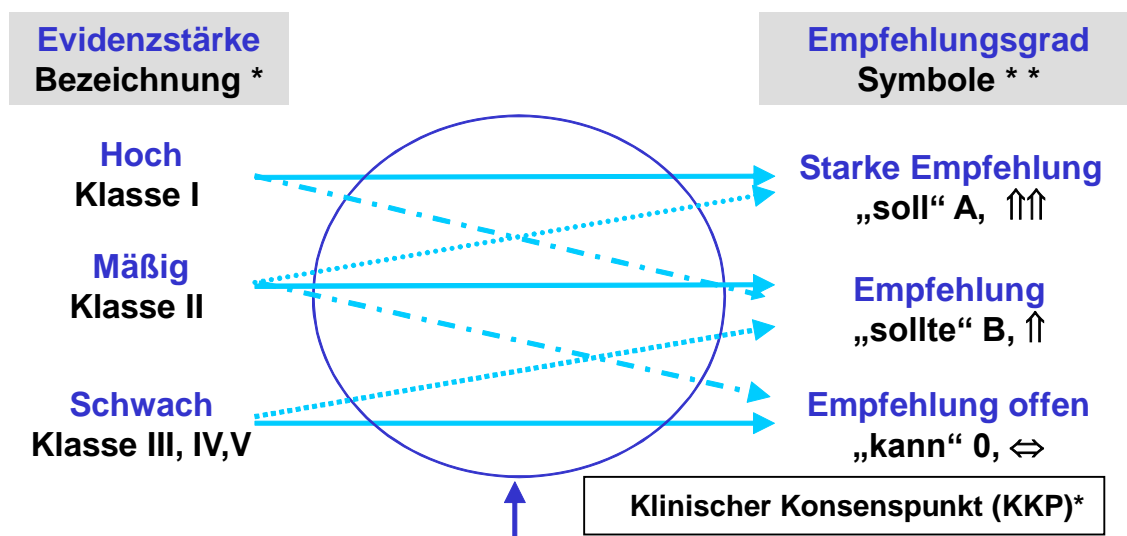
Die Graduierung der Empfehlungen basierte auf der identifizierten Evidenz, der klinischen Expertise und den Patientenpräferenzen. Sie schloss damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein. Bei der Diskussion und Vergabe der Empfehlungsgrade konnten in Anlehnung an die GRADE („Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“) (GRADE 2004) auch weitere Aspekte berücksichtigt werden (Abbildung 3):

- Konsistenz der Studienergebnisse: Die Evidenzebene konnte unter Berücksichtigung der Konsistenz der Studien graduiert werden.
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken: Wenn die Intervention nur wenig der relevanten Endpunkte und Effektstärken berührte, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- Unsicherheit über Ausgewogenheit von Nutzen und Risiken einer Intervention: Bei hohem Risiko, dass unerwünschte Effekte überwiegen oder zu deutlichen Bedenken führen könnten, wurde der Empfehlungsgrad herabgestuft.
- Ethische Verpflichtungen, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Präferenzen der Patienten: Bei hoher Wahrscheinlichkeit, dass trotz Wirksamkeit einer

Intervention, diese für Patienten oder einen Teil der Patienten nicht akzeptabel, anwendbar oder ethisch bedenklich ist, konnte der Empfehlungsgrad herabgestuft werden.

- Umsetzbarkeit im Alltag, insbesondere in den diversen Versorgungsbereichen: Wenn Studien in anderen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden und die Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungssystem nur sehr eingeschränkt gegeben war, konnte der Empfehlungsgrad herabgestuft werden.

Abbildung 3: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)



Kriterien für die Graduierung (Konsensusaspekte):

- Konsistenz der Studienergebnisse
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Ethische Verpflichtungen
- Patientenpräferenzen
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit

* Nach GRADE [BMJ 2004] und Oxford Centre of Evidence based Medicine

** Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert:

Starke Empfehlung: „soll“; Empfehlung: „sollte“; Empfehlung offen: „kann“ (Handlungsoption).

Negativ-Empfehlungen werden sprachlich ausgedrückt („nicht“) bei gleichen Symbolen.

Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit bzw. Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Darlegung der Empfehlungsgrade Ausdruck des Ergebnisses mit der Abwägung erwünschter oder unerwünschter Konsequenzen (AWMF & ÄZQ, 2012). Somit können Evidenz- und Empfehlungsstärken in begründeten Fällen voneinander

abweichen. Diese Begründung wurde ggf. im Hintergrundtext der Empfehlungen dokumentiert.

3.2 Strukturierte Konsensfindung

Alle Schlüsselempfehlungen und Empfehlungsgrade dieser Leitlinie wurden zunächst von der Steuergruppe und den Methodikern inhaltlich und methodisch geprüft und ggf. von den Autorengruppen überarbeitet. Entwürfe der Kapitel, Schlüsselempfehlungen, Methodenreporte und Evidenztabellen wurden anschließend allen Mandatsträgern der Fachgesellschaften, spätestens 14 Tage vor den entsprechenden Konsensuskonferenzen, als Informationsgrundlage schriftlich zugesandt.

Alle Empfehlungen wurden im Rahmen von sechs strukturierten Konsensuskonferenzen vorgestellt, diskutiert und abgestimmt. Um mögliche Quellen systematischer Verzerrung zu erkennen und zu vermeiden, erfolgte die strukturierte Konsensfindung unter der Anleitung einer externen, neutralen und in den Methoden der strukturierten Konsensfindung geschulten Moderatorin der AWMF. Da dieser Prozess in einem großen Gremium erfolgte wurde ein „Nominaler Gruppenprozess“ in mehreren Stufen durchgeführt

- 1.) Vorstellung der Hintergrundinformationen, Studien, Methodik und Schlüsselempfehlungen durch die Autorengruppen,
- 2.) Gelegenheit zu Nachfragen bezüglich der Schlüsselempfehlungen, Evidenzgrade und Empfehlungsstärke,
- 3.) Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge im Einzelumlaufverfahren durch eine unabhängige Moderatorin,
- 4.) Vorabstimmung aller Empfehlungen sowie der Alternativen,
- 5.) Diskussion der Aspekte, die in der Vorabstimmung keinen Konsens erhielten,
- 6.) Endgültige Abstimmung, Feststellung von Konsens oder begründetem Dissens.

Die Feststellung der Konsensusstärke basierte auf der „Klassifikation der Konsensusstärke“ der AWMF (2012):

„Starker Konsens“ = Zustimmung von > 95% der Teilnehmer

„Konsens“ = Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer

„Mehrheitliche Zustimmung“ = Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer

„Kein Konsens“ = Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

Im Rahmen eines Experiments zum Einfluss von möglichen Interessenkonflikten auf Leitlinien-Abstimmungsprozesse wurden alle Abstimmungsrunden der Behandlungsempfehlungen doppelt durchgeführt. Am normalen Abstimmungsprozess

durften sich nur Vertreter der Fachgesellschaften beteiligen, bei denen in dieser Fragestellung kein Interessenskonflikt angegeben wurde, was von der Steuergruppe jeweils geprüft wurde. Anschließend wurde eine zweite Abstimmung durchgeführt, an denen alle Personen (d.h. auch Personen mit Interessenkonflikten) votieren durften. Interessanterweise blieben die prozentualen Verhältnisse in beiden Abstimmungen gleich. Diese Auswertung wird gesondert publiziert. In der Langversion der Leitlinie sind ausschließlich die Abstimmungsergebnisse der Personen ohne Interessenkonflikte abgebildet.

4. Verabschiedung der Leitlinie

Nach Abschluss der strukturierten Konsensfindung und einer redaktionellen Endüberarbeitung durch die Koordinatoren, Methodiker und ein Redaktionsteam wurde die gesamte Leitlinie im E-Mail-Umlaufverfahren an die Vorstände der 49 beteiligten Fachgesellschaften versendet. Eine öffentliche Konsultation der Leitlinie durch die Öffentlichkeit ist über das Register der AWMF möglich. Die methodische Qualität der Leitlinienentwicklung soll durch Publikation der Ergebnisse in Peer Review Journals ebenfalls sichergestellt werden.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1 Finanzierung der Leitlinie

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Screening und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wurde parallel zur S3-Leitlinie „Diagnostik, Screening und Behandlung von nikotinbezogenen Störungen“ entwickelt.

Tabelle 7: Beiträge zur Finanzierung beider Leitlinien (2011 – 2014)

S3-Leitlinien “Alkohol und Tabak”	
Zuwendungen von	Summe
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	104.500 €
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Eigenleistungen/Hochrechnung bis 12/2014)	103.472 €
Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen (Eigenleistungen/Hochrechnung bis 12/2014)	101.000 €
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)	44.000 €
Privatklinik Meiringen (15.000 Schweizer Franken)	12.265 €
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	10.000 €
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	10.000 €
Fachverband Sucht (FVS)	7.500 €
Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	7.500 €
Stiftung für Biomedizinische Alkoholforschung	5.000 €
Deutscher Bundesverband der Chefärztinnen und Chefarzte von Suchtfachkliniken (DBCS)	2.000 €
Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft (DSMG)	2.000 €
Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung (DGNT)	2.000 €
Förderkreis Respekt	1.200 €
Norddeutscher Suchtforschungsverbund	1.000 €
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	500 €
Gesamtsumme (Mittleingänge bis 11/2014; Eigenleistungen bis 12/2014)	413.937 €
Kosten bis 12/2013	283.037 €
Voraussichtliche Kosten in 2014	130.900 €
Kosten gesamt	413.937€
Defizit/Überschuss	0 €

Beide Leitlinien wurden von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Auftrag gegeben. An der Finanzierung der beiden Projekte beteiligten sich 16 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen (siehe Tabelle 7). Während die Methodiker jeweils angestellt waren (50% Stelle) arbeiteten alle Expertinnen und Experten ehrenamtlich an der Leitlinie mit und erhielten kein Honorar.

5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Die Mitarbeit an der Entwicklung von Leitlinien für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung erfordert neben der fachlichen Expertise, dass sich jeder Beteiligte bei seinen Kommentaren und Urteilen nur an dem primären Interesse der Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten orientiert. Es gibt allerdings eine Vielzahl von sekundären Interessen, die die Mitwirkung möglicherweise in problematischer Form beeinflussen können. Diese Interessen können materieller (z.B. ökonomische Interessen an bestimmten Therapieverfahren) oder immaterieller Art sein (z.B. akademische, politische, verbandliche oder persönliche Interessen). Ob sich aus den primären und den sekundären Interessen ein möglicher problematischer Interessenkonflikt ergibt, ist nicht von dem jeweils Betroffenen selbst zu beurteilen, sondern in einem Konsensusprozess von den mitwirkenden Fachkollegen. Aus diesem Grund ist die Erklärung möglicher sekundärer Interessen durch die Autoren der Leitlinie und die Teilnehmer am Konsensusverfahren für die Qualitätsbeurteilung von Leitlinien, aber auch für ihre allgemeine Legitimation und Glaubwürdigkeit in der Wahrnehmung durch Öffentlichkeit und Politik entscheidend.

Zu Beginn des Leitlinienprojekts und dann jährlich waren alle Mitwirkenden aufgefordert, alle Interessen gegenüber dem Leitlinienkoordinator schriftlich zu deklarieren (Zeitraum: letzte drei Jahre). Mittels eines Fragebogens gaben alle Expertinnen und Experten a.) direkte finanzielle Interessen an (z.B. Zuwendungen von Unternehmen und Organisationen der an den Themen Alkohol und Tabak beteiligten Gesundheitswirtschaft, Pharmaindustrie, staatliche, gewerbliche oder gemeinnützige Beratungs- oder Behandlungseinrichtungen, Renten- oder Krankenversicherungen), b.) indirekte Verbindungen zu Organisationen, die auch finanzielle Interessen in diesem Themenbereich haben (z.B. Tätigkeit für einen Interessensverband von Therapieeinrichtungen). Des Weiteren wurden erfragt c.) immaterielle Interessen bezüglich akademischer, fachlicher, politischer und persönlicher Überzeugungen, Wertvorstellungen oder personellen Beziehungen mit anderen Beteiligten, die das primäre Interesse in problematischer Weise beeinflussen konnten. Ob durch die Angaben die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage

gestellt ist und ob sich eine Person bei der Abstimmung von bestimmten Themen und Fragestellungen enthalten sollen, wurde von einem Mitglied der Steuergruppe (G. Bühringer) geprüft und in der Leitliniengruppe abschließend diskutiert und bewertet. Die Inhalte der Erklärungen und die Ergebnisse der Diskussion zum Umgang mit sekundären Interessen wurden in der Konsensuskonferenz offen dargelegt. Dort wurden alle Abstimmungen doppelt durchgeführt. Am ersten Durchgang durften ausschließlich Personen ohne Interessenkonflikte teilnehmen, am zweiten Durchgang durften sich alle Personen beteiligen. Für die Schlüsselempfehlungen sind nur die Ergebnisse der Abstimmung von unbefangenen Personen gültig. Alle Deklarationen wurden im Leitlinien-Sekretariat hinterlegt und können nach schriftlicher Anfrage eingesehen werden.

6. Implementierung der Leitlinie

6.1 Schritte zur Verbreitung der Leitlinie

Die Langversion der Leitlinie wird in Buchform publiziert und auf den Webseiten der AWMF, der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und –therapie (DG-Sucht) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) inklusive des Leitlinien-Reports und seiner Anhänge und Materialien zugänglich gemacht. Darüber hinaus soll eine Kurzversion, eine Patientenversion sowie eine „Kitteltaschen-Version“ für Behandelnde erstellt werden, die eine einfache Anwendung in der täglichen Arbeit ermöglicht. Eine englischsprachige Version der Kurzversion soll erstellt werden. Zur Förderung der Verbreitung sind Publikationen in Fachzeitschriften, beispielsweise in Form von CME-Beiträgen vorgesehen. Die Inhalte der Leitlinien sollen auch in den Mitgliederzeitschriften von Patientenorganisationen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften veröffentlicht werden. Um den Prozess der Leitlinienentwicklung so transparent wie möglich zu gestalten, Überblick über alle Themen, beteiligte Personen und die Leitlinienmethodik zu geben und frühzeitig inhaltliche Kritik von Experten aus Klinik und Wissenschaft einzubeziehen, wurde die Leitlinie jährlich auf den wissenschaftlichen Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und –therapie (DG-Sucht), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie vorgestellt. Die Empfehlungen der Leitlinie sollen auch weiterhin durch Vorträge auf Fachtagungen und Kongressen vorgestellt und diskutiert werden.

6.2 Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen

Potentielle Barrieren werden sich im Bereich der Alkohol- und Tabakbedingten Störungen nicht von anderen Bereichen der Diagnostik und Therapie psychischen Störungen unterscheiden. Daher sei hier auf die entsprechenden schon publizierten Leitlinien verwiesen (z.B. S3-Leitlinie Unipolare Depression, S3-Leitlinie Psychosoziale Interventionen).

6.3 Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Das wichtigste Ziel der Leitlinienentwicklung ist, Empfehlungen für die optimale Behandlung für Betroffene, Angehörige und Behandler zu geben. Und dies begründet durch die beste, verfügbare Evidenz und Erfahrung von Experten aus der Praxis. Diese Empfehlungen sollen die Behandlungszufriedenheit dieser Personen und vor allem die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Um evaluieren zu können, ob diese Ziele erreicht werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Zusammenarbeit mit dem AQUA-Institut sogenannte Qualitätsindikatoren entwickelt (Großimlinghaus et al. 2013). Sie sollen erfassen, welche Auswirkungen eine Leitlinienimplementierung auf die Versorgung hat. Es erfolgte ein mehrstufiger, strukturierter Generierungsprozess, in dem zunächst Empfehlungen der S2-Leitlinien Alkohol mit hohem Evidenzgrad eingingen. Anschließend erfolgten ergänzende Evidenzrecherchen, die Durchführung einer Indikatorensynopse, die Überprüfung der Indikatorengüte und eine Konsentierung aller Qualitätsindikatoren. Das Ergebnis besteht in 10 diagnosespezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren für alkoholbezogene Störungen: QI 1 „Diagnostik / Erkennen alkoholbezogener Störungen“, QI 2 „Diagnostik / Patientenaufklärung“, QI 3 „Therapie / Wahrnehmung eines suchtspezifischen Angebots nach Entgiftung“, QI 4 „Therapie / Motivationsbildende alkoholspezifische Gesprächsintervention“, QI 5 „Therapie / Kognitive Verhaltenstherapie“, QI 6 „Therapie / Motivation für Selbsthilfegruppe“ QI 7 „Therapie / ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt“, QI 8 „Therapie / medikamentöse Rückfallprophylaxe“, QI 9 „Therapie / Komorbidität“, QI 10 „Therapie / Förderung, Beschäftigung und Arbeit“ (Großimlinghaus et al. 2013). Eine Pilottestung dieser Qualitätsindikatoren steht noch aus.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die Leitlinie wurde im Juli 2014 zum letzten Mal inhaltlich überarbeitet. Im Herbst 2013 wurde eine Aktualisierungsrecherche bezüglich des internationalen Kenntnisstands zum Thema „Diagnostik, Screening und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen“ in der Cochrane Drugs and Alcohol Library gemacht. Die Recherche in dieser Datenbank ergab, dass es keine neuen Systematischen Reviews gibt, die aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz in die Leitlinie hätten eingeschlossen werden können.

7.2 Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist bis zum 28.01.2020 gültig. Eine Überarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt ist vorgesehen. Die Steuergruppe hat in der 7. Konsensuskonferenz am 6.2.2014 festgelegt, dass sie weiterhin die Aktualität und Inhalte der Leitlinie beobachten und überprüfen wird. Sollten aufgrund eines neuen internationalen wissenschaftlichen Kenntnisstandes erhebliche Änderungen wichtiger Empfehlungen notwendig werden, könnte durch die Steuergruppe ein Addendum hinzugefügt oder vorzeitig ein Aktualisierungsverfahren eingeleitet werden. Spätestens fünf Jahre nach Publikation der Leitlinie soll ihre Aktualisierung abgeschlossen werden. Auch für diese Aufgabe fühlt sich die Steuergruppe verantwortlich.

8. Literatur

1. ADAPTE Collaboration. Manual for Guideline Adaptation. Version 1.0. 2007. Verfügbar unter: <http://www.adapte.org> (letzter Zugriff am 28.7.2014).
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage. 2012. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (letzter Zugriff am 28.7.2014).
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 [online]. Verfügbar unter: http://uni-duesseldorf.de/AWMF/II/Delbi05_08.pdf (letzter Zugriff am 28.7.2014).
4. Gaertner et al. Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2013; 36-66.
5. Geyer D, Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A, Hutschenreuter U, Kufner H, Möllmann C, Müller-Fahnow W, Müller-Mohnssen M, Soyka M, Spyra K, Stetter F, Veltrup C, Wiesbeck GA, Schmidt LG. Postakutbehandlung Alkoholbezogener Störungen. Sucht 2006. 52 (1): 8-34
6. GRADE working group. Grading quality of evidence and strength of recommendations, BMJ 2004. 328(7454): 1490–1498.
7. Großimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Jannsen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, Zielasek J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 2013; 84: 350-365.
8. Hoch E, Batra A, Mann K. Das S3-Leitlinienprogramm für substanzbezogener Störungen. Sucht 2012. 2: 14-25.
9. Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Schmidt LG. Akutbehandlung Alkoholbezogener Störungen. Sucht, 2003. 49(3): 147-167.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual (January 2009). London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual> (letzter Zugriff am 28.7.2014).
11. OCEBM Levels of Evidence Working Group*. “The Oxford Levels of Evidence 2”. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Verfügbar unter: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> (letzter Zugriff am 28.7.2014).
12. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 2013. 59(6): 321-331.

13. Reymann G, Gastpar M, Tretter F, Hähnchen A, Köhler W, Poehlke T, Wolstein, J. AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen Kapitel 3.2. »Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide. Sucht 2002. 48(4): 245-264.
14. Rist F, Demmel R, Hapke U, Kremer G, Rumpf H-J. Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Sucht 2004. 50(2): 102-112.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50. A guideline developer`s handbook. 20011. Verfügbar unter: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf> (letzter Zugriff am 28.7.2014).
16. Singer M, Batra A, Mann K (Hrsg.) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag Stuttgart-New York, 2011.