

*Internet-based self-help for  
problem drinkers: Initial  
results*

**Keywords**

Internet-based treatment, alcohol,  
self-help, treatment, evaluation

**Abstract**

**Aims:** To evaluate an internet-based self-help programme for alcohol problems (ISA) with respect to usage, participant satisfaction, and its effects on drinking behaviour. **Method:** In a naturalistic retrospective cohort study, data from 3,154 participants and 290 questionnaires were evaluated. **Results:** 150 participants use the ISA each month. The retention rate is 4%. Participants appreciate the flexibility, anonymity, and accessibility of the ISA. Alcohol consumption decreased by 2 glasses per day. **Conclusions:** The reduction in alcohol consumption caused by the ISA corresponds to that of the first randomized trial of web-based self-help for problem drinkers. Self-help via the internet offers new possibilities, and it challenges the addiction-treatment system.

► Matthijs Blankers<sup>2</sup>, Udo Nabitz<sup>1,2</sup>, Roel Kersemakers<sup>1</sup>, Mark Schramade<sup>1</sup> & Gerard Schippers<sup>2</sup>

## Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol: Erste Ergebnisse

**Schlüsselwörter**

Internettherapie, Alkohol, Selbsthilfe, Behandlung, Evaluation

**Zusammenfassung**

**Fragestellung:** Wird das Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol (ISA) von Problemtrinkern genutzt? Wie wird das Programm von den Teilnehmern bewertet? Welchen Effekt hat das Programm auf das Trinkverhalten? **Methodik:** In einer naturalistischen retrospektiven Kohortenstudie wurden die vorhandenen Daten des Internetprogramms (n = 3154) und der Fragebogenerhebung (n = 290) evaluiert. **Ergebnisse:** Monatlich finden 150 Teilnehmer Zugang zu dem Internetprogramm ISA. Die Haltequote liegt bei 4%. Die Teilnehmer schätzen die Flexibilität, Anonymität und die Zugänglichkeit. Die Reduktion des Alkoholkonsums liegt bei zwei Gläsern pro Tag. **Schlussfolgerungen:** Die Reduzierung des Alkoholkonsums durch das ISA entspricht den Ergebnissen der ersten randomisierten kontrollierten Studie zur Internetselbsthilfe für Problemtrinker. Selbsthilfe über das Internet bietet neue Möglichkeiten und ist eine Herausforderung für das Suchthilfesystem.

**Einleitung**

Das Internet ist als Quelle für Informationen zu Gesundheitsfragen sehr populär. Drei Viertel der Internetnutzer in den Niederlanden haben im Jahre 2005 Informationen über somatische und psychosoziale Gesundheitsfragen im Netz gesucht und gefunden (RVZ, 2006). In der Übersichtsstudie zur psychischen Gesundheitsversorgung mittels Internet (Riper et al., 2007) wird vor allem die Bedeutung des Internets für die psychosoziale Versorgung hervorgehoben. Die Autoren betonen, dass ein differenziertes Internetangebot mit schnellem Informationszugang Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und einem interaktiven Angebot an Hilfe, Unterstützung und Dienstleistungen sehr viele Menschen mit psychosomatischen Problemen erreichen kann, die noch keine spezialisierte Hilfe wünschen oder für die die Schwelle zum Hilfesystem zu hoch ist. Das Internet ist eine viel versprechende Option, um das Angebot der psychosozialen Versorgung zu erweitern und breit zugänglich zu machen. Damit kann ein entscheidender Beitrag geleistet werden, um das »Treatment Gap in Mental Health«

- 1 Research & Development (OOKI), Prevention, Jellinek, Arkin, Amsterdam
- 2 Amsterdam Institute for Addiction Research, (AIAR), Academic Medical Center, Amsterdam

(WHO, 2005) zu verkleinern. Voraussetzung ist, dass die Internetangebote leicht zugänglich und effektiv sind.

Die ersten Übersichtsstudien über Internetangebote zur psychosozialen Gesundheitsversorgung vermitteln einen Eindruck über die Entwicklungen der letzten 10 Jahre. Riper et al. (2007) listet für die Niederlande 13 Internetangebote zu Depression und drei Therapien zur Angstbehandlung auf und analysiert acht wissenschaftliche Effektstudien zur Internetberatung und -behandlung von Depressionen und 13 Studien über Internetangebote bei Angststörungen. Die Metaanalyse der Depressionsstudien zeigt, dass die Internetprogramme effektiv sind. Die Effektgrößen der randomisierten kontrollierten Studien liegen im Mittel bei 0,60 für die Behandlung von Depressionen, und bei 1,10 bei Angststörungen. Erste Schätzungen zu Kosten der Internettherapie und zum Gewinn an Lebenszeit, hochgerechnet auf die Bevölkerung, sind positiv (Spek, 2006).

Für Niederländer, die im Internet Informationen über Hilfe bei Alkoholproblemen suchen, gibt es 13 Internetangebote, davon 4 Websites mit einem Behandlungs- oder Selbsthilfeprogramm. Über die Effektivität der Internet-Behandlungen bei problematischem Gebrauch von Alkohol oder Drogen wurde bisher wenig publiziert (Cope land & Martin, 2004). Eine Ausnahme bildet die kürzlich veröffentlichte randomisierte Effektstudie des Selbsthilfeprogramms »Weniger Trinken« (WT). 261 Klienten wurden randomisiert auf das Internet-Selbsthilfeprogramm und die Wartegruppe verteilt (Riper, 2008). Die Merkmale der Untersuchungsgruppe waren: 50 % Frauen, gemittelt Alter 46 Jahre, 68 % mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, 58 % in Partnerschaft lebend und 72 % in festem Arbeitsverhältnis. Das Selbsthilfeprogramm ist modular aufgebaut, basiert auf kognitiver Verhaltenstherapie, dauert sechs Wochen und wird ohne Kontakt zu einem Therapeuten durchgeführt. Als wichtigstes Effektmaß wurde der Alkoholkonsum nach sechs Monaten definiert. Vor der Intervention

lag der Konsum pro Tag bei fünf Standard-Gläsern (Baseline) und bei der Follow-up Erhebung wurde eine Konsumreduktion von 2 Gläsern pro Tag in der Experimentalgruppe und von einem halben Glas pro Tag in der Kontrollgruppe nachgewiesen. Die statistische Analyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und eine Effektgröße von 0,40.

Alle Suchthilfe-Einrichtungen in den Niederlanden haben eine Website mit allgemeinen Informationen über Behandlung, Eingangskriterien und Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme. Einige Einrichtungen verfügen über erweiterte, interaktive Websites mit Animationen, Filmen, Tests und Ratschlägen. Eine der größten Websites bietet neben Informationen über Substanzen, Risiken und Abhängigkeitserkrankung, Selbst-Tests zu Konsummustern und Ratschläge zur Bewertung und Veränderung des eigenen Konsums von Alkohol, Drogen, Nikotin sowie zu problematischem oder pathologischem Spielverhalten. Als weitere Option bietet sie einen Zugang zu verschiedenen Behandlungsprogrammen der Einrichtung und zu substanzspezifischen Internet-Selbsthilfe-Programmen. Wenige Mausklicks genügen, um das »Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol« (ISA) zu starten und die verschiedenen Module des Programms interaktiv zu nutzen. Das Konzept der Internet-Selbsthilfe sieht vor, dass die Teilnehmer mit verhaltenstherapeutischer Anleitung ohne geregelten Kontakt zu einem Therapeuten an der Veränderung ihres Konsumverhaltens arbeiten. Die Nutzung des Internetprogramms Selbsthilfe Alkohol ist kostenfrei, so dass die Zugangsschwellen niedrig sind. Das »Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol« (ISA) entspricht in der Struktur und dem modalem Aufbau dem Programm »Weniger Trinken« (WT).

Das ISA wurde von einer Arbeitsgruppe aus Suchtfachleuten, Präventionsmitarbeitern und einer Internet-Firma entwickelt. Mehrere Selbsthilfemodule wurden in interaktive Internetmodule übersetzt und zu einem »Internetprogramm Selbsthilfe

Alkohol« gebündelt (Edividual, 2007). Mit seinem Stepped Care Ansatz ist es im Grenzbereich zwischen Prävention und ambulanter Beratung angesiedelt und stellt eine niedrighschwellige Erweiterung des Beratungs- und Hilfesystems dar. Nach der erfolgreichen Testphase war das Internetprogramm ab September 2003 zugänglich und die Arbeitsgruppe verlagerte den Focus auf die wissenschaftliche Begleitforschung und die Optimierung des ISA. Das Forschungsinteresse lag dabei auf der Beschreibung der Gruppe der Nutzer und der Evaluation der Effektivität. Darüber hinaus erfolgte ein Vergleich zwischen der randomisierten kontrollierten Effektstudie zum Internetprogramm »Weniger Trinken« (WT) und der Evaluation des »Internetprogramms Selbsthilfe Alkohol« (ISA) hinsichtlich der in beiden Programmen erzielten Konsumreduktion (Blankers, 2005; Blankers et al., 2007).

Der Evaluationsstudie lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

1. Wie viele und welche Benutzer schreiben sich pro Monat für das Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol ein (Zugang) und wie viele schließen das Programm ab (Haltequote)?
2. Welche Erfahrungen machen die Teilnehmer mit dem Selbsthilfeprogramm und wie schätzen sie es ein?
3. Welche Verbesserungsvorschläge haben die Teilnehmer?
4. Welchen Effekt hat das Programm auf das Trinkverhalten?

Für diese Evaluationsstudie wurde im Juli 2005 jeder Benutzer per E-Mail angeschrieben, sodass alle Benutzer im Zeitraum September 2003 bis Juli 2005 erfasst wurden.

## Methoden

### Design, Datenerhebung und Fragebogen

Das Design dieser Studie orientiert sich an den in der Evaluationsforschung üblichen, naturalistischen retrospektiven Kohortenstudien (Bortz & Doring, 2005). Über einen Zeitraum von 22 Monaten wurden Daten zu

den Teilnehmern des Selbsthilfeprogramms erhoben und ausgewertet. Als Datenquellen dienten zum einen die im Internet erhobenen Daten zur Nutzung des Programms, die in einer Datenbank gesammelt wurden, und zum anderen Daten aus einer internetbasierten Fragebogenerhebung. Auf dieser Grundlage sind eine systematische Beschreibung der Teilnehmergruppe und Vergleiche mit anderen Studien, jedoch keine Schlüsse über kausale Zusammenhänge, möglich.

### Datenerhebung

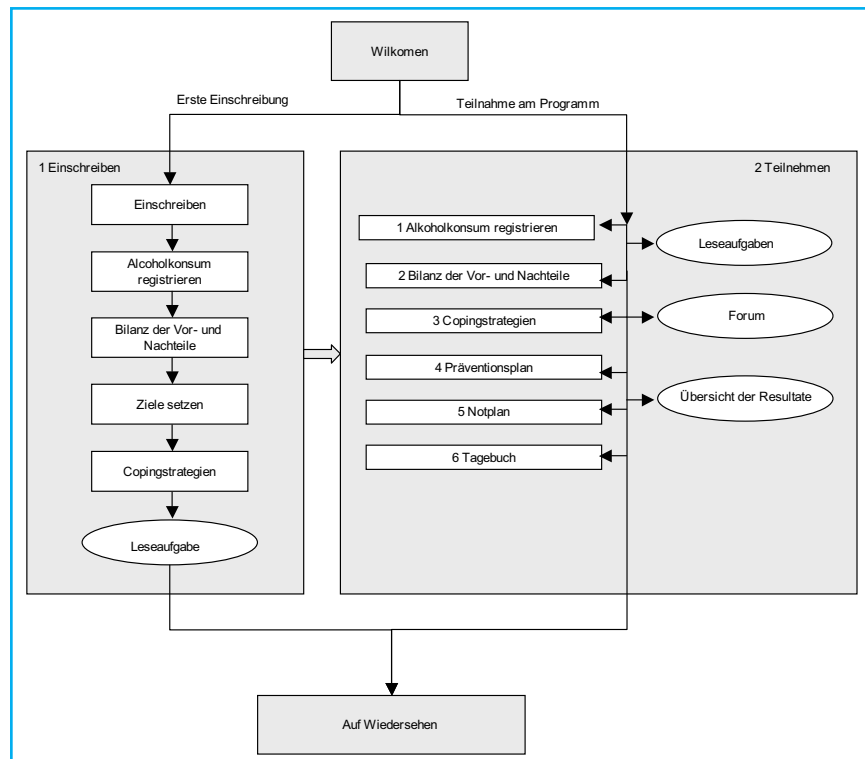
Die Internettherapie hat den großen Vorteil der automatischen Datenerhebung. Sobald sich ein Benutzer eingeschrieben hat und Teilnehmer des Selbsthilfeprogramms geworden ist, werden alle Interaktionen der Teilnehmer am Bildschirm in der Internetdatenbank anonym gespeichert. Auf diese Weise stehen Anmeldeinformationen, Angaben zum Alkoholkonsum sowie Protokolle über die Arbeit der Teilnehmer mit den Selbsthilfe-Modulen für eine Auswertung zur Verfügung.

Teilnehmer des Selbsthilfeprogramms wurden über die Untersuchung informiert und zur Mitarbeit aufgerufen. Die Teilnehmer, die bereit waren, an der Evaluationsstudie mitzuwirken, konnten per Mausklick einen Fragebogen aufrufen. Um zur Mitarbeit zu motivieren wurde unter allen Teilnehmern, die den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt hatten, ein iPod von Apple verlost.

Die demographischen Merkmale und der Alkoholkonsum wurden entsprechend dem Addiction Severity Index formuliert (Hendriks et al., 1989). Die Fragen über den Zugang und die Gründe für die Teilnahme an der Internet-Therapie wurden neu entwickelt. Die Fragen über die Zufriedenheit und die Bewertung der Module waren von dem GGZ-Thermometer (Kok & Mulder, 2005) abgeleitet, ein Zufriedenheitsfragebogen der Niederländischen Suchthilfeeinrichtungen.

Ein zentraler Baustein des Internetprogramms ist das Monitoring des täglichen Alkoholkonsums. Bei der

Abbildung 1: Module des Internetprogramms Selbsthilfe Alkohol



Anmeldung zur Teilnahme wird nach dem Alkoholkonsum der letzten Woche gefragt (Baseline). Danach kann ein Teilnehmer täglich Angaben zum Suchtverlangen (Craving) und zu den Situationsmerkmalen des Konsums machen. Als Messgröße für den Alkoholkonsum werden die in den Niederlanden gängigen Standard-Gläser (10 g reiner Alkohol) abgefragt. Auf dieser Grundlage wird der Alkoholkonsum berechnet.

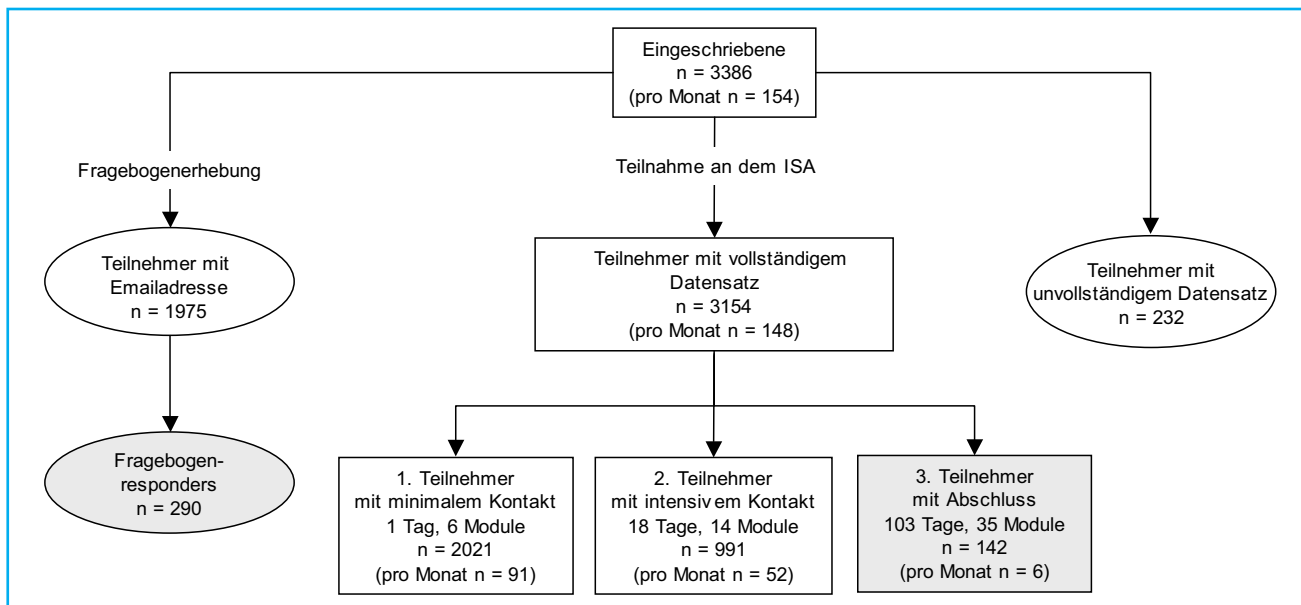
### Intervention: Das Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol (ISA)

Bei der Entwicklung des Internetprogramms wurde als Ziel angestrebt, den Teilnehmern eine verbesserte Einschätzung und Kontrolle über ihren Alkoholkonsum und daran geknüpfte Verhaltensweisen zu ermöglichen. Die Selbsthilfe-Module sind auf der Grundlage von Protokollen der kognitiven Verhaltenstherapie bei Alkoholproblemen entwickelt worden. Diese werden in der niederländischen Suchthilfe als »Lebensstiltraining« bezeichnet und angewandt (De Wildt, 2000). Alkohol- oder Drogenkonsum werden dabei als

situationsspezifisches, gelerntes Verhalten angesehen. Die Interventionen zielen darauf ab, die zum Konsum führenden Umgebungsfaktoren und die damit verknüpften subjektiven Reaktionen zu erkennen und zu vermeiden. Die Trainingsmodule bieten Alternativen an, um Emotionen oder Impulse zu regulieren. Ziel jedes Moduls ist es, neue Kognitionen und neues Verhalten zur Bewältigung von Craving einzuüben und zu trainieren (Waldron & Kaminer, 2004).

Die Homepage der Einrichtung enthält einen Link mit Zugang zum Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol. Die Anmeldung zur Teilnahme an dem Selbsthilfeprogramm erfolgt interaktiv am Bildschirm als automatisierter Vorgang, ohne zusätzliche administrative Schritte oder Kontaktpersonen, und erfordert nur wenige Minuten. Die Anzahl der Personen, die sich gleichzeitig einschreiben oder das Programm online nutzen können, ist nicht abhängig von der Verfügbarkeit von Personal oder Öffnungszeiten. Die Vertraulichkeit und Anonymität sind durch die Möglichkeit fiktiver Benutzernamen, Kenn-

Abbildung 2: Zugang, Haltequote und Fragebogenerhebung



wortschutz und das Angebot, eine neue Emailadresse zu wählen, gewährleistet.

In Abbildung 1 werden die verschiedenen Module der Selbsthilfe Alkohol aufgezeigt. Nach der Anmeldung wird als Erstes nach dem Alkoholkonsum während der vergangenen Woche gefragt. Im folgenden Schritt werden die Vor- und Nachteile des Konsums exploriert. Darauf aufbauend kann der Teilnehmer seine individuellen Ziele festlegen, z. B. Konsumreduktion an bestimmten Tagen oder auch Beendigung des Konsums. Am Ende dieses ersten Teils erhält der Teilnehmer Ratschläge zum Umgang mit seinem Suchtmittelverlangen (Craving).

Der zweite Teil des Selbsthilfeprogramms umfasst sechs Behandlungsmodule, eine Übersicht über die erzielten Resultate, verschiedene Leseaufgaben und ein Forum, in dem die Teilnehmer miteinander Kontakt aufnehmen können. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, per Email mit der Einrichtung Kontakt aufzunehmen.

#### Vier Prinzipien der Behandlung

Die Internettherapie beruht auf vier Prinzipien:

(1.) Monitoring des Alkoholkonsums und von Risikosituationen und darauf aufbauend das Festlegen von

persönlichen Zielen. Der Teilnehmer protokolliert täglich seinen Alkoholkonsum am Bildschirm und beschreibt dabei die Umgebungsfaktoren.

(2.) Feedback. Das Feedback wird automatisch durch Vergleich des vom Teilnehmer registrierten Alkoholkonsums mit seinen festgelegten Zielen erstellt. Auf diese Art und Weise wird es für die Teilnehmer selbst einsehbar, in wieweit ihre Ziele erreicht wurden und wie sich ihr Alkoholkonsum entwickelt.

(3.) Erlernen von neuem Verhalten und Fertigkeiten. Die Teilnehmer erhalten Leseaufgaben über den Umgang mit Alkoholverlangen und sozialem Druck. Es werden Informationen zur Bedeutung, Förderung und Entwicklung von Veränderungsmotivation bzw. zur Identifikation von Risikosituationen vermittelt und mit Beispielen anschaulich gemacht. Die Teilnehmer werden ermuntert, ein Tagebuch zu führen. Die Website bietet einen privaten geschützten Raum für Aufzeichnungen, die jederzeit aufgerufen und nachgelesen werden können.

(4.) Anonymer Kontakt zu anderen Betroffenen. Auf der Forum-Seite des Internetprogramms können die Teilnehmer ihre Erfahrungen austauschen. So entsteht eine Selbsthilfe-Gruppe im

Internet, in der die Teilnehmer einander unterstützen, sich gegenseitig motivieren und beraten können. Im Notfall kann ein Teilnehmer auch die Einrichtung erreichen, allerdings wird diese Option nicht betont oder gefördert.

#### Ergebnisse

##### Zugang und Haltequote

In 22 Monaten zwischen September 2003 und Juli 2005 haben sich über 3386 Benutzer auf der Website der Einrichtung neu eingetragen und wurden in der Datenbank gespeichert. Von 3154 Teilnehmern, das sind im Durchschnitt ca. 150 pro Monat, sind die Daten vollständig und in anonymisierter Form verfügbar. Im Durchschnitt sind die Teilnehmer 40,3 Jahre alt (MW = 40,3; SD = 10,4) und 41 % sind Frauen. 61 % haben eine abgeschlossene Fachhochschul- oder Universitätsausbildung. 68 % gehen einer bezahlten Erwerbsarbeit nach. 27 % wohnen in Amsterdam oder in einer der umliegenden Gemeinden. Die Teilnehmer gaben an, dass sie im Durchschnitt sechs Gläser alkoholhaltige Getränke pro Tag trinken.

Die Teilnehmer wurden anhand ihrer Nutzungsprofile in drei Gruppen eingeteilt:

1. Teilnehmer mit minimalem Kontakt: Ungefähr 64 % (n = 2021)



der Eingeschriebenen haben einen vollständigen Datensatz ausgefüllt und den ersten Teil des Selbsthilfeprogramms (gemittelt 6 Module) bearbeitet. Danach hatten sie keinen Kontakt mehr zum Internetprogramm.

2. Teilnehmer mit intensivem Kontakt: Von den Eingeschriebenen mit vollständigem Datensatz besuchten 31 % (n = 991) das Selbsthilfeprogramm noch mindestens ein zweites Mal, bearbeiteten im Mittel 14 Module im Laufe von gemittelt 18 Tagen, schlossen jedoch das Selbsthilfeprogramm nicht ab.
3. Teilnehmer mit Abschluss: Eine kleine Gruppe von 4 % (n = 142) oder sechs Teilnehmern pro Monat hat intensiv teilgenommen, bearbeitete 35 Module und schloss das Programm regulär ab. Diese Gruppe hat mindestens vier Wochen – im Durchschnitt 103 Tage lang – mit dem Programm gearbeitet.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Zugang hoch, aber die Haltequote niedrig ist.

#### Erfahrungen und Bewertungen der Teilnehmer

An die 1975 Teilnehmer mit einer gültigen Emailadresse wurde per Email ein Fragebogen versandt. 290 Teilnehmer (Responserate 15 %) haben die Fragen beantwortet, so dass die zweite und dritte Fragestellung beantwortet werden konnten. Der Vergleich zwischen den Respondern und den Nonrespondern ist bezogen auf einige Variablen möglich und zeigt, dass die beiden Gruppen in Geschlecht, Ausbildungsniveau, Alkoholkonsum, Wohnort und Intensität der Nutzung des Selbsthilfeprogramms übereinstimmen, aber Unterschiede in Alter (Responder MW = 43,7 Jahre; Nonresponder MW 40,0 Jahre;  $t = 6,02$ ;  $P < 0,05$ ;  $df = 3230$ ) und Dauer der Teilnahme am Selbsthilfeprogramm aufweisen; (Responder MW = 25,0; Nonresponder MW = 8,9 Tage;  $t = 3,22$ ;  $P < 0,05$ ;  $df = 3418$ ).

Auf der Grundlage der Email-Befragung kann die Gruppe der Responder

(n = 290) wie folgt beschrieben werden: Es nahmen beinahe ebenso viele Männer wie Frauen mit einem Lebensalter knapp über 40 Jahre teil. 45 % charakterisieren ihren Alkoholkonsum als riskant. Der durchschnittliche Alkoholkonsum liegt bei 6,7 Gläsern pro Tag. 21 % betrachten sich selbst als langfristig alkoholabhängig. Für 21 % war die Teilnahme an dem Selbsthilfeprogramm der erste Versuch, etwas gegen ihren Alkoholkonsum zu tun. 18 % waren bereits einmal in einer Suchthilfeeinrichtung in Behandlung. 22 % hatten ihre Probleme mit Alkohol mit ihrem Hausarzt besprochen. Die übrigen 39 % nannten andere Behandlungsversuche und Institutionen, z.B. die Anonymen Alkoholiker, Foren im Internet und Gespräche mit einem Psychologen.

Hauptmotiv für die Nutzung des Internets als Hilfestellung zur Bewältigung des Alkoholproblems war für mehr als die Hälfte der Responder die Tatsache, dass sie anonym bleiben konnten und dass das Selbsthilfeprogramm flexibel und leicht zugänglich war. Mit der Teilnahme waren keine Verpflichtungen verbunden und man konnte auch außerhalb der offiziellen Bürozeiten mit dem Programm arbeiten. Tatsächlich fanden 40 % der Zugriffe auf die Selbsthilfemodule außerhalb der Bürozeiten und 27 % am Wochenende statt. Nur 20 % der Responder gaben an, dass sie eine reguläre Behandlung gewählt hätten, wenn es das Selbsthilfe-Modul nicht gegeben hätte. Eine kleine Gruppe von 15 % würde beim nächsten Mal Unterstützung bei einer regulären Suchthilfeeinrichtung suchen. Suchthilfe über das Internet spricht offenbar nicht die gleichen Personen an wie die regulären Behandlungen.

#### Zufriedenheit und Verbesserungen

83 % der Responder sind zufrieden mit der Benutzerfreundlichkeit des Selbsthilfeprogramms; es wurde durchschnittlich mit ausreichend bis befriedigend (6,4 des Niederländischen Schulnotensystems 1–10) bewertet.

Auf die Frage nach Verbesserungen des Internetprogramms antworteten

**Tabelle 1: Verbesserungsvorschläge der Responder**

Thema	Anzahl Personen	%
Interaktion mit einem Therapeuten	32	21,9
Interaktion mit der Suchthilfe	18	12,3
Interaktion mit anderen Teilnehmern	14	9,6
Verbesserung der Website	26	17,8
Vertiefende Information	7	4,8
Keine Verbesserungsvorschläge	27	18,5
Andere Vorschläge	22	15,1
Summe	146	100,0

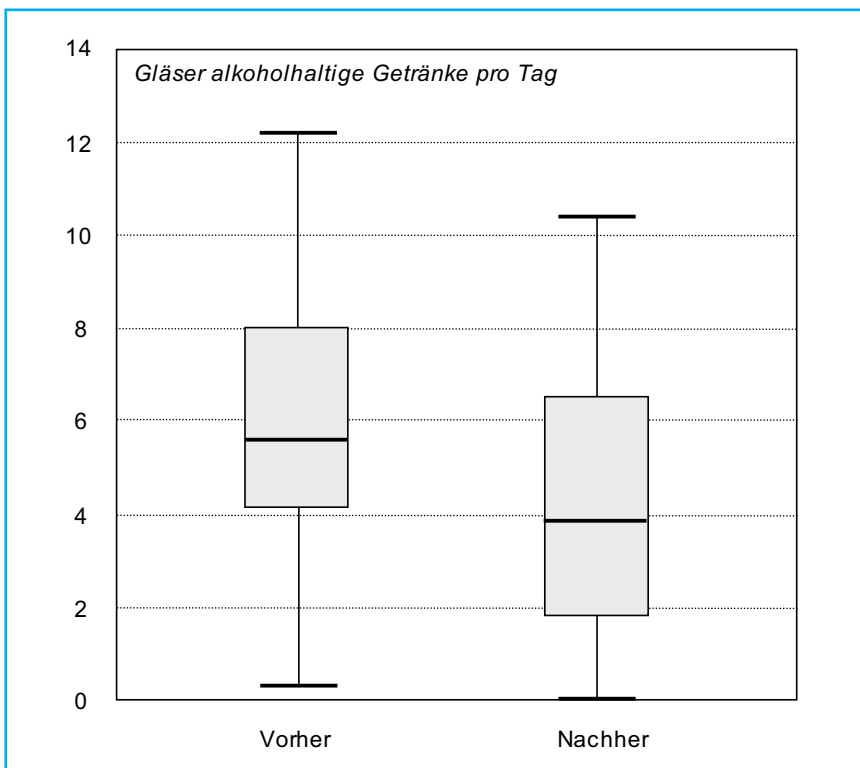
146 von den 290 Respondern (vgl. Tabelle 1). Dabei wurde am häufigsten die fehlende Interaktion mit Beratern und Therapeuten kritisiert. 22 % wünschten eine Möglichkeit zum persönlichen Kontakt mit einem Therapeuten oder Mitarbeiter bzw. ein direktes und persönliches Feedback oder auch eine persönliche Kontaktaufnahme per Email nach einer Periode eigener Inaktivität im Programm. 12 % vermissten die persönliche Interaktion mit anderen Teilnehmern. 18 % der Responder sahen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Struktur und Übersichtlichkeit der Module oder nannten technische Aspekte wie die Zugänglichkeit mit älteren Webbrowsern. 19 % verneinten die Notwendigkeit von Verbesserungen.

#### Veränderung des Alkoholkonsums

Die vierte Frage der Studie bezieht sich auf den Effekt des Selbsthilfeprogramms auf das Trinkverhalten. 3154 Personen registrierten sich im Verlauf von 22 Monaten als Teilnehmer. Im Rahmen der Fragebogenerhebung machten 258 Teilnehmer Angaben zum Alkoholkonsum in der Woche vor der Einschreibung.

In der Abbildung 3 geben die Boxplots die Anzahl der konsumierten Gläser alkoholhaltiger Getränke pro Tag wieder. In der ersten Messung lag der Median knapp unter sechs Gläsern, d. h. die Hälfte der 258 Teilnehmer trank sechs Gläser oder weniger, die andere Hälfte trank mehr als sechs Gläser pro Tag (Median). Der Mittel-

Abbildung 3: Alkoholkonsum der Teilnehmer am Selbsthilfeprogramm



wert lag bei 6,3 Gläsern. Die unterste und die oberste Linie geben jeweils den niedrigsten (weniger als 1 Glas) und den höchsten Wert (mehr als 12 Gläser) wieder.

In der Woche vor Beginn des Selbsthilfeprogramms trank die Hälfte dieser Responder zwischen vier und acht Gläser alkoholhaltiger Getränke pro Tag.

Im Boxplot der zweiten Messung liegt der Median bei vier Gläsern. In der Woche vor Abschluss des Selbsthilfeprogramms waren 31 Teilnehmer abstinent und trank die Hälfte der Responder zwischen zwei und sechs Gläser alkoholhaltige Getränke pro Tag. Der Mittelwert lag bei 4,5. Die Differenz zwischen erster und zweiter Messung beträgt 1,8 Gläser und ist statistisch signifikant (Beginn MW = 6,3; Ende MW = 4,6;  $t = 6,97$ ;  $p < 0,05$ ;  $df = 257$ ).

### Diskussion

Das »Internet Programm Selbsthilfe Alkohol« (ISA) wurde als modulares interaktives Programm entwickelt und im Internet zur Verfügung gestellt. Mit monatlich annähernd 150 neuen Teil-

nehmern übertrifft das ISA mit seiner Reichweite die Zahl der Anmeldungen zur regulären Alkoholbehandlung der Einrichtung (Jellinek, 2006).

Neben dem hier beschriebenen Programm sind in den Niederlanden drei weitere Internettherapien für Alkohol verfügbar (Riper et al, 2007). Wir erwarten, dass sich diese Form der Internetbehandlung zu einer bedeutenden Ergänzung der herkömmlichen Beratung und ambulanten Therapie entwickeln wird. Die wachsende Internetdurchdringung der Haushalte und die technischen Möglichkeiten des Internets, zum Beispiel Multimediaapplikationen, eröffnen neue Möglichkeiten des Zugangs zu Menschen mit problematischem Trinkverhalten, die bisher keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten. Gleichzeitig lassen sich durch Internetberatung und Internettherapie die Kosten im Vergleich zur persönlichen Beratung reduzieren. Mit der Erweiterung und Verbesserung der Internetangebote könnte das »Treatment Gap« (WHO, 2005) in der Suchthilfe auf innovative Art und Weise reduziert werden.

Der Vergleich der Teilnehmer des Internetprogramms Selbsthilfe Alkohol mit der Klientel, die sich für die reguläre Behandlung anmeldet, ergibt allerdings auch einige aufschlussreiche Unterschiede und Hinweise darauf, dass auf diesem Weg eine andere Personengruppe erreicht wird als mit der ambulanten Beratung in Suchthilfeeinrichtungen. Das Internetprogramm wird stärker von Frauen mit hohem Ausbildungsniveau genutzt. Ein hoher Prozentsatz ist erwerbstätig. Dieses Resultat bestätigt die Befunde von Postel et al. (2005): Eine neue Gruppe von Klienten, relativ oft weiblich und mit hoher Ausbildung, fühlt sich durch Behandlungen über das Internet angezogen.

Durchschnittlich trinken die Teilnehmer sechs Gläser Alkohol pro Tag. WHO und die British Medical Association empfehlen ein Maximum von zwei bis drei Gläsern Alkohol pro Tag mit zwei bis drei alkoholfreien Tagen pro Woche (British Medical Association, 1995). 80 % der Responder geben an, dass die reguläre Suchthilfe für sie keine Alternative wäre. Die Nutzer des Internetprogramms möchten die Suchtberatung anonym und flexibel nutzen und sich dabei selber nicht als Alkoholiker definieren. Diese Motive sollten ernst genommen werden und Anlass sein, die Internetselbsthilfe und Internetbehandlung im Angebotspektrum der Suchthilfe fest zu etablieren.

Die große Mehrheit der Teilnehmer ist mit der Benutzerfreundlichkeit des Internetprogramms Selbsthilfe Alkohol zufrieden. Etwa 20 % der beantworteten Fragebogen enthielt Vorschläge zur Anpassung und Struktur der Internettherapie. Auffallend ist jedoch die verhältnismäßig schlechte Note, die im Durchschnitt dem Programm ausgestellt wird (ausreichend bis befriedigend). In der Suchthilfe liegt die Durchschnittsnote für die reguläre Therapie ein bis zwei Stufen höher, d. h. befriedigend bis gut (Aarsse et al., 2005). Als Erklärung können technische Probleme bei der Nutzung von Internetprogrammen in Erwägung gezogen werden. Wir vermuten jedoch, dass vor allem das höhere Anspruchsniveau gegen-

über einem interaktiven Internetprogramm sich in der Bewertung niedergeschlagen hat. Vermutlich verglichen die Teilnehmer das Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol mit den Websites von Ebay, Banken und Reisebüros, die mit großem Aufwand entwickelt wurden und in die viel Geld investiert wurde, um die Interaktion zwischen Benutzer und Bildschirm optimal zu gestalten.

Die Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer betreffen vor allem den Kontakt mit einem Therapeuten der Suchthilfe. Die Teilnehmer finden leichten Zugang zu Informationen über Sucht und zum Selbsthilfeprogramm und schätzen die Unabhängigkeit, aber sie wünschen auch eine Möglichkeit des professionellen, persönlichen Kontaktes. Die Kommunikationstechnologien bieten inzwischen vielfältige Möglichkeiten des Kontaktes: Email, SMS Berichte, Chat Sitzungen, Telefonische Kontakte und Kontakte mittels Web-Kamera. Zudem wären im Rahmen der Internetberatung Vermittlungen zur Face-to-Face-Beratung in der Suchthilfe Einrichtung, oder auch Vermittlungen an niedergelassene Ärzte oder niedergelassene Therapeuten möglich. Inwieweit derartige Angebote eine Verbesserung darstellen und effektiv sind, sollte in einer weiteren Studie geprüft werden (Blankers et al., 2008). Insgesamt ist eine Entwicklung absehbar, in der die Internettherapie Teil des Gesamtangebotes einer modernen Suchthilfe und wichtiges Element im Rahmen eines Stepped Care Ansatzes (Riper et al, 2007) wird.

Überraschend ist der Befund, dass das ISA zu einer vergleichbaren Reduktion des Alkoholkonsums geführt hat wie er auch in der randomisierten Effektstudie des Internetprogramms »Weniger Trinken« ermittelt wurde. Die ISA-Studie zeigt eine Reduktion von 1,8 Gläser pro Tag. In der kontrollierten Studie WT liegt die Abnahme des Alkoholkonsums bei zwei Gläsern pro Tag in der Experimentalgruppe und bei 0,5 Gläsern pro Tag in der Kontrollgruppe (Riper et al., 2008).

Im Allgemeinen zeigen experimentelle Effektstudien deutlich günstigere

Ergebnisse als Evaluationsstudien zu Interventionen im Rahmen der regulären Hilfeangebote. Die Übereinstimmung der Effektivität der Internettherapie in Forschung und Praxis ist ein weiteres Argument für den Ausbau des Angebots und für weitere Studien mit dem Ziel der Optimierung dieser Therapieform.

Der gute Zugang zur Internet Selbsthilfe wird allerdings von einer niedrigen Haltequote kontrastiert. 150 Teilnehmer monatlich arbeiten intensiver mit den Selbsthilfemodulen und nur eine kleine Gruppe von monatlich sechs Teilnehmern (4 %) schließt das Programm nach sechs Wochen ab. Eysenbach (2005) weist darauf hin, dass die niedrige Haltequote ein typisches Phänomen aller Internetprogramme ist, zeigt aber auch, dass es erfolgreiche Ansätze gibt, um die Quote zu erhöhen. Weitere Hinweise können den von uns erhobenen Verbesserungsvorschlägen der Teilnehmer entnommen werden. Darüber hinaus bietet die Dokumentation und Auswertung des Teilnehmerverhaltens am Bildschirm eine umfangreiche Datenbasis, um die Wirkung von Optimierungsstrategien auf die Haltequote zu messen. Eine ideale Situation der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung wie sie in der Suchthilfe noch unbekannt ist.

#### Methodologische Beschränkungen

Wie bei jeder praxisnahen Evaluationsforschung hat auch diese Studie eine Reihe methodologische Unvollkommenheiten. Die Non-Responder-raten sind sehr hoch. Lediglich ein kleiner Teil der Teilnehmer schließt das Internetprogramm ab und nur 15 % der Teilnehmer reagierten auf die Fragebogenerhebung. Eine sorgfältige Non-Responseanalyse ist ein erster Schritt um die Ergebnisse überzeugend generalisieren zu können.

Die Identifikation der Teilnehmer über ihre angegebenen Emailadressen ist nicht unproblematisch. Zwar bleibt die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet, jedoch führt das Verfahren zu einigen technischen und methodologischen Problemen. So kann ein Teilnehmer

zwei und mehr Emailadressen benutzen oder mehrere Teilnehmer können unter einer einheitlichen Emailadresse die Selbsthilfe Alkohol nutzen. Es ist zwar wahrscheinlich, dass es dabei um eine sehr kleine Gruppe der Teilnehmer geht, dennoch sollte das Problem empirisch exploriert werden.

Das Design ermöglicht eine Auswertung von Vor- und Nachmessungen. Die Antworten in der retrospektiven Fragebogenerhebung könnten durch Erinnerungseffekte beeinflusst sein. Eine kontinuierliche parallele Erhebung mit wenigen Fragen würde Erinnerungseffekte reduzieren.

Die angewandten Messungen, zum Beispiel die Erhebung des Alkoholkonsums am Bildschirm, haben zwar eine hohe Face-Validität. Eine systematische Validierung im Rahmen der Internetselbsthilfe steht jedoch noch aus. Erste Studien über die Validität der Erhebungen am Bildschirm zeigen, dass es nicht zu Under- und Overreporting kommt (Brodey, Rosen, Brodey, Sheetz, Steinfeld & Gastfriend, 2004).

Diese Probleme stellen eine Herausforderung dar und müssen in zukünftigen wissenschaftlichen Evaluationsstudien der Internettherapie gelöst werden. Die Evaluationsstudien der Internetprogramme haben im Vergleich zu herkömmlichen Studien jedoch den großen Vorteil, dass die Datenerfassung als Beiprodukt des Behandlungsprogramms in der Interaktion der Teilnehmer mit dem Programm erfolgt, und dass keine zusätzlichen administrativen Anstrengungen erforderlich sind, um Daten zu erheben.

#### Schlussfolgerung

Die Ergebnisse mit dem »Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol« (ISA) legen den Schluss nahe, dass diese Form der Suchthilfe ein wichtiger Bestandteil des zukünftigen regulären Hilfeangebots werden kann und sollte. Mit dem Internetprogramm wird auf eine unkonventionelle Weise eine Gruppe von Menschen erreicht, die mehr Kontrolle über ihr Trinkverhalten gewinnen wollen. Zudem zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass die Behandlungseffekte

im Rahmen der regulären Suchthilfe positiv und mit der ersten randomisierten kontrollierten Studie vergleichbar sind. Eine große Herausforderung ist die Verbesserung der Haltequote der Internetprogramme, wozu das Internet neue Möglichkeiten bietet. So wurden mit Erfolg bei dem entwickelten Internetprogramm »Alkohol Selbsthilfe für schlecht hörende und taube Personen« Videofilme eingefügt um einen größeren persönlichen Bezug herzustellen. Das Repertoire der möglichen Interventionen für die Suchthilfe im Internet ist vielseitig, vielversprechend und innovativ und bietet viele Chancen zur Erweiterung und Erneuerung des regulären Hilfesystems.

#### Schlussfolgerungen für die Praxis

- Ein interaktives Internetprogramm zur Selbsthilfe bei Alkoholproblemen wurde nach kognitiv verhaltenstherapeutischen Prinzipien entwickelt und als kostenlose modulare Internettherapie einer Suchthilfe-Einrichtung angeboten.
- Monatlich machten 150 Alkoholproblemtrinker Gebrauch von dem Programm, aber nur 6 Teilnehmer schlossen das Internetprogramm regulär ab. Dennoch sind die Teilnehmer zufrieden über das Angebot. Die Reduktion des Alkoholkonsums der Teilnehmer betrug 2 Gläser pro Tag.
- Mit dem Internetprogramm wird eine Gruppe Problemtrinker erreicht die bis jetzt nicht zu den regulären ambulanten Beratungsstellen Zugang fand: Auffallend ist, dass beinahe die Hälfte berufstätige Frauen im mittleren Alter mit hohem Ausbildungsniveau sind.
- Das Internetprogramm ISA ist nach Meinung der Autoren ausbaufähig und eine vielversprechende Innovation für die Suchthilfe. Es könnte langfristig ein fester Bestandteil des Stepped Care Ansatzes der regulären Suchthilfe werden.

#### Danksagung

Das Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol wurde vom Jellinek Zentrum, dem heutigen Arkin, entwickelt und wurde von der Präventionsabteilung als niedrigschwellige Hilfeleistung angeboten. Die Autoren danken der Arbeitsgruppe Internetbehandlung von Jellinek für die Zusammenarbeit. Das Manuskript wurde von Werner Heinz der JJ Frankfurt redigiert.

#### Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

#### Literatur

- Aarsse, H.R., Nabitz, U.W. & Brink, W. van den (2005). De kwaliteit van de GGZ en de verslavingszorg: waardering door cliënten en bevolking. In A.H.Schene, T.J. Heeren, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe, & J. van Weeghel (Eds.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005–2006*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Blankers, M. (2005). *Zelfhulp via het Internet. Een exploratief onderzoek naar de zelfhulpmodule alcohol op jellinek.nl*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen (FMG), Afdeling Sociale Psychologie.
- Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramme, M., & Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62 (12), 1032–1043.
- Blankers, M., Koeter, M., & Schippers, G. M. (2008) Evaluating real-time internet therapy and online self-help for problematic alcohol consumers, a three-arm RCT protocol (submitted).
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- British Medical Association. (1995). *Guidelines on Sensible Drinking*. London: British Medical Association.
- Brodey, B.B., Rosen, C.S., Brodey, I.S., Sheetz, B.M., Steinfeld, R.R., & Gastfriend, D.R. (2004). Validation of the Addiction Severity Index (ASI) for internet and telephone self-report administration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 253–259.
- Copeland, J. & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 109–116.
- Edividual (2002). *Internet Selbsthilfeprogramm Alkohol*. Amsterdam: Edividual B.V.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (1), e11.
- Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., Limbeek van, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addiction population. *Journal of substance abuse treatment*, 6, 133–141.
- Jellinek (2006). Jaarverslag 2005. Amsterdam: De Jellinek.
- Kok, I. & Mulder, E. (2005). *Clïëntwaardering in de GGZ: handleiding bij de diverse thermometers*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Postel, M.G., Jong de, C.A.J. & Haan de, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2393.
- Riper, H., Smit, F., Zanden van der, R., Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het Ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers a pragmatic randomised trial. *Addiction*, 103 (2), 218–227.
- RVZ (2006). *Nieuwsbericht Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 17. Januar 2006*. Verfügbar unter [www.rvz.net](http://www.rvz.net)
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklidek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 20, 1–10.
- Waldron, H.B. & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99, 93–105.
- WHO (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO library.
- Wildt, W. de (2000). *Achilles leefstijl 1*. Zeist: Cure & Care Publishers.



**Matthijs Blankers**

- 1982 geboren in Amsterdam  
2000 Studium Psychologie  
2006 Abschluss des Psychologiestudiums, Universität Amsterdam  
Seit 2006 Doktorand, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)

**Udo Nabitz**

- 1953 geboren in Weida, Deutschland  
1982 Abschluss des Psychologiestudiums, Eberhard-Karls Universität, Tübingen  
1984 bis 1993 tätig als Psychologe und Forscher im Jellinek Zentrum, Amsterdam  
1993 bis 2006 Senior Forscher, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), Amsterdam und Promotion zum Thema Qualitätsmanagement  
Seit 2007 Senior Qualitätsreferent und Forscher bei JellinekMentrum

**Mark Schramade**

- 1970 geboren in Epe  
1997 Abschluss des Studiums der Technischen Betriebswirtschaft, Universität Eindhoven  
1998 Mitarbeiter des Projekts Business Process Redesign im Jellinek Zentrum  
2004 Leiter der Präventions- und Innovationsabteilung des Jellinek Zentrums  
2007 Direktor des Marktbereiches Kommerzielle Dienste von JellinekMentrum

**Roel Kersemakers**

- 1952 geboren in Amsterdam  
1980 Abschluss des Studiums Sozialpsychologie, Universität Nijmegen  
1982 Mitarbeiter der Präventionsabteilung von Jellinek mit Schwerpunkt Alkohol- und AIDS-Prävention und pathologischen Spielen  
2007 Leitender Mitarbeiter bei JellinekMentrum mit dem Aufgabenbereich Internet und Öffentlichkeitskampagnen der Suchthilfe

**Gerard Schippers**

- 1947 geboren in Den Haag  
1973 Abschluss des Psychologiestudiums an der Universität von Nijmegen  
1973 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität Nijmegen, Schwerpunkt Krisenintervention, Sozial-epidemiologie und Prävention  
Abschluss des Studiums klinische Psychologie  
1981 Promotion zum Thema: Alkoholkonsum und relationale Problematik. Eine sozial-kognitive Studie nach individuellen Unterschieden  
1981 Dozent und Verhaltenstherapeut an der Fachgruppe Klinische Psychologie, Universität von Nijmegen  
Seit 1999 Professor für Suchtverhalten und Behandlungsevaluierung, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), Amsterdam

**Korrespondenzadresse**

M. Blankers, MSc., U. Nabitz, PhD  
Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR),  
Academic Medical Center, Department of Psychiatry, Room PB 0.425,  
PO Box 75867, 1070 AW Amsterdam, The Netherlands.  
m.blankers@amc.uva.nl,  
unabitz@jellinek.nl

Eingereicht: 07.03.2008  
Angenommen: 14.10.2008