

Elektronische Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum

Überblick zum aktuellen Forschungsstand¹

Nicolas Bertholet², Jean-Bernard Daepfen³

Zusammenfassung

Im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte wurde viel dafür getan, um einen weiter gefassten Begriff des risikoreichen Alkoholkonsums durchzusetzen, der nicht auf Abhängigkeit oder schädlichen Gebrauch beschränkt ist. Als angemessen und wirksam erwiesen – insbesondere im Bereich der Primärmedizin – hat sich die Kurzintervention (KI), ein Ansatz der Sekundärprävention zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum, der auf die Verhinderung fortschreitender negativer Folgen ausgerichtet ist. Allerdings blieb die flächendeckende Umsetzung von KI aufgrund von Systembarrieren, mangelnden Mitteln oder konkurrierenden Prioritäten problematisch. Infolgedessen gelangten in jüngerer Vergangenheit immer häufiger elektronische Formen der KI (EKI) zur Anwendung, auch weil sich mit ihrer Hilfe einige der Hindernisse überwinden lassen, die der flächendeckenden Umsetzung von face to face Interventionen im Weg stehen. Der vorliegende Artikel soll den aktuellen Forschungsstand zur EKI-Wirksamkeit kurz zusammenfassen sowie verbleibende Fragen und zukünftige Herausforderungen aufzeigen.

Verschiedene Studien stellen einen geringen bis mässigen Effekt von EKI fest. Wie neueren systematischen Reviews zu diesem Thema zu entnehmen ist, stimmt der Effekt von EKI mit jenem überein, der bei face to face Kurzinterventionen beobachtet wird. Dennoch verfügen wir bislang nur über eine begrenzte Evidenz, insbesondere ausserhalb studentischer Populationen. Obwohl einige Studien auf die Wirksamkeit von EKI in der allgemeinen Bevölkerung schliessen lassen, sind zur Bestätigung weitere Forschungen nötig. EKI bilden eine leicht zugängliche und akzeptable Behandlungsalternative, mit der potenziell auch Populationen erreicht werden können, die das Gesundheitswesen nicht unbedingt in Anspruch nehmen. Trotzdem bedarf ihre Wirksamkeit noch einer weiteren systematischen Evaluation.

Schlüsselwörter: Kurzintervention, Internet, Alkohol, Wirksamkeit

¹ Originalartikel in Englisch (“Electronic brief intervention for unhealthy alcohol use. A review of the evidence”)

² Dr. med., MSc, Service d’alcoologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

³ Dr. med., Service d’alcoologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Einleitung

Seit rund zwanzig Jahren gilt die Aufmerksamkeit nicht mehr allein der Alkoholabhängigkeit und hochspezialisierten Therapien, sondern auch einem breiteren Spektrum von Alkoholkonsum und dessen möglichen gesundheitsschädlichen Folgen. Risikoreicher Alkoholkonsum (Alkoholkonsum mit erhöhtem Risiko gesundheitlicher Folgen, inklusive schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit) gehört zu den Hauptursachen von Morbidität und Mortalität bei jungen Erwachsenen (Rehm et al., 2003; Rehm et al., 2007; Rehm et al., 2006). Zu möglichen gesundheitlichen Folgen gehören neben dem Risiko der Herausbildung von Alkoholkrankheiten auch unmittelbare oder verzögerte Folgen wie Unfälle, Gewalttätigkeit, Suizid, riskantes Sexualverhalten, Krebs, Lebererkrankungen und psychische Probleme. Risikoreicher Alkoholkonsum hat eine viel höhere Prävalenz als die eigentliche Abhängigkeit. In der Schweiz etwa ist Rauschtrinken weit verbreitet, vor allem unter jungen Männern, wobei dieses Verhalten insbesondere mit einer erhöhten Unfallgefahr einhergeht. (Gmel et al., 2008).

Face to face Kurzinterventionen: Wirksamkeit und Grenzen der Umsetzbarkeit

Risikoreicher Alkoholkonsum beeinträchtigt in hohem Mass die Gesundheit und muss in der gesamten Bevölkerung angegangen werden. In Anbetracht des Präventionsparadoxes (d.h. der Tatsache, dass auf die Meistgefährdeten zwar eine Vielzahl von Problemen pro Person entfällt, diese aber nur einen Bruchteil der Gesamtzahl von Problemen ausmachen) sind Präventionsstrategien angebracht, die sich an Einzelpersonen innerhalb des gesamten Spektrums von risikoreichem Alkoholkonsum richten (Romelsjo & Danielsson, 2012). Folglich wurde im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte viel getan, um einen weiter gefassten Begriff des risikoreichen Alkoholkonsums durchzusetzen, der nicht auf eigentliche Alkoholkrankheiten beschränkt ist. Indessen stellt risikoreicher Alkoholkonsum das Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen, denn die meisten Betroffenen begeben sich nicht in Behandlung (J. Cunningham & Breslin, 2004; Dawson et al., 2005). Daher bemüht man sich, ihnen therapeutisch entgegenzukommen. Als angemessen erwiesen hat sich hier die Kurzintervention (KI), ein Ansatz der Sekundärprävention zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum, der auf die Verhinderung fortschreitender negativer Folgen ausgerichtet ist. Hausärzte wurden dazu angeregt, Patienten und Patientinnen auf risikoreichen Alkoholkonsum hin abzuklären und KI anzubieten; dadurch konnte der Alkoholkonsum Betroffener im Bereich der Primärmedizin (Bertholet et al., 2005; Bertholet et al., 2003; Kaner et al., 2007) ebenso wie in Allgemeinkrankenhäusern (McQueen et al., 2011) erfolgreich reduziert werden. Es gibt ausserdem Belege für die Wirksamkeit von KI bei Jugendlichen (Baer et al., 2001; Borsari & Carey, 2000; Moreira et al., 2009), vor allem im Falle von jungen Männern und von KI im Bereich der Primärmedizin. Trotz dieser

Erfolge bestehen einige Bedenken, was die Durchführbarkeit von KI inmitten konkurrierender Prioritäten und Aufgaben im Zusammenhang mit ärztlichen Routinemassnahmen und Patientenbetreuung angeht (Beich et al., 2002; Friedmann et al., 2000; Hingson et al., 2012; Nygaard & Aasland, 2011). Ärzte berichten über unzureichende Schulung, Sorgen betreffend Stigmatisierung und Versicherungsproblemen, Einschränkungen durch organisatorische und finanzielle Aspekte sowie die Schwierigkeit, Primärmedizin und spezialisierte Suchttherapien miteinander zu verbinden (Turner, 2009). KI-Schulungen erfordern Zeit und Mittel, wobei je nach Gesundheitssystem ein beträchtlicher Strukturwandel vollzogen werden müsste, um Anreize zur Durchführung von KI zu bieten. Aus diesen Gründen blieb die flächendeckende Umsetzung von KI problematisch. Darüber hinaus findet beim grösseren Teil der Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum ohne alkoholbedingte Probleme bzw. Krankheiten wohl kaum eine face to face KI statt, weil sich die Betroffenen gewöhnlich nicht krank fühlen und demzufolge nur wenig Kontakt mit dem Gesundheitswesen haben (J. Cunningham & Breslin, 2004; J. A. Cunningham et al., 2007). Menschen mit Alkoholproblemen befürchten unter Umständen auch eine Stigmatisierung oder sind der Ansicht, dass starkes Trinken keiner Behandlung bedarf (Grant, 1997). Dieser Massnahme ebenfalls im Weg stehen geografische Grenzen und Mobilitätsprobleme. Demzufolge erscheint es unrealistisch damit zu rechnen, dass je ein grosser Bevölkerungsanteil systematisch in Kontakt mit Screeningprogrammen und face to face Kurzinterventionen kommen wird, auch innerhalb des Gesundheitswesens. Daher gelangten in den letzten Jahren immer häufiger elektronische Formen von KI (EKI) zur Anwendung, auch weil sie einige der Hindernisse für eine flächendeckende Umsetzung von face to face Kurzinterventionen aus dem Weg schaffen. EKI können via Internet, PC, DVD, SMS usw. durchgeführt werden. Basierend auf kürzlich veröffentlichten Studien und systematischen Reviews soll nun der vorliegende Artikel einen kurzen Überblick über den zur Wirksamkeit von EKI vorhandenen Forschungsstand verschaffen.

Entwicklung elektronischer Kurzinterventionen

Neue Technologien wie das Internet bergen das Potenzial, einige der Hindernisse für die Umsetzung von face to face KI zu überwinden: Erstens – aus der Perspektive der Volksgesundheit – indem sie den Zugang zu einem grossen Bevölkerungsanteil ermöglichen, zweitens – mit Blick auf das Gesundheitswesen – indem sie die Kosten flächendeckender persönlicher Screening- und KI-Programme senken, konkurrierende Prioritäten umgehen und die geografische Verfügbarkeit erhöhen, und drittens – aus Sicht des Benutzers – indem sie via Internet jederzeit und in den eigenen vier Wänden durchführbar sind, was die Angst vor Stigmatisierung etwas nehmen kann. So stehen EKI potenziell einer viel grösseren Population einfacher zur Verfügung als in primärmedizinischen Einrichtungen, und praktisch ohne geografische Grenzen. Am PC können elektronische Kurzinterventionen auf Notfallstationen, in Wartezimmern und in Gesundheitszentren oder in Gemeinschaftszentren umgesetzt

werden. Ausserdem handelt es sich um ein relativ kostengünstiges Verfahren (J. Cunningham et al., 2009), und die Kosten jeder weiteren Intervention sind minimal, wenn die EKI einmal entwickelt ist, wobei entsprechend konzipierte Algorithmen personalisierte Interventionen möglich machen.

Innerhalb der EKI bietet das Internet eine vielversprechende Möglichkeit für einen möglichst breiten Zugang zu Massnahmen der Sekundärprävention, denn sein Gebrauch ist bereits weit verbreitet, mit zunehmender Tendenz: Europaweit wird es von mehr als 60% der Bevölkerung genutzt. Mit 84% besonders hoch ist die Internetpenetration in der Schweiz (www.internetworldstats.com/stats4.htm, 2011). Überdies dient das Internet in der westlichen Welt oft dazu, sich Informationen zu Gesundheitsthemen zu beschaffen (Powell & Clarke, 2002).

Es wurden verschiedene EKI-Modelle entwickelt: Die Interventionen können entweder computerbasiert oder internetbasiert stattfinden und reichen von kurzen Einzel- bis zu ausführlichen Mehrfachsitzen, manchmal unter Einbezug eines Therapeuten. Auch inhaltlich zeigen sich elektronische Kurzinterventionen äusserst heterogen. Allerdings beinhalten die meisten nachweislich wirksamen EKI bei risikoreichem Alkoholkonsum Elemente von Interventionen, die auf die Beeinflussung der sozialen Normen abzielen, oder beruhen auf solchen, und alle solchen EKI arbeiten mit personalisiertem Feedback. Gemäss der Theorie sozialer Normen beeinflussen unsere Wahrnehmung und Auffassung von «normalem» Verhalten bei anderen unser eigenes Verhalten (Berkowitz, 2005; Perkins, 2002, 2007; Perkins et al., 2005). Wenn wir glauben, dass andere stark trinken, hat das Auswirkungen auf unser eigenes Trinkverhalten. Studien bei Collegestudenten haben ergeben, dass ausgeprägte Fehlwahrnehmungen mit höherem Alkoholkonsum einhergehen und dass wahrgenommene Normen einen zuverlässigen Prädiktor für Alkoholkonsum darstellen (Kypri & Langlely, 2003; McAlaney & McMahon, 2007; Perkins et al., 2005). Es wurden spezifisch auf Fehlwahrnehmungen ausgerichtete Interventionen entwickelt, und die Verminderung von Fehlwahrnehmungen zählt zu den bekannten Mediatoren für die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von normativem Feedback (Moreira et al., 2009). Zusätzlich zu normativem Feedback bieten bestehende EKI ein breites Spektrum an personalisiertem Feedback und Informationen wie Rückmeldungen zum Blutalkoholgehalt, Angaben zu den finanziellen Auswirkungen von Alkoholkonsum, Empfehlungen betreffend das Trinkverhalten, Vorschläge zur Verminderung oder Vermeidung von Risikosituationen usw. Einige beinhalten «Chatroom»-Funktionen, Aufgabenstellungen, Aufklärungsmaterial oder den Zugang zu einem Therapeuten.

Wirksamkeit von EKI

Die veröffentlichte Fachliteratur über EKI bei Alkoholkonsum bezieht sich grösstenteils auf die Ergebnisse von Studien, die in Nordamerika (USA und Kanada) sowie Australien oder Neuseeland überwiegend an Collegestudenten durchgeführt wurden (Copeland & Martin, 2004; Kypri et al., 2009; Kypri et

al., 2003; Kypri et al., 2004; Kypri et al., 2005; Saitz et al., 2007). In Europa (Grossbritannien, Finnland, Niederlande) fanden einige Studien mit Studenten und 15- bis 20-Jährigen (Bewick et al., 2010; Spijkerman et al., 2010) sowie nichtstudentischen Populationen statt (Koski-Jannes et al., 2007; Wallace et al., 2006). In der allgemeinen Bevölkerung durchgeführte Studien weisen darauf hin, dass EKI auch bei nichtstudentischen Populationen eine sinnvolle Strategie darstellen (J. Cunningham et al., 2009; Linke et al., 2005; Murray et al., 2007; Saitz et al., 2004). Wie indessen ein Cochrane-Review aus dem Jahre 2009 (Moreira et al., 2009) sowie systematische Reviews neueren Datums (Khadjesari et al., 2011) zeigen, benötigen wir weitere Belege für die Wirksamkeit bei Jugendlichen, die nicht zur Gruppe der Collegestudenten gehören.

In den letzten drei Jahren wurden verschiedene systematische Reviews zu EKI publiziert (Carey et al., 2009; Khadjesari et al., 2011; Rooke et al., 2010; White et al., 2010). Der systematische Review von Carey et al. aus dem Jahre 2009 konzentriert sich auf an studentischen Populationen durchgeführte Studien, die alkoholbedingte Interventionen mittels Computer oder anderer elektronischer Hilfsmittel (SMS, DVD usw.) untersuchten, Verhaltensergebnisse berichteten und ausreichende Informationen zur Berechnung der Effektgrösse lieferten. Berechnet wurde die Effektgrösse als mittlere Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geteilt durch die gepoolte Standardabweichung oder anhand anderer Informationen, falls Mittelwerte nicht verfügbar waren. 35 Studien konnten identifiziert werden. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen, die nur eine kurze Einstufung erhielten, sprechen die beobachteten, allerdings geringen Auswirkungen (Effektgrösse: 0,09 bis 0,28) für elektronische Kurzinterventionen. Ein Vergleich mit aktiven Kontrollgruppen ergab geringere Auswirkungen. Die Autoren schliessen daraus, dass EKI gegenüber dem Unterlassen jeglicher Intervention eindeutig vorzuziehen und im Allgemeinen mit alternativen Interventionen bei Studenten gleichwertig sind. 2010 erstellten Khadjesari et al. einen systematischen Review mit ausgewählten randomisierten kontrollierten Studien an mindestens 18-Jährigen, die irgendeine Form von Alkoholkonsum angaben. In Betracht gezogen wurden „für sich stehende Verhaltensinterventionen mit dem Ziel, eine positive Veränderung herbeizuführen“. Die Autoren identifizierten 24 Studien, die eine EKI einer minimal aktiven (übliche Betreuung, nur Einstufung, Aufklärungsmaterial) oder einer aktiven Vergleichsgruppe (Kurzintervention) gegenüberstellten, wobei 19 davon zu Metaanalysen kombiniert waren. 12 Studien massen kurzfristige Ergebnisse (weniger als 3 Monate), 9 mittelfristige Ergebnisse (3-6 Monate) und 3 langfristige Ergebnisse (über 6 Monate). Die längste Nachkontrollzeit betrug 12 Monate. Die ausgewerteten Daten deuten darauf hin, dass der wöchentliche Alkoholkonsum bei studentischen und nichtstudentischen Populationen in der EKI-Gruppe erfolgreicher reduziert wurde als in der minimal aktiven Vergleichsgruppe. Bei studentischen Populationen wurde durch elektronische Interventionen zudem die Häufigkeit von Rauschtrinken verringert. Zwischen der EKI-Gruppe und der minimal aktiven Vergleichsgruppe wurde eine mittlere Differenz von 26 g Ethanol pro Woche nachgewiesen. Dieser Unterschied stimmt mit jenem überein, der bei face to face Kurzinterventionen in der Primärmedizin beobachtet wurde

(Bertholet et al., 2005; Kaner et al., 2007). Allerdings merken die Autoren an, dass diese Schlussfolgerungen aufgrund von methodischen Schwächen der einbezogenen Studien, begrenzten Stichprobengrössen, kurz dauernder Nachbeobachtung und einer begrenzten Anzahl Studien an nichtstudentischen Populationen vorläufiger Natur sind.

Auf dem Gebiet der internetbasierten Interventionen zählten White et al. insgesamt 31 Studien, von denen 17 die Aufnahmekriterien einer randomisierten kontrollierten Studie über eine direkt via Internet angebotene Intervention erfüllten. Davon wurden 12 (70,6%) an Hochschulstudenten durchgeführt. Die Mehrzahl (12) beurteilte die Wirkung von kurzen, personalisierten Feedbacks, während sich 7 mit einem online gestellten, aus mehreren Modulen bestehenden Informations- und Aufklärungspaket (häufig inklusive personalisiertem Feedback) befassten. Die Nachkontrollzeit betrug zwischen 1 Woche und 12 Monaten, wobei sie in den meisten Fällen (47%) 1 Monat dauerte. Nur eine Studie beobachtete die Probanden 12 Monate lang, drei über einen Zeitraum von 6 Monaten. Die mittlere differenzielle Effektgrösse auf den Alkoholkonsum nach Abschluss der Behandlung belief sich bei den einbezogenen Studien auf 0,42. Bei der Evaluation der Effektgrösse entspricht laut Cohens Empfehlungen $d=0,20$ einer geringen, $d=0,50$ einer mässigen und $d=0,80$ einer hohen Effektgrösse. Unter Anwendung von Cohens Richtwerten für die Effektgrösse bewegte sich demnach die berichtete Auswirkung auf den Alkoholkonsum im geringen bis mässigen Bereich.

In einer Metaanalyse untersuchten Rooke et al. die Wirksamkeit von computerbasierten Interventionen auf den Tabak- und Alkoholkonsum. Analysiert wurden randomisierte kontrollierte Studien (einschliesslich cluster-randomisierter Studien) über die Wirksamkeit von direkt am Computer erfolgenden Interventionen zur Reduktion von Substanzgebrauch. Studien, die zwei computerbasierte Interventionen miteinander verglichen, wurden von der Metaanalyse ausgeschlossen. Aufgenommen wurden 34 Studien mit insgesamt 10'632 Teilnehmenden. Gemessen an Cohens Richtwerten fiel die durchschnittliche Effektgrösse gering aus ($d=0,20$, $p<0,001$). Eine höhere Effektgrösse ergab sich bei Studien mit einer nichtaktiven Kontrollgruppe ($d=0,22$) gegenüber Studien mit einer aktiven Kontrollgruppe ($d=0,10$). Verglichen mit Tabakstudien wurden bei Alkoholstudien höhere Effektgrössen festgestellt. Die Autoren schliessen daraus, dass computerbasierte Interventionen bei Alkohol- und Tabakkonsum den Substanzgebrauch signifikant verminderten. Trotz geringer Effektgrösse wirkt sich die Massnahme sinnvoll aus, und ihr Effekt stimmt mit jenem von Kurzinterventionen bei Alkoholkonsum in nichtklinischen Populationen überein. Die Autoren beabsichtigten zwar, den Wirksamkeitsmoderator zu bestimmen, konnten aber keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Einflusses von normativem Feedback, Vorhandensein einer Diskussionsmöglichkeit, Unterhaltungswert, Schwergewicht auf Rückfallprävention oder Anzahl Sitzungen feststellen.

Inhaltsbeurteilung durch Benutzer

Benutzer erwarten von elektronischen Hilfsmitteln bei risikoreichem Alkoholkonsum eine Reihe von Eigenschaften. Im Rahmen einer kürzlichen Umfrage wurden durch die Benutzer von Alkohol-Websites folgende Eigenschaften als am wichtigsten angesehen: leichte Navigierbarkeit, freier Zugang, die richtige Menge Informationen, interne Suchfunktion und leicht verständliche Sprache (Klein et al., 2010). Da leichte Navigierbarkeit entscheidend ist (Kay-Lambkin et al., 2011), müssen sich Entwickler intensiv bemühen, anwenderfreundliche und frei zugängliche Websites bereitzustellen. Anwenderfreundlichkeit korreliert mit der auf einer Website verbrachten Zeit (Kay-Lambkin et al., 2011), und Anwenderfreundlichkeit kombiniert mit leichter Navigierbarkeit sorgt für hohe Benutzerzufriedenheit (Bertholet et al., 2011). Was den Inhalt angeht, so ist der häufigste Grund für das Zugreifen auf eine Website die Suche nach Informationen (Klein et al., 2010), obwohl die Qualität von internetbasierten Gesundheitsinformationen Anlass zu Bedenken geben kann (Coquard et al., 2011). Beim interaktiven Angebot einer Website wird am meisten Wert auf die Möglichkeit zum Ausdrucken bzw. Herunterladen von Informationen sowie zum Stellen von Fragen, das Vorhandensein externer Links, Abbildungen und Grafiken gelegt, gefolgt von persönlichem Feedback, Videos und Fragebögen (Klein et al., 2010). Also auch wenn sie geografische Grenzen zu überwinden vermag, sieht sich eine Website zusätzlichen Kosten und Einschränkungen (d.h. Schulung von Mitarbeitern, Verfügbarkeit von Diensten) gegenüber, wenn sie die Fragen ihrer Benutzer innert nützlicher Frist beantworten will.

Fazit

Verschiedene Studien zeigen geringe bis mässige Effekte von EKI. Diese Effekte wurden von neueren Reviews zusammenfassend untersucht und stimmen mit denen bei face to face Kurzinterventionen beobachteten überein, wenn sie auch geringer ausfallen. Indessen verfügt man weiterhin nur über eine begrenzte Evidenz, insbesondere ausserhalb studentischer Populationen. Obwohl einige Studien die Wirksamkeit von EKI in der allgemeinen Bevölkerung nahelegen, sind zum Beleg der Wirksamkeit weitere Studien vonnöten. Selbst wenn EKI eine leicht zugängliche und akzeptable Behandlungsalternative bieten sowie potenziell auch Populationen erreichen, die das Gesundheitswesen nicht unbedingt in Anspruch nehmen, muss ihre Wirksamkeit noch systematischer evaluiert werden. Daher sollten betreffend EKI bei risikoreichem Alkoholkonsum noch keine endgültigen Schlüsse gezogen werden: Viele Studien kranken an methodischen Schwächen, Stichproben sind gewöhnlich klein und die Nachkontrollzeit kurz; ausserdem mangelt es an Studien mit nichtstudentischen Populationen. Überdies weisen verfügbare Interventionen sehr heterogene Inhalte auf, weshalb sich weitere Studien wie bei face to face Kurzinterventionen auch auf die Wirksamkeitskomponenten konzentrieren sollten, obschon die Ergebnisse von Rooke et al. möglicherweise darauf

hinweisen, dass der Rosenzweig-Effekt (Rosenzweig, 1936) (d.h. kein Unterschied in der Wirksamkeit von auf verschiedenen spezifischen Komponenten basierenden Bona-fide-Psychotherapien) ebenso für EKI gelten könnte (Rooske et al., 2010; Wampold et al., 1997).

Verbleibende Fragen und Herausforderungen für die Zukunft

Auch wenn elektronische Interventionen wohl kaum je einen gut geschulten Therapeuten ersetzen dürften, muss man doch damit rechnen, dass viele Betroffene eben nie Kontakt zu diesem gut geschulten Therapeuten aufnehmen werden. Im Vergleich zum Unterlassen jeglicher Intervention deutet der aktuelle Forschungsstand auf eine Wirksamkeit von EKI bei risikoreichem Alkoholkonsum. Daher können wir erwarten, dass EKI in Zukunft weiterentwickelt werden. Allerdings stellt sich weiterhin die Frage, ob EKI potenziell einen primärpräventiven Effekt besitzen. Viele veröffentlichte Studien konzentrieren sich auf Einzelpersonen mit risikoreichem Alkoholkonsum. Wenn jedoch EKI einmal der allgemeinen Bevölkerung zur Verfügung stehen, werden sie vermutlich auch von mässigen Trinkern oder abstinenten Personen genutzt (beispielsweise wenn der Zugang zu EKI via Internet oder in einem Gesundheitszentrum ermöglicht wird). Daher ist es wichtig zu wissen, welche Auswirkungen diese Interventionen auf mässige Trinker oder abstinente Personen haben können. Die Bereitstellung von Informationen über Alkoholkonsum und seine Folgen könnte dazu beitragen, eine Erhöhung des Alkoholkonsums von Menschen mit risikoarmem Trinkverhalten zu verhindern. Eine zukünftige Herausforderung besteht darin, dass wir nur wenig darüber wissen, wer am ehesten auf EKI anspricht. Es liesse sich die Hypothese einer unterschiedlichen Wirksamkeit je nach Altersgruppe oder Geschlecht aufstellen, und zukünftige Studien werden potenzielle Wirksamkeitsunterschiede bei verschiedenen Populationen abklären müssen. Das kann zur Entwicklung spezifischerer, zielgruppengenaueerer und potenziell wirksamerer Interventionen beitragen.

Sofern der Nachweis ihrer Wirksamkeit erbracht wird, ergeben sich weitere Herausforderungen in Bezug auf die Umsetzung elektronischer Kurzinterventionen. Das Potenzial von EKI, eine grössere Population zu erreichen als face to face Kurzinterventionen, hängt davon ab, wie leicht auf sie zugegriffen werden kann. Die Tatsache, dass EKI zur Verfügung stehen, bedeutet noch nicht, dass auch davon Gebrauch gemacht wird. Eine Möglichkeit besteht im Angebot von für sich stehenden computerbasierten Interventionen im Umfeld medizinischer Einrichtungen (wie z.B. auf Notfallstationen oder im Wartezimmer von primärmedizinischen Einrichtungen), doch wird man zu deren Benutzung anregen müssen. Der vielversprechendste Aspekt von EKI besteht in der Möglichkeit, Menschen auch ausserhalb des Gesundheitswesens anzusprechen. Im Internet frei zugängliche EKI können von jedem genutzt werden, doch dürften Kommunikationsstrategien einen grossen Einfluss auf die Besucherzahlen dieser Websites ausüben. Strategien zur Propagierung von EKI – entweder als

für sich stehende Interventionen (Computer- oder internetbasiert) – erfordern entsprechende Mittel und spezifische Kenntnisse. Die Umsetzung von EKI dürfte daher höhere Kosten verursachen als nur die alleinige Entwicklung solcher Anwendungen an sich und weiter die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Kommunikations- und Internetexperten bedingen.

Es gilt zudem ethische Aspekte zu berücksichtigen, da die Nutzung einer EKI vom Zugang zum Internet bzw. einem Computer abhängt. Auch wenn der Anteil der Bevölkerung mit Internetzugang zunimmt, bleiben dennoch gewisse Ungleichheiten bestehen, und finanziell weniger gut gestellte Personen haben geringere Chancen, mit internetbasierten Gesundheitsressourcen in Kontakt zu kommen. Zusätzlich zu den anhaltenden Bemühungen, die nötig sind, um EKI-Websites und deren Benutzung allgemein bekannt zu machen resp. anzuregen, müssen daher andere Modelle ausgearbeitet werden, damit man sekundärpräventive Massnahmen dieser Art einem möglichst grossen Bevölkerungsanteil anbieten kann (z.B. durch die Möglichkeit der PC-Benutzung in primärmedizinischen Einrichtungen, Familienplanungs- und Gemeinschaftszentren, Unterkünften usw.). Allerdings wird bei dem Angebot von EKI im öffentlichen Raum der Schutz der Privatsphäre eine Herausforderung darstellen, und dem Schutz gefährdeter Personen wird eine zentrale Bedeutung zuzumessen sein. Darüber hinaus sollten EKI im Falle einer Alkoholkrankheit nicht als Ersatz für die Betreuung durch eine Fachperson oder Hausärzte gesehen werden. Die Möglichkeit zur Überweisung aus einer EKI heraus muss noch systematischer untersucht werden.

Zusammenfassend gesagt scheinen zum gegenwärtigen Zeitpunkt EKI bei risikoreichem Alkoholkonsum zwar wirksam zu sein, aber diese Effekte sind bescheiden, weshalb aufgrund der begrenzten Evidenz lediglich vorläufige Schlüsse gezogen werden sollten. Trotzdem haben EKI ihre Berechtigung als eine mögliche Option zum Umgang mit risikoreichem Alkoholkonsum. Weitere Studien sollten präzisere Angaben darüber liefern, für welche Zielgruppe und in welchem Kontext EKI am effektivsten und welche Strategien zu deren Umsetzung erforderlich sind.

Literatur

Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health, 91*(8), 1310-1316.

Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *Bmj, 325*(7369), 870.

Berkowitz, A. D. (2005). An overview of the social norms approach. In L. Lederman & L. Stewart (Eds.), *Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign*. Creskill, NJ: Hampton Press.

Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med, 165*(9), 986-995.

- Bertholet, N., Schwan, R., Duhamel, O., Perney, P., & Daepfen, J. B. (2003). Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et Addictologie*, 25(45), 59S-63S.
- Bertholet, N., Walther, M. R., Burnand, B., & Daepfen, J. B. (2011). [Web-based screening and brief intervention for unhealthy alcohol use: www.alcooquizz.ch]. *Rev Med Suisse*, 7(302), 1466-1470.
- Bewick, B. M., West, R., Gill, J., O'May, F., Mulhern, B., Barkham, M., et al. (2010). Providing web-based feedback and social norms information to reduce student alcohol intake: a multisite investigation. *J Med Internet Res*, 12(5), e59.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 728-733.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Bolles, J. R., & Carey, M. P. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 104(11), 1807-1819.
- Copeland, J., & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: a qualitative review. *J Subst Abuse Treat*, 26(2), 109-116.
- Coquard, O., Fernandez, S., Zullino, D., & Khazaal, Y. (2011). A follow-up study on the quality of alcohol dependence-related information on the web. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6, 13.
- Cunningham, J., & Breslin, F. C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict Behav*, 29, 221-223.
- Cunningham, J., Wild, T. C., Cordingley, J., van Mierlo, T., & Humphreys, K. (2009). A randomized controlled trial of an internet-based brief intervention for alcohol abusers. *Addiction*, 12(104), 2023-2032.
- Cunningham, J. A., Blomqvist, J., & Cordingley, J. (2007). Beliefs about drinking problems: results from a general population telephone survey. *Addict Behav*, 32(1), 166-169.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Friedmann, P. D., McCullough, D., Chin, M. H., & Saitz, R. (2000). Screening and intervention for alcohol problems. A national survey of primary care physicians and psychiatrists. *J Gen Intern Med*, 15(2), 84-91.
- Gmel, G., Gaume, J., Faouzi, M., Kulling, J. P., & Daepfen, J. B. (2008). Who drinks most of the total alcohol in young men--risky single occasion drinking as normative behaviour. *Alcohol Alcohol*, 43(6), 692-697.
- Grant, B. F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *J Stud Alcohol*, 58(4), 365-371.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Edwards, E. M., & Saitz, R. (2012). Young adults at risk for excess alcohol consumption are often not asked or counseled about drinking alcohol. *J Gen Intern Med*, 27(2), 179-184.
- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD004148.
- Kay-Lambkin, F. J., White, A., Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Klein, B., Proudfoot, J., et al. (2011). Assessment of function and clinical utility of alcohol and other drug web sites: an observational, qualitative study. *BMC Public Health*, 11, 277.
- Khadjesari, Z., Murray, E., Hewitt, C., Hartley, S., & Godfrey, C. (2011). Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*, 106(2), 267-282.

- Klein, B., White, A., Kavanagh, D., Shandley, K., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., et al. (2010). Content and functionality of alcohol and other drug websites: results of an online survey. *J Med Internet Res*, 12(5), e51.
- Koski-Jannes, A., Cunningham, J. A., Tolonen, K., & Bothas, H. (2007). Internet-based self-assessment of drinking--3-month follow-up data. *Addict Behav*, 32(3), 533-542.
- Kypri, K., Hallet, J., Howat, P., McManus, A., Maycock, B., Bowe, S., et al. (2009). Randomized controlled trial of proactive web-based alcohol screening and brief intervention for university students. *Arch Intern Med*, 169(16), 1508-1514.
- Kypri, K., & Langley, J. D. (2003). Perceived social norms and their relation to university student drinking. *J Stud Alcohol*, 64, 8.
- Kypri, K., Saunders, J. B., & Gallagher, S. J. (2003). Acceptability of various brief intervention approaches for hazardous drinking among university students. *Alcohol Alcohol*, 38(6), 626-628.
- Kypri, K., Saunders, J. B., Williams, S. M., McGee, R. O., Langley, J. D., Cashell-Smith, M. L., et al. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99(11), 1410-1417.
- Kypri, K., Sitharthan, T., Cunningham, J. A., Kavanagh, D. J., & Dean, J. I. (2005). Innovative approaches to intervention for problem drinking. *Curr Opin Psychiatry*, 18(3), 229-234.
- Linke, S., Harrison, R., & Wallace, P. (2005). A Web-based intervention used in general practice for people with excessive alcohol consumption. *J Telemed Telecare*, 11 Suppl 1, 39-41.
- McAlaney, J., & McMahan, J. (2007). Normative beliefs, misperceptions, and heavy episodic drinking in a British student sample. *J Stud Alcohol Drugs*, 68(3), 385-392.
- McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D., & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*(8), CD005191.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(CD006748).
- Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R., Thompson, S. G., Godfrey, C., et al. (2007). The DYD-RCT protocol: an on-line randomised controlled trial of an interactive computer-based intervention compared with a standard information website to reduce alcohol consumption among hazardous drinkers. *BMC Public Health*, 7, 306.
- Nygaard, P., & Aasland, O. G. (2011). Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol*, 46(1), 52-60.
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *J Stud Alcohol Suppl*(14), 91-100.
- Perkins, H. W. (2007). Misperception of peer drinking norms in Canada: Another look at the "reign of error" and its consequences among college students. *Addict Behav*, 32(11), 2645-2656.
- Perkins, H. W., Haines, M. P., & Rice, R. (2005). Misperceiving the college drinking norm and related problems: a nationwide study of exposure to prevention information, perceived norms and student alcohol misuse. *J Stud Alcohol*(66), 470-478.
- Powell, J., & Clarke, A. (2002). The WWW of the World Wide Web: Who, What, and Why? *J Med Internet Res*, 4(1), e4.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., et al. (2003). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res*, 9(4), 157-164.
- Rehm, J., Taylor, B., Roerecke, M., & Patra, J. (2007). Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *Int J Public Health*, 52(6), 383-392.

Rehm, J., Taylor, B., & Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev*, 25, 503-513.

Romelsjö, A., & Danielsson, A. K. (2012). Does the prevention paradox apply to various alcohol habits and problems among Swedish adolescents? *Eur J Public Health*.

Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105(8), 1381-1390.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.

Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Rosenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Prev Med*, 39(5), 969-975.

Saitz, R., Palfai, T. P., Freedner, N., Winter, M. R., Macdonald, A., Lu, J., et al. (2007). Screening and brief intervention online for college students: the ihealth study. *Alcohol Alcohol*, 42(1), 28-36.

Spijkerman, R., Roek, M. A., Vermulst, A., Lemmers, L., Huiberts, A., & Engels, R. C. (2010). Effectiveness of a web-based brief alcohol intervention and added value of normative feedback in reducing underage drinking: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 12(5), e65.

Turner, B. J. (2009). Gaps in addressing problem drinking: overcoming primary care and alcohol treatment deficiencies. *Curr Psychiatry Rep*, 11(5), 345-352.

Wallace, P., Linke, S., Murray, E., McCambridge, J., & Thompson, S. (2006). A randomized controlled trial of an interactive Web-based intervention for reducing alcohol consumption. *J Telemed Telecare*, 12 Suppl 1, 52-54.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., et al. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res*, 12(5), e62.

Korrespondenzadresse

Dr Nicolas Bertholet
 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV
 Département universitaire de médecine et santé communautaires
 Service d'alcoologie
 Av. de Beaumont 21b, P2, 02
 CH-1011 Lausanne
 Nicolas.Bertholet@chuv.ch

Interventions brèves informatisées pour la consommation d'alcool à risque

Revue des évidences scientifiques

Nicolas Bertholet, Jean-Bernard Daeppen

Résumé

De grands efforts ont été réalisés au cours des deux dernières décennies en vue d'encourager la reconnaissance d'aspects de la consommation d'alcool à risque pour la santé ne se limitant pas

à l'abus et à la dépendance. L'intervention brève (IB) est une approche de prévention secondaire visant à diminuer la consommation d'alcool chez les personnes qui en pratiquent un usage malsain, afin de prévenir le développement ultérieur de conséquences négatives. Elle est considérée comme une réponse appropriée et s'est montrée efficace, notamment en médecine de premier recours. Toutefois, la mise en œuvre à large échelle de l'IB pose problème en raison de barrières systémiques, de manque de ressources ou de priorités concurrentielles. En conséquence, et parce qu'elle représente une opportunité de surmonter certains obstacles à une large implémentation d'interventions brèves en face à face, la forme informatisée d'IB (IBI) s'est répandue ces dernières années. Le présent rapport trace un bref aperçu des évidences scientifiques disponibles quant à son efficacité, des questions qui subsistent à son sujet et de ses défis à venir.

Diverses études ont fait état d'effets faibles à modérés de l'IBI. Résumés dans de récentes revues systématiques, ceux-ci correspondent aux effets observés lors d'interventions brèves en face à face. Le niveau de preuve est cependant modeste, notamment en dehors de la population estudiantine. Bien que certaines études suggèrent que l'IBI est utile auprès de la population générale, il faudrait davantage de recherches pour établir son efficacité à ce niveau. L'IBI offre une alternative thérapeutique accessible et acceptable; elle est aussi susceptible d'atteindre une population qui n'a pas forcément accès aux systèmes de santé. Il reste néanmoins à évaluer son efficacité de façon plus systématique.

Electronic brief intervention for unhealthy alcohol use

A review of the evidence

Nicolas Bertholet, Jean-Bernard Daepfen

Summary

Strong efforts have been made over the past two decades to encourage the recognition of a spectrum of alcohol use that affects health and is not limited to alcohol use disorders. Brief intervention (BI), a secondary prevention approach aiming at reducing alcohol use among individuals with unhealthy alcohol use to prevent further development of negative consequences has been seen as an appropriate response and has shown efficacy, especially in primary care settings. But the large scale implementation of BI has been problematic, due to system barriers, lack of resources or competing priorities. As a result, and because it represents an opportunity to overcome some of the barriers to large scale implementation of face-to-face interventions, the use of electronic forms of BI (EBI) has been increasing over the past years. The present report aims at presenting a brief summary of the available evidence of EBI efficacy as well as remaining questions and future challenges.

Various studies have reported small to moderate effects of EBIs. These effects have been summarized in recent systematic reviews; they are in line with the effects observed for face-to-face brief interventions. Nevertheless, evidence is still limited, notably outside student populations. Even though some studies are suggesting efficacy in the general population, more research is needed to establish the EBI efficacy in the general population. EBI offer an alternative, accessible and acceptable treatment option and have the potential to reach populations that do not necessarily access health care systems. Nevertheless its effectiveness remain to be more systematically evaluated.