

## Identifizierung und Behandlung von Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum – eine systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen in medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen

Schmidt CS<sup>1</sup>, Schulte B<sup>1</sup>, Kuhn S<sup>1</sup>, Grimm J<sup>1</sup>, Newbury-Birch D<sup>2</sup>, Kaner E<sup>2</sup>, Anderson P<sup>2</sup>, Reimer J<sup>1</sup>

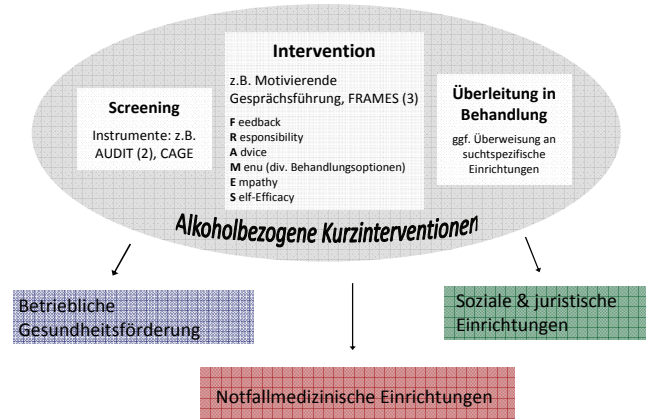
<sup>1</sup> Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg  
<sup>2</sup> Institute of Health & Society, Newcastle University, United Kingdom

### Hintergrund

- Alkoholbezogene Kurzinterventionen (KI) im Rahmen der primärärztlichen Versorgung gelten als effektives Instrument in der frühzeitigen Identifizierung und Behandlung von Menschen mit schädlichem Alkoholgebrauch (1).
- Ziel dieser Übersichtsarbeit ist eine systematische Darstellung der Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen in Einrichtungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Notfallmedizin, sowie in sozialen Einrichtungen oder im Strafvollzug.

### Methodik

- Literaturanalyse auf Grundlage von spezifisch systematischen Suchtstrategien in medizinisch-psychologischen Literaturdatenbanken (MEDLINE, EMBASE, PSYCinfo, etc.).
- Einschlusskriterien: Englische Sprache, Veröffentlichungszeitraum 2002-2012, (randomisiert -) kontrollierte Interventionsstudien; Kriterien für Intervention: Training & Manualisierung, Einzelsitzung bis max. 40 Min/ bis zu 4 Sitzungen à max. 30 min



### Ergebnisse

- Randomisiert-kontrolliertes Design in allen 49 eingeschlossenen Studien. Methodische Qualität nach adaptierter SIGN Checkliste (4): Range 15-26 (erreichbares Maximum: 27 Punkte), Median 21.
- Heterogene Zielkriterien: Trinkmenge (z.B. g/Woche, Trinktage, Häufigkeit von „binge drinking“-Episoden) als häufigstes Zielkriterium, Wert in Diagnoseinstrument (z.B. *Alcohol use disorder identification test*, AUDIT (2)), Biomarker (z.B. Transaminasen), Blutalkoholkonzentration, alkoholbezogene Probleme, Änderungsbereitschaft; spezifische Kriterien: wiederholtes alkoholisiertes Autofahren, Straffälligkeit, wiederholte Unfälle unter Alkoholeinfluss, etc..
- Art und Umfang der KI heterogen: z.B. personalisierte Rückmeldung zur Trinkmenge, 1-4 Sitzungen nach FRAMES Ansatz (3), teils zusätzliche Ausgabe von Broschüren, Auffrischungstelefonate
- Kontrollinterventionen: Unterschiedliche Intensität, z.B. Ausgabe von Broschüren, unspezifische Empfehlungen; teils personalisierte Trinkmengenrückmeldung auch in den Kontrollgruppen

Betriebliche Gesundheitsförderung	Notfallmedizinische Einrichtungen	Soziale & juristische Einrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>8 Studien</b> erfüllten Einschlusskriterien (5 USA, 2 Europa, 1 Japan)</li> <li>• Vorwiegend größere Firmen</li> <li>• 4 Studien untersuchten internetbasierte Interventionen</li> <li>• Eine Studie mit 12-Monats Follow-up, sonst max. 3 Monate</li> <li>• <b>7 von 8 Studien Überlegenheit der KI in mindestens einem Zielparameter zur Trinkmenge</b></li> <li>• Internetbasierte Interventionen: Effekt in 3 von 4 Studien</li> <li>• Keine Überlegenheit der KI im 12-Monats-Follow-up</li> <li>• Niedrige Beteiligungsraten auffallend (z.B. 2% aller Beschäftigten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>34 Studien</b> (21 USA, 10 Europa, 2 Australien 1 Brasilien)</li> <li>• Screening (z.B. mit AUDIT, teils computergestützt) von Patienten mit Verletzungen/nach Unfällen</li> <li>• Bei auffälligem Alkoholkonsum Kurzintervention (meist einzelne Sitzung; durchgeführt von Ärzten/Pflegepersonal/externen Mitarbeitern)</li> <li>• Follow-up meist nach 3, 6 oder 12 Monaten, Dropouts 60-90%</li> <li>• <b>18 von 34 Studien: Überlegenheit der KI in mindestens einem Zielparameter zur Trinkmenge</b> (davon teils nur für bestimmte Subgruppen, n = 4; oder nur kurzzeitig, n = 4)</li> <li>• In 11 Studien signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen</li> <li>• Länger anhaltender Effekt der KI auf Trinkmenge im 12-Monats Follow-up: 3 von 18 Studien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>7 Studien</b> (4 USA, 1 Europa, 1 Kanada, 1 Australien)</li> <li>• höchst unterschiedliche Bereiche: Strafvollzug/ Fahreignung (n = 3), Hilfe für Wohnungslose (n = 2), Suchtberatungsstellen (n = 2)</li> <li>• <b>3 von 6 Studien: Überlegenheit der KI in mindestens einem Zielparameter</b> (1 Studie: KI einer 6-wöchigen Verhaltenstherapie nicht unterlegen)</li> <li>• 4 von 5 Studien Signifikante Trinkmengenreduktion in beiden Gruppen</li> <li>• Je schwächer die Ausprägung von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, desto stärker der Effekt der Kurzintervention</li> <li>• <i>Strafvollzug/Fahreignung</i>: Trinkmengenreduktion auch bei Kontrollgruppe, Effekt auf Rezidivraten nur in depressiver Subgruppe</li> <li>• <i>Wohnungslosenhilfe</i>: keine Trinkmengenreduktion; eine Studie berichtet häufigere Aufnahme von Suchtbehandlungen nach KI</li> <li>• <i>Suchtberatungsstellen</i>: KI genauso effektiv wie kognitive Verhaltenstherapie, bei Integration in Raucherentwöhnungsbehandlung Effekt der KI hinsichtlich Trinkmengenreduktion</li> </ul>

### Diskussion

- Im Gegensatz zum primärärztlichen Sektor liegen in den hier untersuchten Settings nur sehr wenige (europäische) Studien vor, v.a. in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in sozialen / juristischen Einrichtungen.
- Überlegenheit der KI meist nur kurzzeitig (3-6 Monate); jedoch häufig Zeiteffekt; d.h. deutliche, aber vergleichbare Verbesserungen (Trinkmenge, riskantes Trinkverhalten) in Interventions- und Kontrollgruppen.
- Lassen Verbesserungen in den Kontrollgruppen auf einen Effekt des Screenings schließen? Abgrenzbarkeit zur Kontrollintervention war teilweise kaum gegeben: z.B. durch personalisierte Rückmeldungen zur Trinkmenge in beiden Gruppen.
- Inwieweit waren äußere Anlässe (Unfall nach Alkoholkonsum, Führerscheinverlust) hinreichend für eine Reduktion des Alkoholkonsums? Oder stellen diese vielmehr einen idealen Rahmen für Interventionen dar?
- Insgesamt besteht weiterer Forschungsbedarf., insbesondere in nichtmedizinischen Bereichen. Zukünftige Studien sollten stärker den speziellen Erfordernissen des jeweiligen Settings angepasst sein und auch Zielkriterien beinhalten, die über reine Selbstangaben zum Trinkverhalten hinausgehen. Zudem stellt sich die Frage, wie „kurz“ Kurzinterventionen sein dürfen, um langfristige Effekte zu bewirken.

### Literatur

(vollständige Auflistung der eingeschlossenen Studien siehe beigelegtes Handout)

1. Kaner, E., et al. *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. Issue 2.
2. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J. G., & Monteiro, M.G., (2001). AUDIT: The alcohol use disorders identification test; guidelines for use in primary care (2nd ed.). World Health Organisation. Department of Mental Health and Substance Dependence.
3. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>