

GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Systematischer Review zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei  
Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

**ERGEBNISBERICHT**



GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**

## Impressum

Systematischer Review zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 01.09.2016 – 31.03.2017

Autor: Dr. Dieter Korczak  
GP Forschungsgruppe, Breitscheidstr. 16, 16321 Bernau bei Berlin

Unter Mitarbeit von: Michael Schneider, Gerlinde Steinhauser

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4.

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: Fink & Fuchs AG  
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Berlin, 2018

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.





## Systematischer Review zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### Über das **GKV-Bündnis für GESUNDHEIT**:

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Weitere Informationen: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

## Inhalt

<b>Verzeichnisse</b> .....	6
Tabellenverzeichnis .....	6
Abbildungsverzeichnis .....	7
Abkürzungsverzeichnis .....	8
Glossar .....	9
<b>Abstract</b> .....	10
<b>1 Aufgabenstellung</b> .....	12
<b>2 Zielsetzung des Berichtes</b> .....	12
<b>3 Definition riskanter Alkoholkonsummuster</b> .....	13
<b>4 Definition von Präventionsmaßnahmen</b> .....	13
<b>5 Methodik der Literaturrecherche</b> .....	14
5.1 Systematische elektronische Datenbankrecherche .....	14
5.1.1 Suchstrategie .....	15
5.2 Methodik der Bewertung .....	15
5.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	15
5.2.1.1 Einschlusskriterien .....	15
5.2.1.2 Ausschlusskriterien .....	16
5.2.2 Bewertung der Literatur .....	16
<b>6 Ergebnisse</b> .....	18
6.1 Schulische Interventionen .....	18
6.2 Interventionen an Colleges und Universitäten .....	22
6.3 Familienbasierte Interventionen .....	26
6.4 Multikomponenteninterventionen .....	29
6.5 Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge .....	31
6.6 Gemeindebasierte Interventionen .....	34
6.7 Motivierende Interventionen bei jungen Erwachsenen .....	35
6.8 Limitationen .....	36
6.9 Schlussfolgerung .....	36

<b>7</b>	<b>Studienauswertung</b> .....	39
7.1	Studien zu schulischen Interventionen.....	39
7.2	Studien zu Interventionen an Colleges und Universitäten.....	54
7.3	Studien zu familienbasierten Interventionen.....	85
7.4	Studien zu Multikomponenteninterventionen.....	92
7.5	Studien zu Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge.....	103
7.6	Studien zu gemeindebasierten Interventionen.....	115
7.7	Studien zu motivierenden Interventionen bei jungen Erwachsenen.....	120
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	123
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	132
9.1	Suchbegriffe.....	132
9.2	Rechercheergebnisse.....	134
9.3	Ausgeschlossene Literatur.....	148

## Verzeichnisse

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Risikostufen des Alkoholkonsums .....	13
Tabelle 2: Evidenzbewertung nach Oxford Centre of Evidence-based Medicine .....	16
Tabelle 3: Zusammenfassung schulische Interventionen.....	20
Tabelle 4: Zusammenfassung Interventionen an Colleges und Universitäten .....	23
Tabelle 5: Zusammenfassung familienbasierte Interventionen .....	28
Tabelle 6: Zusammenfassung Multikomponenteninterventionen.....	30
Tabelle 7: Zusammenfassung Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge .....	32
Tabelle 8: Zusammenfassung gemeindebasierte Interventionen.....	34
Tabelle 9: Zusammenfassung motivierende Interventionen bei jungen Erwachsenen .....	35
Tabelle 10: Studie Armitage et al. <sup>4</sup> .....	39
Tabelle 11: Studie Caria et al. <sup>23</sup> .....	40
Tabelle 12: Studie Conrod et al. <sup>26</sup> .....	41
Tabelle 13: Studie Conrod et al. <sup>27</sup> .....	42
Tabelle 14: Studie Dietrich et al. <sup>38</sup> .....	43
Tabelle 15: Studie Drost et al. <sup>42</sup> .....	44
Tabelle 16: Studie Foxcroft und Tsertsvadze <sup>52</sup> .....	45
Tabelle 17: Studie Gmel et al. <sup>57</sup> .....	46
Tabelle 18: Studie Hernández-Serrano et al. <sup>61</sup> .....	47
Tabelle 19: Studie Lammers et al. <sup>74</sup> .....	48
Tabelle 20: Studie Lindenmeyer et al. <sup>75</sup> .....	50
Tabelle 21: Studie Newton et al. <sup>92</sup> .....	51
Tabelle 22: Studie Suchert et al. <sup>113</sup> .....	52
Tabelle 23: Studie Alfonso et al. <sup>2</sup> .....	54
Tabelle 24: Studie Andersson <sup>3</sup> .....	55
Tabelle 25: Studie Bendtsen et al. <sup>7</sup> .....	56
Tabelle 26: Studie Bernstein et al. <sup>10</sup> .....	57
Tabelle 27: Studie Bingham et al. <sup>13</sup> .....	58
Tabelle 28: Studie Carey et al. <sup>22</sup> .....	59
Tabelle 29: Studie Clarke et al. <sup>25</sup> .....	60
Tabelle 30: Studie Conroy et al. <sup>28</sup> .....	61
Tabelle 31: Studie Dedert et al. <sup>35</sup> .....	62
Tabelle 32: Studie DiFulvio et al. <sup>39</sup> .....	63
Tabelle 33: Studie Foxcroft et al. <sup>47</sup> .....	64
Tabelle 34: Studie Henson et al. <sup>60</sup> .....	65
Tabelle 35: Studie Khadjesari et al. <sup>65</sup> .....	66
Tabelle 36: Studie Kypri et al. <sup>72</sup> .....	67
Tabelle 37: Studie LaBrie et al. <sup>73</sup> .....	68
Tabelle 38: Studie Merrill et al. <sup>82</sup> .....	69
Tabelle 39: Studie Miller et al. <sup>84</sup> .....	70
Tabelle 40: Studie Moreira et al. <sup>87</sup> .....	71
Tabelle 41: Studie Neighbors et al. <sup>89</sup> .....	72
Tabelle 42: Studie Palfai et al. <sup>96</sup> .....	74

Tabelle 43: Studie Paschall et al. <sup>97</sup> .....	75
Tabelle 44: Studie Pengpid et al. <sup>99</sup> .....	76
Tabelle 45: Studie Teeters et al. <sup>116</sup> .....	77
Tabelle 46: Studie Voogt et al. <sup>119</sup> .....	78
Tabelle 47: Studien Voogt et al. <sup>120-123</sup> .....	80
Tabelle 48: Studie Wodarski et al. <sup>126</sup> .....	84
Tabelle 49: Studie Bodin und Strandberg <sup>14</sup> .....	85
Tabelle 50: Studie Donovan et al. <sup>40</sup> .....	86
Tabelle 51: Studie Foxcroft und Tsertsvadze <sup>50</sup> .....	87
Tabelle 52: Studie Mares et al. <sup>79</sup> .....	88
Tabelle 53: Studie Mason und Spoth <sup>80</sup> .....	89
Tabelle 54: Studie Özdemir und Koutakis <sup>95</sup> .....	90
Tabelle 55: Studie Pettersson et al. <sup>100</sup> .....	91
Tabelle 56: Studie Bröning et al. <sup>15</sup> .....	92
Tabelle 57: Studie Foxcroft und Tsertsvadze <sup>51</sup> .....	93
Tabelle 58: Studie Koning et al. <sup>66</sup> .....	94
Tabelle 59: Studien Koning et al. <sup>68, 69</sup> .....	95
Tabelle 60: Studie Spoth et al. <sup>111</sup> .....	97
Tabelle 61: Studie Stockings et al. <sup>112</sup> .....	98
Tabelle 62: Studie Toumbourou et al. <sup>118</sup> .....	101
Tabelle 63: Studie Arnaud et al. <sup>5</sup> .....	103
Tabelle 64: Studie Burleson et al. <sup>17</sup> .....	104
Tabelle 65: Studie Cunningham et al. <sup>31</sup> .....	105
Tabelle 66: Studie Diestelkamp et al. <sup>37</sup> .....	106
Tabelle 67: Studie Drummond et al. <sup>43</sup> .....	107
Tabelle 68: Studie Merz et al. <sup>83</sup> .....	109
Tabelle 69: Studie Newton et al. <sup>90</sup> .....	110
Tabelle 70: Studie Suffoletto et al. <sup>114</sup> .....	111
Tabelle 71: Studie Walton et al. <sup>124</sup> .....	112
Tabelle 72: Studie Yuma-Guerrero et al. <sup>129</sup> .....	114
Tabelle 73: Studie Flewelling et al. <sup>45</sup> .....	115
Tabelle 74: Studie Hallgren und Andréasson <sup>59</sup> .....	116
Tabelle 75: Studie Shakeshaft et al. <sup>105</sup> .....	117
Tabelle 76: Studie Wolfson et al. <sup>127</sup> .....	118
Tabelle 77: Studie Bertholet et al. <sup>11</sup> .....	120
Tabelle 78: Studie Bertholet et al. <sup>12</sup> .....	121
Tabelle 79: Studie Gaume et al. <sup>54</sup> .....	122
Tabelle 80: Suchbegriffe .....	132
Tabelle 81: Rechercheergebnisse .....	134
Tabelle 82: Ausgeschlossene Studien .....	148

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm Studienselektion .....	17
---	----

## Abkürzungsverzeichnis

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAC	Blutalkoholkonzentration, engl.: blood alcohol content
BASICS	Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students
BLC	Brief lifestyle counseling
CES-D	Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale
C-Surf	Cohort study on substance use risk factors
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRSEQ	Drinking refusal self-efficacy questionnaire
DSM-IV	Vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E-CHUG	Electronic Check-Up To Go
EMA	Ecological Momentary Assessment
EU-Dap	European Drug Abuse Prevention
GOKA	Game on: Know Alcohol
GRADE	Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation Working Group
HaLT	Hart am Limit
HTA	Health Technology Assessment
ISFP	Iowa Strengthening Families Program
IVR	Interactive Voice Response
LDQ	Leeds Dependence Questionnaire
LGC	Latente Wachstumskurven-Analysen, engl.: latent growth curve
LST	Life Skills Training
M	Median; Wert in der Mitte (Zentralwert) einer der Größe nach geordneten Datenreihe
MET	Motivational Enhancement Therapy
M-Pass	Michigan Prevention and Alcohol Safety for Students
MW	Mittelwert, arithmetisch; Gesamtmerkmalsbetrag dividiert durch die Anzahl der Merkmalsträger
NNT	Number-needed-to-treat
ÖPP	Örebro Prevention Programme
OR	Odds Ratio
PAS	Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents
PDFY	Preparing for the Drug Free Years
PIL	Patient information leaflet
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SA	SMS Assessments
SA+F	SMS Assessments + Feedback
S-AR	Saluda minus the resistance to advertising
SBIRT	Screening, Kurzintervention und Überweisung zur Behandlung, engl.: screening, brief intervention, and referral to treatment
SC	Saluda complete program
SFP	Strengthening Families Program



S-LP	Saluda minus leisure promotion
SPARC	Study to Prevent Alcohol Related Consequences
S-PC	Saluda minus public commitment
SR	Systematischer Review
SURPS	Substance Use Risk Profile Scale
TLFB	Timeline followback interview

## Glossar

Bias	Verzerrung von Messergebnissen durch systematische Messfehler, Verfälschung von Studienergebnissen durch nicht zufällige Stichprobengenerierung.
Cohen's d	Effektgröße für Mittelwertunterschiede. Kleiner Effekt: d zwischen 0,2 und 0,5. Mittlerer Effekt: d zwischen 0,5 und 0,8. Starker Effekt: d > 0,8
Drop-out	Ein Proband einer wissenschaftlichen Untersuchung – insbesondere einer klinischen Studie, der zwar ursprünglich für diese Untersuchung rekrutiert wurde, aber noch vor Beendigung der eigentlichen Studienphase aus dieser ausscheidet.
Evaluation	Systematische Untersuchung, die empirisch gewonnene Informationen bereitstellt, sodass eine Aktivität, eine Aktion oder ein Programm(ablauf) nachvollziehbar beurteilt werden kann.
Evidenzgrad	Stufeneinteilung zur wissenschaftlichen Erkenntnisbewertung von Studien.
Follow-up	Folgestudie, Nachbeobachtung, Nachuntersuchung.
Health Technology Assessment (HTA)	Eine systematische Bewertung gesundheitsrelevanter Prozesse und Verfahren.
Odds Ratio (OR)	Statistische Kennzahl, die etwas über die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Merkmalen aussagt. Es gehört zu den Assoziationsmaßen. Zwei Odds werden miteinander verglichen.
Outcome Research	Forschung, die sich mit dem Ergebnis von Interventionen befasst.
Randomisierte kontrollierte Studie, engl.: randomized controlled trial (RCT)	Studiendesign mit sehr hoher Beweiskraft: Zuordnung zu einer Gruppe erfolgt nach Zufallsprinzip, Studiengruppe(n) wird mit einer oder mehreren Kontrollgruppe(n) verglichen.
Rauschtrinken	Exzessiver Alkoholkonsum in kurzen Zeiträumen, d. h., dass bei mindestens einer Trinkgelegenheit fünf alkoholische Getränke oder mehr hintereinander getrunken werden.

## Abstract

### Ziel

Das Ziel des vorliegenden systematischen Reviews ist die Aktualisierung der Ergebnisse des Health-Technology-Assessment(HTA)-Berichtes „Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“<sup>70</sup>.

### Methode

Zu diesem Zweck ist eine Recherche in 15 Datenbanken für den Erscheinungszeitraum Januar 2010 bis Oktober 2016 durchgeführt worden. Die Suche schloss Studien mit Jugendlichen bis 25 Jahren ein und ergab 617 Treffer. Nach Prüfung der Abstracts sind 110 Titel als Volltexte bestellt worden. Nach Durchsicht der Volltexte sind 74 Studien ein- und 36 Studien ausgeschlossen worden.

### Ergebnis

Die Studien stammen aus den USA (26), UK (12), Australien (5), Neuseeland (1), Kanada (1), Südafrika (1). Elf Studien sind aus den Niederlanden (davon acht Studien von zwei Autoren), sechs aus Schweden, je fünf aus Deutschland und der Schweiz und eine aus Spanien.

Die Studien decken universelle (N=42), selektive (N=16) und indizierte (N=18) Präventionsmaßnahmen zum Konsum von Alkohol für die Altersgruppen von zehn bis 25 Jahren ab (in zwei Reviews sind sowohl universelle wie indizierte Interventionen geprüft worden). 13 Studien befassen sich mit schulischen Interventionen, 29 Studien mit Interventionen an Colleges oder Universitäten. Sieben Studien haben familienbasierte Interventionen zum Gegenstand, acht Multikomponenteninterventionen, bei denen die Intervention sowohl in der Schule als auch in der Familie erfolgt. Zehn Studien untersuchen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf Notfallstationen. Vier Studien untersuchen die Wirkung gemeindenaher Interventionen. Drei Studien sind zur Wirkung von Kurzinterventionen bei Schweizer Rekruten durchgeführt worden.

### Fazit

Im HTA-Bericht aus dem Jahr 2011 wurde ausgeführt, dass motivierende Kurzinformationen, personalisierte Interventionen, computer- bzw. webgestützte Programme, familienbezogene und Multikomponentenprogramme wirksam sein können. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass verhältnissteuernde Maßnahmen, z.B. Steuer- und Preiserhöhungen, Verkehrskontrollen und Kontrollen des Verkaufspersonals, Einschränkung der Zugriffsnähe und der Werbemöglichkeiten für alkoholische Getränke, eine hohe Effektivität aufweisen. Der hier vorgelegte Review neuerer Studien kommt im Wesentlichen zu keinen anderen Schlussfolgerungen.

Die methodische Qualität der meisten Studien wurde 2011 bereits bemängelt und schränkt 2017 auch die Aussagekraft der neuen Studien ein. Zu den häufigsten Bias und Limitationen gehören starke Selektion der Untersuchungsstichprobe gegenüber der ausgewählten/eingeladenen Ausgangsstichprobe, fehlende oder mangelhafte Standardisierung der Durchführung der Interventionsmaßnahmen, mangelhafte Compliance/Teilnahme an den Schulungsmodulen, teilweise hohe Drop-out-Raten sowie fehlende Generalisierbarkeit der Intervention oder der Ergebnisse.

Über die Hälfte der eingeschlossenen Studien stammt aus den USA und UK. Die in diesen Ländern durchgeführten Interventionen an Colleges oder Universitäten sind nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Generell zeigt sich, dass Studien, bei denen eine Interventionswirkung auf primäre Outcome-Variablen wie Reduzierung der Alkoholtrinkhäufigkeit/-menge oder auf die Häufigkeit des Rauschtrinken festgestellt wird, eine schwache Effektstärke aufweisen.

Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen erweisen sich die schulischen Interventionsprogramme „Life Skills Training“, „Unplugged“ und „Good Behavior Game“ in spezifischen Settings als wirksam. Das spanische „Saluda“-Programm erzielt als einzige Intervention mittlere Effektstärken. Motivierende Kurzinterventionen im schulischen oder universitären Kontext können kurzfristig den täglichen Alkoholkonsum reduzieren. Programme, die schulische und familienbasierte Interventionen kombinieren (Multikomponentenprogramme), sind wirksam, aber nicht besser als Interventionen, die nur mit einer Komponente arbeiten. Das familienbasierte „Strengthening Families Program“ hat seine Wirkung nur für arme ländliche Regionen in den USA belegt. Das schwedische Gegenstück „Örebro Prevention Programme“ ist von den administrativen Kosten wesentlich günstiger, die Wirksamkeit wird jedoch nicht in allen vorgelegten Studien bestätigt. Computer- bzw. webbasierte Interventionen weisen inkonsistente Ergebnisse auf. Ein personalisiertes Feedback kann die Wirkung der Intervention verbessern. Im Vergleich mit computerbasierten Interventionen erweisen sich Face-to-Face-Interventionen tendenziell als wirksamer. Das Screening von Alkoholisikokonsum kann Hochrisikopersonen identifizieren, für die Wirkung anschließender motivierender Kurzinterventionen fehlen eindeutige Belege. Motivierende Kurzinterventionen nach Alkoholintoxikationen (z. B. im HaLT-Programm) sind dem Wirkungseffekt durch die Erfahrung einer klinischen Notaufnahme nicht überlegen.

Bei Betrachtung der erzielten Ergebnisse der Interventionen stellt sich die gesundheitspolitische Frage, ob die erheblichen Aufwendungen vieler Präventionsprogramme die letztlich nur in wenigen Studien zu beobachtenden primären geringen und zumeist kurzfristigen Outcome-Effekte legitimieren.

Es wird daher empfohlen, verstärkt deutsche Alkoholpräventionsprogramme auf ihre Wirkung hin zu evaluieren.

## 1 Aufgabenstellung

Dieter Korczak, Gerlinde Steinhauser und Markus Dietl haben 2011 im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein Health Technology Assessment (HTA) zur „Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ erstellt. Der HTA-Bericht<sup>70</sup> wurde vom DIMDI als Band 112 der Schriftenreihe HTA veröffentlicht.

In diesem Bericht wurden deutsche und englische Studien berücksichtigt, die im Zeitraum von 2005 bis einschließlich Juli 2010 publiziert worden sind. Die Auswahl der Studien erfolgte mittels einer systematischen elektronischen Recherche in 34 Datenbanken.

Nach Bewertung der gefundenen Treffer anhand der Einordnung der Evidenzlevel nach den Kategorien des Oxford Centre of Evidence-based Medicine wurden 59 Studien für die Analyse ausgewählt.

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine systematische Literaturrecherche ausgeschrieben, die die Evidenz zu Maßnahmen zur Reduktion oder Verhinderung riskanten Alkoholkonsums von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aktualisieren soll.

Der Zeitraum der Aktualisierung erstreckt sich auf Januar 2010 bis Oktober 2016 und schließt damit an die Veröffentlichung von Korczak et al.<sup>70</sup> an.

## 2 Zielsetzung des Berichtes

Bei der Darstellung des Auftragsgegenstandes und der Auftragsbeschreibung beziehen wir uns auf den Ausschreibungstext der BZgA vom 12.10.2016.

- Es erfolgt eine systematische Literaturrecherche (ergänzt durch eine Handrecherche nach grauer Literatur) für den Zeitraum Januar 2010 bis Oktober 2016
- Die Recherchestrategie ist an den HTA-Bericht von Korczak et al.<sup>70</sup> angelehnt
- Die Beschaffung der Volltexte erfolgt durch den Auftragnehmer
- Die Zusammenfassung der gefundenen Evidenz erfolgt tabellarisch und narrativ
- Die ausgewählten und bewerteten Publikationen werden thematisch geordnet, deskriptiv ausgewertet und aufbereitet
- Die Ergebnisse der Recherche sind in einem Abschlussbericht (mit Tabellen und Anhängen) mit einer synthetisierten Darstellung der zentralen Ergebnisse zu präsentieren
- Der Bericht enthält eine Übersichtstabelle, in der die wesentlichen wissenschaftlichen Publikationen und ihre zentralen Ergebnisse in Stichworten zusammengefasst sind
- Die gefundene Literatur wird vollständig dokumentiert
- Der Bericht wird als Word- und pdf-Datei ausgeliefert

### 3 Definition riskanter Alkoholkonsummuster

Als „risikoarmer Konsum“ wird gemäß der Einstufung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (siehe Tabelle 1) eine tägliche Aufnahme von < 12 g Reinalkohol bei Frauen und < 24 g Reinalkohol bei Männern bezeichnet. Ein Risikokonsum liegt vor, wenn Männer durchschnittlich zwischen 24 g und 60 g Reinalkohol pro Tag und Frauen durchschnittlich zwischen 12 g und 40 g pro Tag trinken. Werte > 40 g bei Frauen und > 60 g bei Männern werden als „gefährlicher Konsum“ eingestuft. Ab > 80 g bei Frauen und > 120 g bei Männern spricht man von „Hochkonsum“.

**Tabelle 1:** Risikostufen des Alkoholkonsums

	TÄGLICHE AUFNAHME VON REINALKOHOL	
	Männer	Frauen
Risikoarmer Konsum	Unter 24 g	Unter 12 g
Riskanter Konsum	24 g–60 g	12 g–40 g
Gefährlicher Konsum	60 g–120 g	40 g–80 g
Hochkonsum	Mehr als 120 g	Mehr als 80 g

Die Beschreibung riskanter Alkoholkonsummuster von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfolgt zum einen ebenfalls anhand der aufgenommenen Menge Reinalkohols pro Tag, zum anderen durch die Prävalenz des Rauschtrinkens, d. h., dass bei mindestens einer Trinkgelegenheit fünf alkoholische Getränke oder mehr hintereinander getrunken werden (in ca. zwei Stunden).

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA bezeichnet einmaliges Rauschtrinken innerhalb der letzten 30 Tage als Risikokonsum.

### 4 Definition von Präventionsmaßnahmen

Präventionsmaßnahmen unterscheiden sich nach Verhaltens- und Verhältnisprävention, nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie nach universeller, selektiver und indizierter Prävention.

Maßnahmen, die auf eine Veränderung des Verhaltens von Individuen oder Gruppen ausgerichtet sind, werden als Verhaltensprävention bezeichnet. **Alkoholverhaltensprävention** versucht, das Wissen, die Erwartungen, Einstellungen, Absichten, Motivationen und Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen zu stärken, sodass sie besser den Gelegenheiten und Werbungen für Alkoholkonsum widerstehen können und weniger/keinen Alkohol konsumieren.

Von **Verhältnisprävention** spricht man, wenn zum Erreichen der Präventionsziele Strukturen in der Lebenswelt der Bevölkerung verändert werden. Dazu gehören zum Beispiel die Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol sowie des Zugangs zu Einkaufsmöglichkeiten und Trinkstätten, die Einschränkung der Öffnungszeiten, die gesetzliche Beschränkung des Mindestalters für Alkoholkonsum und des Blutalkoholgehalts beim Führen eines Fahrzeugs sowie Werbeverbote für alkoholische Getränke und ihre Besteuerung.

Zur Differenzierung der Zielrichtung von Präventionsmaßnahmen werden zwei Einteilungen verwendet. Die ältere Einteilung der Prävention nach **primärer, sekundärer** und **tertiärer** Prävention ist auf den Verlauf der Entstehung einer Suchtproblematik fokussiert. Steht das Risiko im Vordergrund, wird zwischen **universeller, selektiver** und **indizierter** Prävention unterschieden.

Die primäre Prävention setzt vor einem Suchtmittelgebrauch bzw. bei einem gesundheitlich unbedenklichen Konsum an; die sekundäre Prävention konzentriert sich in der Hauptsache auf Personen mit einem riskanten Konsumverhalten von Suchtmitteln; die tertiäre Prävention umfasst im Kern Maßnahmen der Suchtbehandlung und Rehabilitation.

Die universelle Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder an Teilgruppen der Gesamtbevölkerung, z. B. Jugendliche, junge Erwachsene oder Schulklassen; selektive Prävention wendet sich an Risikogruppen, z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien; die indizierte Prävention hat Personen als Zielgruppe, die sich durch bestimmte Risikoverhaltensweisen charakterisieren lassen, z. B. Jugendliche, die wegen einer akuten Alkoholintoxikation stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden.

## 5 Methodik der Literaturrecherche

### 5.1 Systematische elektronische Datenbankrecherche

Das methodische Vorgehen bei der Herstellung eines systematischen Reviews erfolgt in der ersten Stufe mit einer elektronischen Datenbankrecherche anhand von definierten Schlagwörtern.

Aus Zeit- und Konsistenzgründen sind die Schlagwörter des HTA-Berichtes aus dem Jahr 2011 übernommen worden. Durch die Übernahme des Rechercheprofiles und der Retrieval-Sprache mussten keine Recherchetestläufe durchgeführt werden, um die Ergiebigkeit der Schlagwörterverknüpfungen zu überprüfen. Daraus ergibt sich eine erhebliche Zeitersparnis.

Bei dem HTA-Bericht (2011) wurde in 34 Datenbanken gesucht. Die Verteilung der Treffer dieses HTA-Berichts hat gezeigt, dass eine geringere Anzahl von Datenbanken ausreichend ist, da nicht alle Datenbanken zu Treffern führen. Für die Recherche 2016 sind deshalb die folgenden 15 Datenbanken ausgewählt worden:

- Medline (ME10)
- BIOSIS Preview (BA10)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (CDAR94)
- Cochrane Database of systematic reviews (CDSR93)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCTR93)
- DAHTA
- EMBASE (EM10)
- ETHMED (ED93)
- Global Health (AZ72)
- German Medical Science Journal (GA03)
- NHS Economic Evaluation Database (NHSEED)

- PsycINFO (PI67)
- PSYINDEX (PY81)
- SciSearch (IS10)
- ISTB und ISTD/ISSHP (II10)

Die Suche ist nach unseren Vorgaben von dem Informationsbroker Art&Data Communication (Frankfurt/Main) im November 2016 durchgeführt worden.

### 5.1.1 Suchstrategie

Die Suchstrategie basiert auf acht Schlagwortblöcken, die durch boolesche Verknüpfungen miteinander in Verbindung gebracht werden.

Innerhalb einer Spalte werden die Schlagworte mit OR verknüpft. Die Spalten untereinander werden mit AND verknüpft.

Die Suchstrategie ergab folgende Ergebnisse:

A (Alkohol):	73.203 Treffer
B (Prävention):	297.563 Treffer
C (Behandlung):	117.238 Treffer
D (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene):	3.027.431 Treffer
A, B, C und D (kontrolliert nach Sprache, Erscheinungsjahr und Duplikaten):	<b>617 Treffer</b>

Eine vollständige Anordnung der Suchbegriffe und eine exakte Darstellung der Suchstrategie befinden sich im Anhang.

## 5.2 Methodik der Bewertung

### 5.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Es sind die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien wie 2011 verwendet worden – mit einer Ausnahme: die Mindestfallgröße ist auf N=60 heruntergesetzt worden.

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind bei der Recherche in Deutsch und Englisch formuliert.

#### 5.2.1.1 Einschlusskriterien

- HTA-Berichte, systematische Reviews, Metaanalysen, randomisierte kontrollierte Studien (RCT), Outcome-Research, Fall-Kontroll-Studien, Kohorten-Studien
- Indikationen: Alkoholmissbrauch, Rauschtrinken, problematischer oder riskanter Alkoholkonsum
- Grundgesamtheit: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene (bis einschließlich 25 Jahre)
- Präventive Maßnahmen der universellen, selektiven oder indizierten Prävention
- Behandlung: unterschiedliche Verhaltens-, Psycho- und Sozialtherapien
- Settings: Schule, Highschool, Universität, Gemeinde, Gesamtbevölkerung
- Publikationen 2010–2016

### 5.2.1.2 Ausschlusskriterien

- Abstracts, nicht vergleichende Beobachtungsstudien, Meinungsartikel, Expertenmeinungen, Annahmen, Pilotstudien, Studienprotokolle
- Ausschließlich medikamentöse Studien oder Therapiestudien
- Kleine Stichprobe (N<60)
- Erwachsene Alkoholabhängige oder Alkoholiker
- Studien mit Schwangeren, HIV-Erkrankten oder Drogenabhängigen
- Indigene Populationen

### 5.2.2 Bewertung der Literatur

Die Titel, die anhand der Literaturstudie identifiziert wurden, sind im Sinne der Themenstellung systematisch unabhängig durch zwei interne Gutachter gesichtet und geprüft worden. Dabei wurden die Kriterien der Evidenzbewertung des Oxford Centre of Evidence-based Medicine (2006) angelegt. Dies erfolgte anhand der Abstracts.

**Tabelle 2:** Evidenzbewertung nach Oxford Centre of Evidence-based Medicine (eigene Übersetzung)

1A	Systematischer Review von RCT; Metaanalysen
1B	Einzelne RCT
2A	Systematischer Review von Kohortenstudien
2B	Einzelne Kohortenstudien und RCT niedriger Qualität
2C	Outcome Research
3A	Systematischer Review von Fallkontrollstudien
3B	Einzelne Fallkontrollstudien
4	Fallserien, Kohortenstudien und Fallkontrollstudien schlechter Qualität
5	Reine Expertenmeinungen, Laborbeobachtung, theoretische Annahmen

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: Oxford Centre of Evidence-based Medicine, Levels of Evidence (2006)

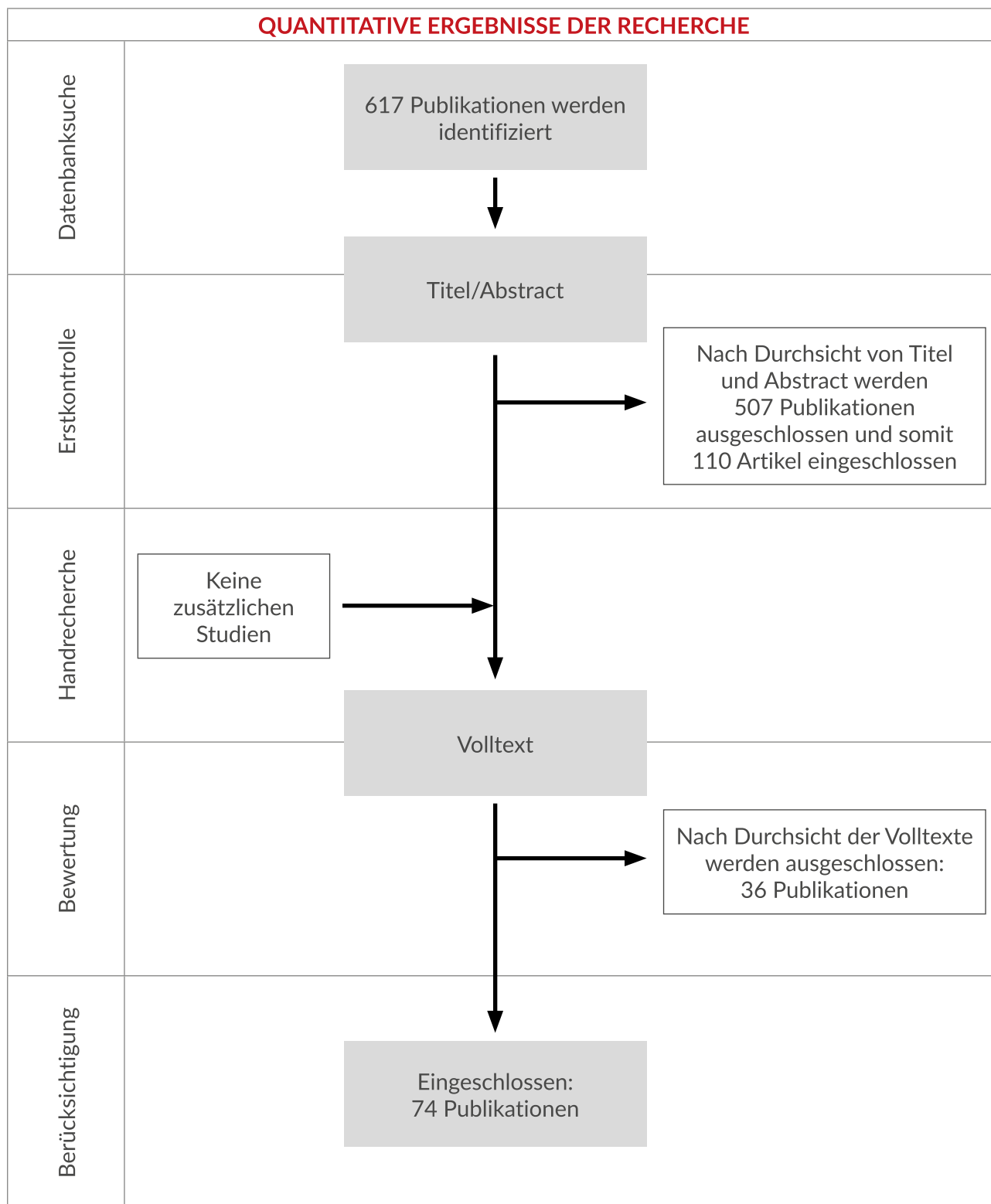
Durch die Prüfung sind 507 Studien von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen worden, da die Studien nicht den Einschlusskriterien entsprechen.

Für die verbliebenen 110 Studien sind Volltexte über Subito bei verschiedenen Bibliotheken bestellt worden. In einer weiteren Selektion, basierend auf der Durchsicht der Volltexte hinsichtlich der Relevanz für die vorliegende Fragestellung und der methodischen Qualität, wurden insgesamt 74 Publikationen ein- und 36 Volltexte ausgeschlossen. Die nach dieser Prüfung verbliebenen Studien wurden für den Schlussbericht deskriptiv ausgewertet und aufbereitet.

Parallel wurde eine Handrecherche nach grauer Literatur durchgeführt. Durch die Handrecherche sind keine zusätzlichen Studien gefunden worden.



**Abbildung 1: Flussdiagramm Studienselektion**



## 6 Ergebnisse

Die Studien stammen aus den USA (26), UK (12), Australien (5), Neuseeland (1), Kanada (1), Südafrika (1). Elf Studien sind aus den Niederlanden (davon acht Studien von zwei Autoren), sechs aus Schweden, je fünf aus Deutschland und der Schweiz und eine aus Spanien.

Die Studien decken universelle (N=42), selektive (N=16) und indizierte (N=18) Präventionsmaßnahmen zum Konsum von Alkohol für die Altersgruppen von zehn bis 25 Jahren ab (in zwei Reviews werden sowohl universelle wie indizierte Interventionen geprüft.) 13 Studien befassen sich mit schulischen Interventionen, 29 Studien mit Interventionen an Colleges oder Universitäten. Sieben Studien haben familienbasierte Interventionen zum Gegenstand, acht Multikomponenteninterventionen, bei denen die Intervention sowohl in der Schule als auch in der Familie erfolgt. Zehn Studien untersuchen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf Notfallstationen. Vier Studien untersuchen die Wirkung gemeindenaher Interventionen. Drei Studien sind zur Wirkung von Kurzinterventionen bei Schweizer Rekruten durchgeführt worden.

### 6.1 Schulische Interventionen

Für Schulen ist in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von unterschiedlichen Interventionen entwickelt worden. Dazu gehören:

- Lebenskompetenzprogramme („LST“-Life Skills Training Program)
- Standardisierte manualisierte Unterrichtsprogramme zur Verbesserung von Lebenskompetenzen („Unplugged“)
- Methoden zum Management des Verhaltens im Klassenzimmer („Good Behavior Game“)
- Computerspiele mit personalisiertem Feedback
- Selektive persönlichkeitsbezogene Interventionen („Teacher-delivered personality-targeted“; „Preventure“)
- Motivierende Kurzinterventionen
- Trinkexperimente („Lieber schlau als blau“).

Die Interventionen sind überwiegend bei Schülern zwischen 14 und 16 Jahren bzw. 16 und 18 Jahren durchgeführt worden. Von den 13 Studien haben acht einen universellen und fünf einen selektiven Ansatz.

Foxcroft und Tsertsvadze<sup>52</sup> kommen in ihrem Review von universellen schulischen Präventionsprojekten zu inkonsistenten Ergebnissen. Unter 53 Studien finden sie bei 30 Studien keine signifikanten positiven Effekte. Die überwiegende Mehrheit der Programme hat indirekte bzw. sekundäre Outcome-Ziele (z. B. Alter des Erstkonsums, Alter des ersten Rausches, alkoholbezogene Probleme). Laut ihrer Bewertung sind einige schulische Programme – wie „Life Skills Training“, „Unplugged“ und „Good Behavior Game“ – in spezifischen Settings wirksam.

Auch in einer neueren Studie<sup>23</sup> führt das Programm „Unplugged“, eingesetzt an Schulen in mehreren europäischen Staaten, geringfügig zur Reduktion des Problemtrinkens bei 12- bis 14-Jährigen. Dies gilt jedoch nur für Schulen mit geringem sozioökonomischen Level.

Unter den universellen Ansätzen vermindern motivierende Kurzinterventionen in sehr geringem Umfang kurzfristig (zwei Monate) den täglichen Alkoholkonsum von 16- bis 18-jährigen englischen Schülern<sup>4</sup>. Der Einsatz des Präventionsprogramms „Saluda“ bewirkt bei spanischen Schülern im Alter von 14 bis 16 Jahren im 6-Monats-Follow-up eine Reduktion des Rauschtrinkens<sup>61</sup>. Die wahrgenommene Verfügbarkeit von Spirituosen führt in Deutschland bei 14- bis 16-Jährigen zu einer um das 3-Fache erhöhten Initiierung des Rauschtrinkens<sup>113</sup>. Ein Trinkexperiment mit 15- bis 16-jährigen Schülern in Deutschland bewirkt eine Zunahme von Nichttrinkern und eine geringere Zunahme der Rauschtrinker nach sechs Monaten<sup>75</sup>. Der Einsatz eines Computerspiels mit personalisiertem Feedback reduziert geringfügig das Rauschtrinken bei 15- bis 19-jährigen Schülern in den Niederlanden<sup>42</sup>.

Selektive Präventionsansätze zielen auf Schüler, die ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch aufweisen. Dieses Risiko ist in mehreren Studien definiert als eine stärkere Ausprägung in mindestens einer von vier Risikodimensionen (Sensationssuche, Impulsivität, Angstneigung, Hoffnungslosigkeit/negatives Denken). Im „Preventure“-Präventionsprogramm wird die „Substance Use Risk Profile Scale“ (SURPS) zur Messung der Risikoausprägung verwendet. Als riskant gelten Werte, die eine Standardabweichung über dem schulischen Durchschnitt liegen. Ziel eines solchen Präventionsprogramms ist es, persönlichkeitspezifische Bewältigungsfähigkeiten zu trainieren, um die individuelle Verletzlichkeit, Alkohol als Problemlöser zu verwenden, zu reduzieren. Dieser Ansatz ist in drei Studien von der Forschergruppe um Conrod<sup>26, 27</sup> und Newton<sup>92</sup> sowie in einer Studie von Lammers et al.<sup>74</sup> erprobt worden. Die Intervention ist aufwendig (4-mal zwei 90-minütige Gruppensitzungen). Bei englischen Schülern zwischen 13 bis 14 Jahren sind im Follow-up nach 24 Monaten deutliche Reduktionen im Alkoholkonsum und beim Rauschtrinken feststellbar<sup>26, 27</sup>. Auch eine australische Studie<sup>92</sup> stellt bei dieser Altersgruppe nach dem Einsatz des Programms eine Verlangsamung der Zunahme von Alkoholkonsum und Rauschtrinken fest. Diese Ergebnisse bestätigen sich jedoch nicht bei niederländischen Schülern im gleichen Alter<sup>74</sup>.

In einem selektiven Schweizer Ansatz ergibt sich nach dem Einsatz einer motivierenden Kurzintervention bei 16- bis 18-jährigen Schülern mit episodischem Starktrinken (Jungen mehr als 5, Mädchen mehr als 4 Drinks) keine Reduktion des Alkoholkonsums bei den Starktrinkern<sup>57</sup>.

Der Review von Stockings et al.<sup>112</sup> (siehe Kap. 6.4) kommt hinsichtlich schulischer Interventionen zu dem Schluss, dass durch die beurteilten Interventionen überwiegend nur Änderungen in den Einstellungen und Kenntnissen der Schüler erreicht werden, jedoch nicht im Konsumverhalten. Summarisch lässt sich festhalten, dass durch die Interventionen „Unplugged“, „Saluda“, „Lieber schlau als blau“ und ein niederländisches Computerspiel geringe Effekte hinsichtlich der Häufigkeit des Rauschtrinkens erzielt werden können.

**Tabelle 3:** Zusammenfassung schulische Interventionen

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Armitage et al. <sup>4</sup> 2014	UK Schule	16-18 N=67	2B RCT	Universell/ Selbst-Affirmation	Sehr kleine Effekte (minus 2,5 Gramm Alkohol), nicht verallgemeinerbar
Caria et al. <sup>23</sup> 2011	USA Schule	12-14 N=5.541	2B RCT	Universell/ „Unplugged“	Geringe Effekte des Programms „Unplugged“ bei 12-bis 14-Jährigen an Schulen mit geringem sozioökonomischen Level
Conrod et al. <sup>26</sup> 2011	UK/Kanada Sekundar	Ø 13,7 N=364	2B RCT	Selektiv/ Kurze persönlichkeitsbezogene Intervention	Die Konzentration auf Persönlichkeitsfaktoren wie Ängstlichkeit und Sensationsuche führt kurzfristig (6 Monate) zur Reduktion von Trinkmotiven. Der Einfluss auf Trinkmenge und Rauschtrinken ist nicht signifikant
Conrod et al. <sup>27</sup> 2013	UK/Kanada Sekundar	Ø 13,7 N=2.643	2B RCT	Selektiv/ Kurze persönlichkeitsbezogene Intervention	Der Anstieg des Alkoholkonsums bei Schülern zwischen 13 und 15 Jahren wird durch die Intervention verlangsamt bzw. reduziert
Dietrich et al. <sup>38</sup> 2015	Australien Schule	14-16 N=2.337	4 RCT	Universell/ „GOKA“	Aufgrund methodischer Schwächen, starker Bias und unvollständigem Reporting ist die Aussagekraft der Studie gering
Drost et al. <sup>42</sup> 2016	Niederlande Sekundar-/ Berufsschule	15-19 N=2.493	2B RCT	Universell/ Computerspiel	Die Effekte sind sehr gering (geringe Reduktion des Rauschtrinkens). Die Drop-out-Rate ist sehr hoch. Kostenwirksamkeit ist nur für niedrig gebildete und ältere Schüler belegt
Foxcroft und Tsertsvadze <sup>52</sup> 2011	UK Schule	Unter 18	1A SR	Universell	Inkonsistente Ergebnisse. „Life Skills Training Program“, „Unplugged Program“, „Good Behavior Game“ wirksam in spezifischem Setting

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Gmel et al. <sup>57</sup> 2012	Schweiz Schule	16-18 N=668	2B RCT	Selektiv/ Kurze motivierende Gruppenintervention	Divergierende Ergebnisse
Hernández-Serrano et al. <sup>61</sup> 2013	Spanien Sekundar	14-16 N=480	2B RCT	Universell/ „Saluda“	Aufwendiges Programm. Reduktion des Rauschtrinkens im Follow-up nach 6 Monaten. Keine Reduktion der Alkoholkonsumhäufigkeit nach 6 Monaten. Verbesserung von Kenntnissen und Normen
Lammers et al. <sup>74</sup> 2015	Niederlande Sekundar	13-15 N=699	2B RCT	Selektiv/ „Preventure“	Keine signifikanten Effekte auf Alkoholkonsum. Kleine Effekte auf die Zunahmeraten der Häufigkeit beim Rauschtrinken
Lindenmeyer et al. <sup>75</sup> 2012	Deutschland Schule	Ø 15,6 N=725	2C Outcome Research	Universell/ „Lieber schlau als blau“	Die Intervention ist hinsichtlich des Rauschtrinkens effektiv. Die Studie weist jedoch erhebliche Bias auf
Newton et al. <sup>92</sup> 2016	Australien Schule	Ø 13,4 N=438	2B RCT	Selektiv/ „Preventure“	Ein individualisiertes Interventionsprogramm führt nach 36 Monaten zu einer geringeren Zunahme der Alkoholaufnahme und des Rauschtrinkens – aber nicht zu einer Reduktion
Suchert et al. <sup>113</sup> 2014	Deutschland Schule	10-16 N=1.176	2B Kohorte	Universell/ Keine Intervention	Wahrgenommene Verfügbarkeit von Alkohol fördert bei 14- bis 16-Jährigen zu einer höheren die Initiierung des Rauschtrinkens

GOKA = Game on: Know Alcohol. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SR = Systematischer Review.

## 6.2 Interventionen an Colleges und Universitäten

Mit Abstand die meisten Interventionen (N=29) sind an Colleges oder Universitäten vorgenommen worden, rund die Hälfte davon (N=15) in den USA. Die weiteren Studien stammen aus UK (N=5), den Niederlanden (N=5), Schweden (N=2), Neuseeland (N=1) und Südafrika (N=1). Zu den Niederlanden ist anzumerken, dass alle fünf Studien von einer Forschergruppe bearbeitet worden sind, wobei sich vier auf dieselbe Stichprobe beziehen. Von den eingeschlossenen Studien ist keine Studie an einer deutschen Universität durchgeführt worden.

Es wird sowohl über universelle (N=12) wie selektive (N=8) als auch über indizierte (N=9) Präventionskampagnen berichtet.

Bei selektiven Kampagnen wird zumeist die Untersuchungsstichprobe anhand erhöhter AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)-Scores (z. B. Männer >8, Frauen >6) gebildet. Indizierte Kampagnen betreffen Stichproben, in denen die Studenten/innen z. B. wegen alkoholbedingter Vergehen (z. B. Verletzung der Campusregeln hinsichtlich Alkoholkonsum) aufgefallen sind.

Bei den Stichproben handelt es sich in der Regel um 18- bis 24-Jährige.

Als Interventionen werden sowohl (computerbasierte) motivierende Kurzinterviews mit Screeningfunktion eingesetzt (BASICS, Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students) wie auch Interventionen mit personalisiertem Feedback, Onlinekurse oder Textbotschaften per E-Mail.

Eine Wirksamkeit der Interventionen kann in der weit überwiegenden Anzahl der Studien (N=23) nicht festgestellt werden. Eine Metaanalyse<sup>65</sup> und zwei systematische Reviews<sup>35, 47</sup> stellen keine Evidenz für eine relevante Reduktion des Alkoholkonsums durch motivierende Interviews oder computerbasierte Interventionen fest. Eine weitere Metaanalyse, die Face-to-Face-Interventionen mit computergestützten Interventionen bei Erstsemestern vergleicht, findet dagegen positive Ergebnisse für die Interventionen. Im Vergleich mit den Kontrollgruppen führen computergestützte Interventionen kurzfristig zu seltenerem und geringerem Alkoholkonsum. Im direkten Vergleich mit computergestützten Interventionen führen Face-to-Face-Interventionen langfristig zu einem signifikant geringeren und selteneren Alkoholkonsum.

Fünf weitere Studien berichten geringe Effekte bezogen auf die Reduktion des Alkoholkonsums bzw. auf den Rückgang von Trunkenheitsfahrten.

**Tabelle 4:** Zusammenfassung Interventionen an Colleges und Universitäten

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Alfonso et al. <sup>2</sup> 2013	USA College	Ø 18,77 N=173	2B RCT	Indiziert/ „BASICS“, „Choices“, „E-CHUG“	Computerbasierte Intervention: geringe Reduktion alkoholbedingter Schäden Individuelle Intervention: geringe Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbedingter Schäden
Andersson et al. <sup>3</sup> 2015	Schweden Universität	Ø 23,2 N=1.678	2B RCT	Selektiv/ „Interactive voice response“	Studiendesign stark biasanfällig. Effekte sowohl der webbasierten wie der IVR-Intervention gering
Bendtsen et al. <sup>7</sup> 2015	Schweden Universität	18–20 N=1.605	2B RCT	Indiziert/ Onlineintervention	Einmalige Onlineintervention wirkungslos
Bernstein et al. <sup>10</sup> 2015	USA College	18–24 N=220	2B RCT	Selektiv/ E-Mail-Intervention	Mehrfache E-Mail-Intervention erweist sich als wirkungslos
Bingham et al. <sup>13</sup> 2011	USA Universität	18–20 N=1.137	4 Kohorte	Universell/ Webbasierte Intervention „M-Pass“	Das Onlineprogramm erreicht signifikant nur Frauen, die als Hochrisikotrinker eingestuft sind. Starke Bias bei Stichprobe und Drop-out-Rate
Carey et al. <sup>22</sup> 2012	USA College	19–20 N=K.A.	1A Meta-analyse	Universell/ Computerbasierte und Face-to-Face Interventionen	Computerbasierte Interventionen führen zu kurzfristigen Effekten, Face-to-Face-Interventionen zu mittel- bis langfristigen Effekten
Clarke et al. <sup>25</sup> 2015	UK College	Ø 23,8 N=103	3B Quasiexperimentelle randomisierte Studie	Universell/ Kurze personalisierte Intervention	Eingeschränkte Studienqualität. Übertragbarkeit der Ergebnisse unklar. Kein Unterschied zwischen kurzer personalisierter Feedback-Intervention und allgemeiner Information

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Conroy et al. <sup>27</sup> 2013	UK Universität	18-25 N=1.250	2C Experimentelle Fallstudie	Universell/ Mentale Stimulation	Die Wirkung der Intervention ist aufgrund der massiven Stichprobenbias nicht beurteilbar
Dedert et al. <sup>35</sup> 2015	USA College + Erwachsene	Ver- schiedene Variabel	1A SR	Selektiv/ Computerbasierte Intervention	Minimale Wirksamkeit einer einmaligen computerbasierten Intervention bei Collegestudenten mit moderatem Alkoholkonsum
DiFulvio et al. <sup>39</sup> 2012	USA Universität	18+ N=1.898	3B Quasi-experimentelles Design	Selektiv/ „BASICS“	Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Durch das BASICS-Programm wird bei Männern der riskante Alkoholkonsum reduziert, aber nicht unter das Risikolevel. Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse ist durch die hohe Drop-out-Rate gegeben
Foxcroft et al. <sup>47</sup> 2016	UK College u.a.	15-24 N=22.872	1A SR	Selektiv/ Motivierende Interviews	Keine Evidenz für eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums durch motivierende Interviews
Henson et al. <sup>60</sup> 2015	USA College	K. A. N=1.040	2B Sekundär- auswertung RCT	Universell/ Motivierende Kurzinterviews	Interventionen sind nur kurzfristig wirksam (1 Monat), verändern das Alkoholkonsumverhalten mittelfristig jedoch nicht
Khadjesari et al. <sup>65</sup> 2010	UK Universität	18+ Unter- schiedlich	1A Meta- analyse	Universell/ Computerbasierte Intervention	Keine Aussage zur Wirkung computerbasierter Interventionen aufgrund der methodischen Mängel der Studien möglich
Kypri et al. <sup>72</sup> 2014	Neuseeland Universität	17-24 N=3.422	1B RCT	Universell/ Webbasierte Kurzinterventionen	Keine Wirksamkeit der Screening und Kurzintervention
LaBrie et al. <sup>73</sup> 2013	USA College	18-24 N=1.663	2B RCT	Selektiv/ Webbasiertes persona- lisiertes normatives Feedback	Webbasierte Kurzinterventionen führen zu geringen Reduktionen des Alkoholkonsums



<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Merrill et al. <sup>82</sup> 2014	USA College	18-25 N=360	2B RCT	Selektiv/ Kurze motivierende Interviews	Die motivierende Kurzintervention hat einen schwachen Effekt bei depressiven stark trinkenden Männern
Miller et al. <sup>84</sup> 2016	USA College	Ø 19,98 N=212	2B RCT	Universell/ Computerbasiertes Feedback	Die personalisierte Feedback-Intervention ist effektiv in der Reduktion des Alkoholkonsums von Studenten. Die Studie hat aber ein hohes Biasrisiko
Moreira et al. <sup>87</sup> 2012	UK Universität	17-24 N=2.611	2B RCT	Universell/ Personalisierte Feedback-Intervention	Keine signifikanten Effekte von personalisiertem normativem Feedback gegenüber Kontrollgruppe
Neighbors et al. <sup>89</sup> 2012	USA College	21 N=599	2B RCT	Selektiv/ „BASICS“	Sehr geringe Effektstärke. BASICS führt zu geringer Reduktion (1 Drink). Hohe Biasrate
Palfai et al. <sup>96</sup> 2014	USA Universität	Ø 18,21 N=1.336	2B RCT	Universell/ Personalisiertes Feedback	Elektronische Screening und Kurzintervention ist nicht effektiv. Hohe Biasrate der Studie. Möglicherweise effektiv für Beibehaltung von Abstinenz
Paschall et al. <sup>97</sup> 2011	USA College	Ø 18,7 N=7.815	2B RCT	Universell/ „AlcoholEdu“	Effektivität nicht beurteilbar aufgrund der hohen Bias
Pengpid et al. <sup>99</sup> 2013	Südafrika Universität	Ø 21,9 N=152	2B RCT	Indiziert/ Screening und Kurzintervention	Keine signifikanten Effekte der Screening und Kurzintervention
Teeters et al. <sup>116</sup> 2015	USA Universität	Studie 1: Ø 21,2 Studie 2: Ø 18,7 Studie 3: Ø 20,1 Studie 1: N=73 Studie 2: N=405 Studie 3: N=365	1A SR	Indiziert/ Motivierende Kurzintervention	Motivierende Kurzinterventionen sind eine wirksame Methode, Trunkenheitsfahrten zu reduzieren

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Voogt et al. <sup>119</sup> 2013	Niederlande Berufsvorbereitende und -begleitende Bildungseinrichtungen	Ø 17,3 N=609	2B RCT	Indiziert/ webbasierte Kurzintervention	Keine signifikanten Interventionseffekte
Voogt et al. <sup>120-123</sup> 2013	Niederlande Universität	Ø 20,8 N=913	2B RCT	Indiziert/ webbasierte Kurzintervention	Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Trotz intensiver Auswertungsverfahren zeigen sich für die webbasierte Kurzintervention keine stabilen signifikanten Effekte
Wodarski et al. <sup>126</sup> 2012	USA Universität	18-20 N=4.430	4 Kohorte	Universell/ „BASICS“	Die Teilnahmequote am Interventionsprogramm ist niedrig (8,2%). Die angegebenen Ergebnisse haben daher einen geringen Stellenwert. Es wird nichts über das Konsumverhalten der Interventionsabbrecher bzw. Nichtteilnehmer berichtet

BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students. E-CHUG = Electronic Check-Up To Go. IVR = Interactive Voice Response. K.A. = Keine Angabe. M-Pass = Michigan Prevention and Alcohol Safety for Students. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SR = Systematischer Review.

### 6.3 Familienbasierte Interventionen

Alle sieben eingeschlossenen Studien zu Interventionen unter Einbeziehung der Eltern sind auf universelle Prävention ausgerichtet. Ihre Zielvariablen sind die Beibehaltung oder Entwicklung einer restriktiven Haltung gegenüber Alkoholkonsum oder die Entwicklung von sozialer Kompetenz, Selbstregulation und Elternkompetenz.

In einem früheren Review haben Foxcroft et al.<sup>49</sup> lediglich dem Familieninterventionsprogramm SFP eine überzeugende Wirksamkeit bescheinigt (NNT, number-needed-to-treat: 9). In ihrem jüngsten Review, in dem sie zwölf familienbasierte Programme analysieren, weisen sie darauf hin, dass solche Programme in bestimmten Settings effektiv sein können, das heißt den Beginn des Alkoholkonsums verzögern und die Trinkhäufigkeit reduzieren können. Die Wirkmechanismen der Programme sind jedoch nicht eindeutig<sup>50</sup>.

Die sechs weiteren in den Review einbezogenen Studien kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Mason und Spoth<sup>80</sup>, die eine Langzeitinterventionsstudie bei Sechstklässlern bis zum 21. Lebensjahr mit dem SFP und dem PDFY (Preparing for the Drug Free Years) durchgeführt haben, zeigen, dass familienbasierte Interventionen den Umstieg von Alkoholkonsum auf Alkoholmissbrauch zwischen 18 und 21 Jahren reduzieren. Die Interventionen können auch Risikofaktoren wie Impulsivität, Feindseligkeit oder Aggression abpuffern. Die Generalisierbarkeit der Studie ist jedoch stark eingeschränkt, da sie in ärmeren ländlichen Regionen in Orten unter 8.500 Einwohnern im Mittleren Westen der USA durchgeführt wurde.

In Schweden wurde Ende der 1990er-Jahre das „Örebro Prevention Programme“ (ÖPP) implementiert. Die aktuelle Version des ÖPP besteht aus sechs 20-minütigen standardisierten Power-Point-Präsentationen, die den Eltern von 13- bis 16-jährigen Schülern während der Elternsprechtage vorgeführt werden. Ziel des ÖPP ist es, Eltern eine restriktive Haltung gegenüber minderjährigem Alkoholkonsum zu kommunizieren. Damit soll der Erstzeitpunkt und die Häufigkeit von Rauschen reduziert werden. Koutakis et al.<sup>71</sup> finden in der ersten Evaluation des ÖPP im 30-Monats-Follow-up signifikante Effekte hinsichtlich der Stärkung restriktiver elterlicher Normen, der Rauschhäufigkeit und der Delinquenz. Die Effektstärken sind klein (Cohen's  $d=0,35$ ). Da für das Programm nur ein Fünftel der administrativen Kosten des SFP aufgewendet werden muss, findet es weite Verbreitung in schwedischen Kommunen. Das ÖPP inspirierte auch die Entwicklung weiterer Programme wie „Strong and Clear“<sup>100</sup> und „Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents“ (PAS)<sup>66</sup>. Die Beurteilung der Wirkung des ÖPP ist jedoch nicht eindeutig. Bodin et al.<sup>14</sup> beobachten keine signifikanten Programmeffekte im 30-Monats-Follow-up bei Schülern, die zu Beginn der Intervention zwölf bis 13 Jahre alt waren. Özdemir und Koutakis<sup>95</sup> hingegen bestätigen den durch das Programm hervorgerufenen positiven Einfluss auf die Stärkung restriktiver elterlicher Normen und, daraus resultierend, auf das jugendliche Rauschtrinken. Sie nehmen keine Stellung zu den Untersuchungsergebnissen von Bodin et al.<sup>14</sup>

Wie erwähnt, hat das schwedische Programm „Strong and Clear“ ebenfalls die Stärkung restriktiver elterlicher Normen gegenüber Alkoholkonsum zum Gegenstand. Dies ist ein Programm, das von Guttemplern, einer im 19. Jahrhundert in den USA gegründeten Organisation zur Vermeidung des Alkoholkonsums, bei Eltern mit Kindern zwischen 13 und 16 Jahren organisiert und durchgeführt wird. Kinder dieser Eltern beginnen im Durchschnitt ein Jahr später mit Alkoholkonsum und haben seltener Rauscherlebnisse. Der Nutzen der Ergebnisse dieser Studie<sup>100</sup> ist jedoch wegen einer hohen Drop-out-Rate der Eltern (54%) begrenzt. Die Effektstärken sind sehr gering (Cohen's  $d=0,13$ ).

Eine niederländische Studie zur Wirksamkeit des Präventionsprogramms „In control: No alcohol“ zur Verzögerung des Einstiegsalters in Alkoholkonsum zeigt keine Wirkung<sup>79</sup>.

Auch eine Studie aus den USA zur Wirkung des „MyStudentBody-Parent-Moduls“ zeigt keinen Effekt hinsichtlich einer Reduktion des Rauschtrinkens bei Kindern<sup>40</sup>.

**Tabelle 5: Zusammenfassung familienbasierte Interventionen**

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Bodin und Strandberg <sup>14</sup> 2011	Schweden Familie	13-16 Eltern: N=1.314 Schüler: N=1.752	2B RCT	Universell/ „Örebro“-Programm	Das Örebro-Programm zeigt keine signifikanten Programmeffekte im 30-Monats-Follow-up
Donovan et al. <sup>40</sup> 2012	USA Familie, Universität	Eltern Ø 48 Kinder Ø 18	2B RCT	Universell/ „MyStudentBody-Parent“-Modul	Aussagekraft sehr eingeschränkt. Hochselektive Stichprobe. Keine signifikante Reduktion des Rauschtrinkens durch die onlinebasierte elterliche Intervention
Foxcroft und Tsertsvadze <sup>50</sup> 2011	UK Familie	Unter 18	1A SR	Universell/ Familien-basierte Interventionen	Familienbasierte Interventionen sind in bestimmten Settings effektiv, aber die Wirkmechanismen sind nicht eindeutig
Mares et al. <sup>79</sup> 2016	Niederlande Familie	11-12 N=1.349	2B RCT	Universell/ „In control: No alcohol“	Keine Wirkung des mütterbasierten Programms im 12-Monate-Follow-up
Mason und Spoth <sup>80</sup> 2012	USA Familie	11-21 N=667	2B RCT	Universell/ „ISFP“, „PDFY“	Beide familienbasierten Interventionen (PDFY, ISFP) puffern den Umstieg von Alkoholkonsum auf Alkoholmissbrauch ab. Die Aussagekraft der Studie ist aufgrund fehlender Generalisierbarkeit und Applikabilität eingeschränkt
Özdemir und Koutakis <sup>95</sup> 2016	Schweden Schule, Familie	12-13 N=811	2C Quasiexperimentelle Kontrollgruppenstudie	Universell/ „Örebro“-Programm	Bestätigung der Wirksamkeit elterlichen Einflusses

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Pettersson et al. <sup>100</sup> 2011	Schweden Familie	13-16 N=509	4 Quasiexperimentelles Design	Universell/ „Strong and Clear“	Geringe Rauschreduzierung nach 2 Jahren (d=0,13). Eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der fehlenden Repräsentativität und Generalisierbarkeit

ISFP = Iowa Strengthening Families Program. PDFY = Preparing for the Drug Free Years.  
SR = Systematischer Review. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

## 6.4 Multikomponenteninterventionen

Einige Präventionsprogramme kombinieren schulische und familienbasierte Interventionen. Diese Ansätze werden in der Literatur als Multikomponenteninterventionen bezeichnet. In dem vorliegenden Review sind acht Multikomponenteninterventionen vertreten, die – abgesehen von einer Ausnahme (selektiv) – alle universell ausgerichtet sind.

Ein Review aus dem Jahr 2011 gelangt zu dem Ergebnis, dass diese Programme mehrheitlich wirken; denn zwölf von 20 Programmen zeigen eine schwache Wirkung. Es liegt jedoch keine Evidenz für einen Vorteil gegenüber Interventionen mit nur einer Komponente bei unter 18-Jährigen vor<sup>51</sup>.

In einem deutschen Review werden verschiedene Multikomponentenprogramme hinsichtlich ihrer Wirkung bei Kindern aus substanzbelasteten Familien geprüft. Bei den meisten Studien in diesem Review werden keine direkten Outcome-Daten angegeben. Die Autoren des Reviews kommen zu dem Schluss, dass es eine 69 %-ige Wahrscheinlichkeit gibt, dass die Kinder von den Programmen profitieren<sup>15</sup>.

In einem umfassenden Review von 56 Studien aus dem Jahr 2016, das sich mit der Evaluierung der Wirksamkeit von Prävention, frühzeitiger Intervention, Schadensverminderung und der Behandlung riskanten Alkoholkonsums befasst, wird geschlussfolgert, dass Strategien, die auf spezifische persönliche Fertigkeiten eingehen und diese bearbeiten, wahrscheinlich effektiver sind als die bloße Bereitstellung von Informationen. Die Effekte von Interventionen, die auf die Stärkung sozialer Normen im Vergleich zur altershomogenen Peergruppe ausgerichtet sind, werden als schwach angegeben. Das Screening eines problematischen Alkoholkonsums von Jugendlichen wird zur Identifizierung von Hochrisikokonsum als effektiv bezeichnet. Die Wirkung anschließender motivierender Kurzinterventionen liefert keine eindeutige Evidenz für Effekte. Insgesamt wird in dem Review die Qualität der Studien beklagt<sup>112</sup>.

In drei Studien hat sich eine niederländische Autorengruppe mit der Wirkung des „Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents“ (PAS) bei 12- bis 13-Jährigen bzw. 16- bis 17-Jährigen befasst. Die Ergebnisse zeigen, dass eine frühe Intervention den Anstieg der Trinkmenge im Zeitraum von 34 Monaten verlangsamt, dass die Reduktion der Alkoholmenge jedoch moderat ist. So beträgt die Reduzierung der wöchentlichen Trinkmenge bei der kombinierten Eltern/Schüler-Intervention 2,9 Gläser (ca. 24 g Alkohol), bei der Kontrollgruppe 3,7 Gläser (ca. 30 g Alkohol)<sup>66, 68, 69</sup>.

In einer Langzeitauswertung der Interventionen mit dem „Life Skills Training und Strengthening Families Program“ zeigen sich Reduktionen im Rauschtrinken und bei alkoholbezogenen Problemen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die relative Reduktionsrate niedrig ist und die Studie bei einer ärmeren ländlichen Population durchgeführt wurde<sup>111</sup>.

Die „Resilient Families Intervention“ ist ein in Australien erprobter Ansatz bei 12- bis 13-jährigen Schülern, durch den der Alkoholkonsum und das Rauschtrinken reduziert werden können. Welche Komponenten letztlich für diese Wirkungen verantwortlich sind, bleibt jedoch in der Studie unklar<sup>118</sup>.

Die Studien zu Multikomponentenprogrammen liefern somit ein uneinheitliches Bild.

**Tabelle 6:** Zusammenfassung Multikomponenteninterventionen

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Bröning et al. <sup>15</sup> 2012	Deutschland Schule, Familie, Kommune	0-17	1A SR	Selektiv	Keine abschließenden Aussagen zur Effektivität von Präventionsprogrammen bei Kindern von substanzgefährdeten Eltern möglich
Foxcroft und Tsertsvadze <sup>51</sup> 2011	UK Schule, Familie	Unter 18	1A SR	Universell	Mehrheitlich wirken Multikomponentenprogramme, jedoch keine Evidenz für einen Vorteil gegenüber Einzelprogrammen
Koning et al. <sup>66</sup> 2014	Niederlande Schule, Eltern	Ø 12,7 N=2.934	2B RCT	Universell/ „PAS“	Die Ergebnisse zeigen die Wirksamkeit des „PAS“-Programms. Die Studie hat jedoch starke Bias
Koning et al. <sup>68, 69</sup> 2012	Niederlande Schule, Eltern	Studie 1: Ø 12,7 Studie 2: Ø 16,2 N=2.937 (Schüler)	2B RCT	Universell/ „PAS“	Die Ergebnisse der Studie können nicht eindeutig bewertet werden, da die Studie ein hohes Biasrisiko hat
Spoth et al. <sup>111</sup> 2014	USA Familie, Schule	19-22 N=1.188	2B Kohorte	Universell/ „SFP“; „LST“	Interventionen mit „SFP“ und „LST“ bewirken Reduktionen im Rauschtrinken und bei alkoholbezogenen Problemen. Die relative Reduktionsrate ist jedoch niedrig und die Übertragbarkeit eingeschränkt (ärmere ländlichen Population)

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Stockings et al. <sup>112</sup> 2016	Australien diverse	10-24	1A SR	Universell	Keine starke Evidenz für Wirksamkeit von Kurzinterventionen und schulische Präventionsmaßnahmen mit und ohne Eltern. Screening als solches effektiv. Bereitstellung von Informationen ineffektiv. Regulatorische Maßnahmen wirksam (Besteuerung, Mindestpreisstrategien)
Toumbourou et al. <sup>118</sup> 2013	Australien Schule, Familie	Welle 1: Ø 12,3 Welle 2: Ø 13,4 Welle 3: Ø 14,5 N=2.354	2B RCT	Universell/ „Resilient Families Program“	Alkoholkonsum und Rauschtrinken durch Intervention geringer, aber keine Angaben zu Effektstärken und über den Einfluss einzelner Komponenten

LST = Life Skills Training. PAS = Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SFP = Strengthening Families Program. SR = Systematischer Review.

## 6.5 Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge

Zehn Publikationen, darunter vier systematische Reviews, befassen sich mit Interventionen auf Notfallstationen oder solchen, die unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholintoxikation stattfinden. (In Deutschland ist dieser Ansatz vor allem durch das „HaLT“-Programm bekannt.) Die Notaufnahmen umfassen einerseits Aufnahmen wegen Verletzungen, andererseits wegen Alkoholintoxikation. Daher untersuchen nur sieben der zehn Publikationen indizierte Präventionsmaßnahmen (zwei Reviews prüfen sowohl universelle wie indizierte Interventionen).

Die Interventionen bestehen in aller Regel aus einer motivierenden Kurzintervention. Die Länge der motivierenden Kurzintervention kann unterschiedlich sein, in einigen Studien findet ein telefonischer Nachkontakt („Booster“) statt.

Die systematischen Reviews führen zu inkonklusiven Ergebnissen und weisen insgesamt keine Evidenz (sehr geringe Effektstärken) für eine bessere Wirkung der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe auf<sup>37, 83, 90, 129</sup>.

In einer deutschen Studie mit unter 18-jährigen Schülern reduziert sich sowohl in der Interventions- wie in der Kontrollgruppe nach dem Klinikaufenthalt der Alkoholkonsum und die Häufigkeit des Rauschtrinkens. Es finden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen<sup>5</sup>.

Auch bei einer sehr intensiven Intervention (neunwöchige kognitive Gruppenverhaltenstherapie) zeigen sich zwischen Test- und Kontrollgruppe im 12-Monate-Follow-up keine signifikanten Unterschiede<sup>17</sup>.

Dies gilt auch für Altersgruppen über 18 Jahre, die in einer englischen Studie untersucht wurden<sup>43</sup>. In dieser Studie wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Durchführung einer motivierenden Kurzintervention in der Klinik schwierig ist, da das Personal in Notaufnahmestationen eine geringe Motivation zur Durchführung der Intervention habe.

Über die Ergebnisse eines abweichenden Interventionsansatzes berichtet eine Studie aus den USA<sup>114</sup>. Dort erhalten Notaufnahmepatienten, die zwischen 18 und 25 Jahre alt sind, nach der Entlassung von der Notfallstation im wöchentlichen Abstand Textnachrichten auf ihrem Mobiltelefon. In diesen Nachrichten werden sie aufgefordert, über ihre Trinkabsichten am Wochenende zu berichten. Im Untersuchungszeitraum (zwölf Wochen) weist die Interventionsgruppe, die ein Feedback auf ihre Absichtserklärung erhält, eine größere Verringerung der Mittelwerte der Rauschtrinkentage sowie der Tage, an denen überhaupt alkoholische Getränke konsumiert werden, auf. Die Effektstärken sind jedoch schwach ( $d=0,22$ ).

Lediglich eine Studie<sup>31</sup> weist nach zwölf Monaten Follow-up für die Interventionsgruppe eine geringere Anzahl alkoholischer Konsequenzen durch eine computergestützte oder therapeutische Kurzintervention auf. Die computergestützte motivierende Kurzintervention reduziert auch die Anzahl an Fahrten unter Alkoholeinfluss, die therapeutische motivierende Kurzintervention die Häufigkeit alkoholbedingter Verletzungen nach zwölf Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Alkoholkonsum ist nur im 3-Monate-Follow-up signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Zu berücksichtigen ist, dass in dieser Studie riskanter Alkoholkonsum bereits bei einem relativ niedrigen AUDIT-C von  $>3$  (14-17 Jahre) bzw.  $>4$  (18-20 Jahre) definiert wurde. Die Werte werden nicht zwischen Jungen und Mädchen differenziert.

Die Wirksamkeit von präventiven Interventionen in Notfallstationen kann anhand der ausgewerteten Studien nicht belegt werden. Die Ergebnisse legen eher nahe, dass die Erfahrung und das Erlebnis einer Notfallbehandlung nach einer Alkoholintoxikation an sich präventiv wirken.

**Tabelle 7:** Zusammenfassung Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Arnaud et al. <sup>5</sup> 2016	Deutschland Notfallaufnahme	<18; Ø 15,8 N=316	2B RCT	Indiziert/ „HaLT“	Kein Unterschied durch den Einsatz einer motivierenden Kurzintervention bei Test- und Kontrollgruppen
Burleson et al. <sup>17</sup> 2012	USA Nachsorge	13-18 N=144	2B RCT	Indiziert/ kognitive Gruppenverhaltenstherapie	Inkonsistente Ergebnisse



<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Cunningham et al. <sup>31</sup> 2015	USA Notfallstation	14-20 N=836	1B RCT	Selektiv/ computerbasierte Kurzintervention	Reduktion von Alkoholkonsum, alkoholische Konsequenzen, Fahren unter Alkohol, alkoholbedingte Verletzungen erkennbar, aber nur geringe Effektstärke <0,20
Diestelkamp et al. <sup>37</sup> 2016	Deutschland Notfallstation	12-25 N=94-254	1A SR	Indiziert/ Kurzintervention	Inkonklusive Ergebnisse
Drummond et al. <sup>43</sup> 2014	UK Notfallstation	>18; Ø 34,6 N=1.204	2B RCT	Indiziert/ Alkoholscreening und Kurzintervention	Keine Effekte der Intervention. Schwierige Implementation. Geringe Motivation des Klinikpersonals in Notaufnahmestationen Interventionen im Arbeitsalltag durchzuführen
Merz et al. <sup>83</sup> 2015	Schweiz Notfallstation	18-24	1A SR	Indiziert/ Kurzintervention	Inkonklusive Ergebnisse, aber ein Hinweis, dass eine Kontaktaufnahme nach 1 bzw. 3 Monaten effektiv sein kann
Newton et al. <sup>90</sup> 2013	Kanada Notfallstation	12-21 N=94-726	1A SR	Universell/ indiziert/ Kurzintervention	Der systematische Review legt nahe, dass Kurzinterventionen für die Reduzierung von Alkoholkonsum und Rauschtrinken keine bessere Wirkung haben als Standardbehandlung
Suffoletto et al. <sup>114</sup> 2014	USA Notfallstation	18-25 N=765	2B RCT	Indiziert/ webbasiertes personalisiertes Feedback	Schwache Effektstärke (d=0,22) für die Wirkung von Textnachrichten
Walton et al. <sup>124</sup> 2015	USA Notfallstation	14-20 N=836	2B RCT	Indiziert/ Kurzintervention	Unklarer Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Verhalten
Yuma-Guerrero et al. <sup>129</sup> 2012	USA Notfallstation	12-24	1A SR von RCT	Universell/ indiziert/ Screening und Kurzintervention	Die Studie zeigt keine gesicherten signifikanten Effekte von Kurzinterventionen (SBIRT) in Notfallstationen

HaLT = Hart am Limit. SBIRT = Screening, Kurzintervention und Überweisung zur Behandlung, engl.: screening, brief intervention, and referral to treatment. SR = Systematischer Review. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie

## 6.6 Gemeindebasierte Interventionen

Als gemeindebasierte Interventionen werden Interventionen verstanden, in denen mehrere unterschiedliche Interventionen in einer Kommune kombiniert durchgeführt werden. Die Studienlage zur Wirksamkeit gemeindebasierter Interventionen ist weiterhin schlecht. Dies liegt auch an der schwierigen Operationalisierbarkeit kommunal messbarer, verfügbarer und effizienter Wirkungsparameter. Lediglich vier Interventionen<sup>45, 59, 105, 127</sup> sind als gemeindebasierte Interventionen durchgeführt worden. Sie zeigen insgesamt keine signifikanten Effekte auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen.

Der Review von Stockings et al.<sup>112</sup> (siehe Kapitel 6.4) identifiziert als wirksame Maßnahmen auf kommunaler Ebene die Einschränkung öffentlicher Alkoholkonsummöglichkeiten, Preiserhöhungen durch höhere Besteuerung sowie Alkoholwerbverbote. Verkehrskontrollen zeigen Wirkung bei Risikotrinkern.

**Tabelle 8:** Zusammenfassung gemeindebasierte Interventionen

Autor Jahr	Land Setting	Alter Fallzahl	Evidenz Design	Präventionstyp/ Intervention	Ergebnisse
Flewelling et al. <sup>45</sup> 2013	USA Gemeinde	K. A. N=3.122	2C Outcome Research	Universell/ gemeindebasierte Intervention	Obwohl effektiv hinsichtlich der Einhaltung gesetzlicher Regelungen haben Shop-Kontrollen keinen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum
Hallgren und Andréas-son <sup>59</sup> 2013	Schweden Gemeinde	Survey: 15-19. Interventionsprogramme: 3-25 N=8.092	4 RCT	Universell/ gemeindebasierte Intervention	Die Studie zeigt keine Effekte zusätzlicher kommunaler Anstrengungen beim Einsatz eines Bündels von Interventionsprogrammen, weist zudem ein schwaches Studiendesign auf
Shakeshaft et al. <sup>105</sup> 2014	Australien Gemeinde	15-24 N=2.977	2B Cluster RCT	Universell/ gemeindebasierte Intervention	Die Studie zeigt keine signifikanten Effekte für kommunale Interventionsprogramme
Wolfson et al. <sup>127</sup> 2012	USA Universität	K. A. N=3.811	2C Outcome Research	Universell/ gemeindebasierte Intervention	Obwohl effektiv hinsichtlich der Folgen des Alkoholkonsums auf die eigene Person wie auf andere, haben die Maßnahmen keinen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum selbst

K. A. = Keine Angabe. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

## 6.7 Motivierende Interventionen bei jungen Erwachsenen

Aus dem deutschsprachigen Raum liegen drei Studien zur Intervention mit motivierenden Kurzinterventionen aus der Schweiz vor. Sie sind dort mit 19- bis 20-jährigen Männern im Rahmen der Rekrutierung zum Militärdienst durchgeführt worden.

Bei Rekruten mit einem geringen Alkoholkonsum zeigt eine internetbasierte motivierende Kurzintervention im Follow-up nach sechs Monaten keine signifikanten Effekte sowohl bei der Trinkmenge wie bei der Häufigkeit des Rauschtrinkens<sup>12</sup>.

Wird die motivierende Kurzintervention als 20-minütige Face-to-Face-Intervention durch Psychologen (Master-Level) vorgenommen, dann zeigt sich im Follow-up nach sechs Monaten ein geringfügig protektiver Effekt bei „Niedrigrisiko-Trinkern“. Keine signifikanten Effekte ergeben sich bei „Hochrisiko-Trinkern“<sup>54</sup>.

In einer weiteren Studie, die die motivierende Kurzintervention selektiv als Stichprobe bei so genannten „Hochrisiko-Trinkern“ (>14 Drinks/Woche, >6 Drinks/Anlass, AUDIT >8) durchführt, zeigt sich im 6-Monate-Follow-up eine geringe Reduktion der Drinks/Woche von 10,12 auf 8,44 Drinks/Woche<sup>11</sup>.

**Tabelle 9:** Zusammenfassung motivierende Interventionen bei jungen Erwachsenen

<b>Autor Jahr</b>	<b>Land Setting</b>	<b>Alter Fallzahl</b>	<b>Evidenz Design</b>	<b>Präventionstyp/ Intervention</b>	<b>Ergebnisse</b>
Bertholet et al. <sup>11</sup> 2015	Schweiz Computer	20 N=727	2B RCT	Selektiv/ internetbasierte Kurzintervention	Sehr geringe Effekte. Wirkungsweise unklar. Hohe Biasgefährdung
Bertholet et al. <sup>12</sup> 2015	Schweiz Computer	20 N=896	2B RCT	Universell/ internetbasierte Kurzintervention	Keine Effekte. Rauschtrinken wird nicht verhindert oder reduziert
Gaume et al. <sup>54</sup> 2011	Schweiz Armee	19 N=572	1B RCT	Universell/ Kurzintervention	Die motivierende Kurzintervention hat einen kleinen positiven Effekt auf die Alkoholkonsummenge bei Niedrigrisiko-Trinkern

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie

## 6.8 Limitationen

Die eingeschlossenen Studien weisen zahlreiche Bias und Limitationen auf, die bei der Bewertung der Studienergebnisse berücksichtigt werden müssen. Es handelt sich dabei sowohl um Probleme bei der Stichprobenrekrutierung (wie Randomisierung), um zu hohe Ausfall- und Drop-out-Raten (Attrition), fehlende Generalisierbarkeit der Ergebnisse, fehlende Verblindung oder unzureichende Compliance-Kontrolle als auch um eine unzureichende Berücksichtigung von Confounder- oder Moderator-Effekten.

Im Einzelnen sind als Bias beobachtet und berichtet worden:

- Randomisierungsbias aufgrund der nicht adäquaten Durchführung der Randomisierung
- Stichprobenauswahlbias
- Fehlende Verblindung von Teilnehmern wie Studien-/Interventionspersonal
- Attritionsbias aufgrund hoher Drop-out-Raten und unvollständiger Outcome-Daten (es wird empfohlen, dass die Ausfall- und Drop-out-Raten bei kurzzeitigem Follow-up nicht >20%, bei längerem Follow-up nicht >30% sind)
- Selektive Berichterstattung aufgrund von fehlenden/unzureichenden Baseline- oder Outcome-Daten
- Übertragbarkeit der Studienergebnisse (Applikabilität)
- Performance-Bias aufgrund fehlender Standardisierung oder Kontrolle der Interventionsdurchführung
- Compliance-Bias aufgrund fehlender Teilnahme an allen Interventionseinheiten
- Reporting-Bias aufgrund unzureichender und unvollständiger Darstellung und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse

Sämtliche der aufgezählten Bias können bei der überwiegenden Mehrzahl der eingeschlossenen Studien beobachtet werden. Die Bias verhindern in vielen Fällen, dass die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse gegeben ist (siehe detaillierte Beschreibung der Studien im Kapitel 7 Studienauswertung). Auch wenn aufgrund der Studienanlage die Evidenz der Studien – bewertet nach den Kriterien des Oxford Centre of Evidence-based Medicine – hoch ist, wird die Validität der Ergebnisse der weit überwiegenden Mehrheit der Studien durch das Risiko von mehreren Bias eingeschränkt.

## 6.9 Schlussfolgerung

Der systematische Review von 74 Studien zur Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verdeutlicht die uneinheitliche und inkonsistente Datenlage in diesem Forschungsbereich.

Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien stammt aus dem angloamerikanischen Raum. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studien auf Deutschland ist problematisch. Dies liegt neben der unterschiedlichen Organisation des angloamerikanischen College- und Universitätssystems (Campus-Konzept, Campus-Alkoholpolitik) unter anderem an den gesetzlichen Regelungen zum Alkoholkonsum Jugendlicher (Abgabeerlaubnis USA: 21 Jahre; Deutschland: 16 Jahre).

Nur wenige Maßnahmen erzielen Reduktionen der Alkoholkonsumhäufigkeit oder -menge. Kurze motivierende Interventionen gehören dazu, auch wenn ihre Effekte in der Regel kurzfristig und

gering sind (kleine Effektstärken). In schulischen Präventionsprogrammen können sie kurzfristig zur Reduktion von Problem- und Rauschtrinken führen. Unter den schulischen Programmen zeigt auch der Einsatz eines kontrollierten Trinkexperiments positive Wirkungen.

Motivierende Kurzinterventionen werden auch als präventive Maßnahme nach einer Alkoholintoxikation und der Einlieferung in eine Notfallambulanz oder Notfallstation eingesetzt. In den vorhandenen Studien zur Wirksamkeit von motivierenden Kurzinterventionen ist zu beobachten, dass gleichwertige Reduktionen des Alkoholkonsums auch bei den Kontrollgruppen auftreten. Offensichtlich setzt bereits allein die Erfahrung einer Einlieferung in eine Notfallstation wegen einer akuten Alkoholintoxikation einen starken Impuls, den Alkoholkonsum deutlich einzuschränken.

Insgesamt ist zu beobachten, dass trotz der Interventionen der Alkoholkonsum bis zum 25. Lebensjahr zunimmt. Der Einfluss alters- oder gruppenspezifischer Normen ist in einigen Studien untersucht worden. Der Versuch, diese Normen zu beeinflussen, ist in der Regel jedoch nicht signifikant erfolgreich. In einigen Studien führt die systematische Bearbeitung von Risikofaktoren hinsichtlich Persönlichkeitsdimensionen wie Sensationssuche, Impulsivität oder Aggressivität zur Reduktion des Alkoholkonsums. Das Screening solcher Faktoren und die Anwendung dieser Interventionsformen im schulischen oder universitären Kontext ist jedoch in Deutschland aufgrund der Persönlichkeitsrechte und des Datenschutzes problematisch.

Multikomponenteninterventionen, gekoppelt aus schulischen und familienbasierten Interventionen, sowie familienbasierte Interventionen allein zeigen mehrheitlich positive Wirkungen. Zwar sind die Effektstärken gering, doch es ist zu beobachten, dass die präventionspezifische Schulung von Eltern zu einer Verlagerung des Einstiegsalters in den Alkoholkonsum und zu einer Reduzierung von Rauscherfahrungen führen kann.

Die unterschiedlichen und inkonsistenten Ergebnisse der Studien, gepaart mit starken methodischen Bias und Limitationen, legen nahe, vor dem Einsatz einer Intervention zur Prävention von Alkoholmissbrauch genau zu sondieren, für welches spezifische Setting und für welche spezifische Jugendlichengruppe die Intervention geeignet sein könnte. So wirken bestimmte Interventionen zwar in ärmeren, ländlichen, schwach bevölkerten Regionen (USA) oder in Schulen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (EU), aber es fehlen Belege für ihre Generalisierbarkeit.

Auch der Einsatz computer- oder onlinebasierter Tools ist nicht zwangsläufig erfolgreich. Die Kosten für den Einsatz einer solchen Intervention sind zwar gering, aber die vollständige Teilnahme (Compliance) an diesen Computerprogrammen stellt ein deutliches Problem dar.

Insgesamt wird bei vielen Studien deutlich, dass von den ursprünglich ausgewählten Bruttostichproben nur eine Teilmenge (von Schulen, Eltern, Jugendlichen etc.) bereit ist, an der Intervention teilzunehmen. Das wirft zusätzliche Probleme für die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf.

Der hier vorgelegte Review kommt daher im Wesentlichen zu keinen anderen Schlussfolgerungen als der HTA-Bericht aus dem Jahr 2011. Dort wurde ausgeführt, dass motivierende Kurzinformationen, personalisierte Interventionen, computer- bzw. webgestützte Programme, familienbezogene und Multikomponentenprogramme wirksam sein können. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass verhältnissteuernde Maßnahmen, z. B. Steuer- und Preiserhöhungen, Verkehrskontrollen und Kontrollen des Verkaufspersonals, Einschränkung der Zugriffsnähe und der Werbemöglichkeiten für alkoholische Getränke, eine hohe Effektivität aufweisen.

Die methodische Qualität der meisten Studien schränkt die Evidenz der Studien ein. Die zahlreichen US-amerikanischen Studien zu Interventionen an Colleges oder Universitäten sind nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Die schulischen Interventionsprogramme „Life Skills Training“, „Unplugged“ und „Good Behavior Game“ können in spezifischen Settings wirksam sein. Das spanische „Saluda“-Programm erzielt als einzige Intervention mittlere Effektstärken. Motivierende Kurzinterventionen im schulischen oder universitären Kontext können kurzfristig den täglichen Alkoholkonsum reduzieren. Multikomponentenprogramme sind wirksam, aber nicht besser als Interventionen, die nur mit einer Komponente arbeiten. Das familienbasierte „SFP“ hat seine Wirkung nur für arme ländliche Regionen in den USA belegt. Das schwedische Gegenstück „ÖPP“ ist von den administrativen Kosten wesentlich günstiger, die Evidenz der Wirksamkeit ist jedoch inkonsistent. Motivierende Kurzinterventionen nach Alkoholintoxikationen sind dem Wirkungseffekt durch die Erfahrung einer klinischen Notaufnahme nicht überlegen.

Bei Betrachtung der erzielten Ergebnisse der Interventionen stellt sich die gesundheitspolitische Frage, ob die erheblichen Aufwendungen, die bei vielen Präventionsprogrammen entstehen, die letztlich nur in wenigen Studien zu beobachtenden primären geringen und zumeist kurzfristigen Outcome-Effekte legitimieren.

Es wird daher empfohlen, verstärkt deutsche Alkoholpräventionsprogramme auf ihre Wirkung hin zu evaluieren.

## 7 Studienauswertung

### 7.1 Studien zu schulischen Interventionen

Tabelle 10: Studie Armitage et al.<sup>4</sup>

<b>Autor</b>	Armitage CJ, Arden MA, Row R; Harris PR.
<b>Titel</b>	A brief psychological intervention that reduces adolescent alcohol consumption
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Messung der Wirksamkeit einer kurzen psychologischen Intervention zur Reduzierung des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	N = 67, Testgruppe N = 32, Kontrollgruppe N = 35 einer Gesamtschule im Nordosten Englands
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Ausschluss: Alkoholabstinenz
<b>Altersgruppe</b>	16–18 Jahre
<b>Zeitraum</b>	Follow-up nach 2 Monaten
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	Kurze Intervention, basierend auf der „self-affirmation“-Theorie. Beide Gruppen erhalten einen Fragebogen. In der Testgruppe enthält der Fragebogen eine selbstbejahende Absichtserklärung zur Vermeidung von Alkoholkonsum. Beispiel: „Wenn ich mich ängstlich fühle, dann will ich an die Dinge denken, die ich an mir wertschätze.“ Der Fragebogen der Kontrollgruppe enthält ablenkende Aussagen. Beispiel: „Ich finde, dass die Farbe Blau den meisten Menschen steht.“ Anschließend werden beide Gruppen mit den Folgewirkungen von Alkoholkonsum konfrontiert. Die Reaktion wurde mit einer 7-stufigen Likert-Skala gemessen. Outcome-Messung Alkoholkonsum im Follow-up nach zwei Monaten
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testpersonen: Alkoholkonsum pro Tag 1,29 g, Kontrollgruppe: 1,60 g</li> <li>• Testpersonen konsumieren 2,48 g Alkohol weniger pro Tag als Kontrollgruppe (Cohen's d = 0,56; mittlerer Effekt)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Stichprobe von einer Schule, selbstselektive Auswahl der Probanden, kleine Stichprobe; kurzer Follow-up
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The findings provide support for the efficacy of the self-affirming implementation intention for promoting health behavior change.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angaben
<b>Bewertung der Studie</b>	Sehr risikoarmer Alkoholkonsum der Schüler mit und ohne Intervention (weniger als eine UK-Standard-Einheit pro Tag). Aufgrund der kleinen hochselektiven Stichprobe nicht verallgemeinerbar

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 11:** Studie Caria et al.<sup>23</sup>

<b>Autor</b>	Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR.
<b>Titel</b>	The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2011
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Einfluss des sozialen Umfelds der Schule und des sozioökonomischen Levels auf die Wirkung des „Unplugged“-Interventionsprogramms hinsichtlich Alkoholkonsum und Alkohol bezogener Probleme
<b>Stichprobe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• European Drug Abuse Prevention (EU-Dap)-Studie</li> <li>• 143 Schulen in Wien (Österreich), Merelbeke (Belgien), Kiel (Deutschland), Thessaloniki (Griechenland), Turin, Novara, L'Aquila (Italien), Bilbao (Spanien), Stockholm (Schweden)</li> </ul>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: EU-Dap
<b>Altersgruppe</b>	12–14 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutto: N = 7.079</li> <li>• Netto: N = 5.541</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	Oktober 2004 bis Mai 2006
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: „Unplugged“. Zwölf einstündige standardisierte Unterrichtseinheiten gegen Alkohol, Tabak und illegale Drogen. Curriculum basiert auf dem „Comprehensive Social Influence model“. Der Focus liegt auf der Entwicklung und Verstärkung interpersonaler und intrapersonaler Fähigkeiten</li> <li>• Follow-up nach 18 Monaten</li> <li>• Kontrollgruppe: Standardunterricht</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schüler von Schulen mit niedrigem sozioökonomischen Level berichten häufiger Problemtrinken als andere Schüler (Rauscherlebnisse Odds Ratio = 0,60, alkoholbezogene Probleme OR = 0,68, p = 0,06)</li> <li>• Keine signifikanten Effekte bei Häufigkeit des Alkoholkonsums</li> <li>• Keine signifikanten Interventionseffekte bei den anderen Schulen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstausfüllbogen (Recall). Attrition 21,7%.</li> <li>• Unterschiede zwischen Test- und Kontrollgruppe bei relevanten Confounders</li> <li>• Unterschiedliche nationale Einstufung des sozioökonomischen Levels</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“It is plausible that comprehensive social influence programmes have a more favourable effect on problematic drinking among students in underprivileged social environments.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	European Commission European Public Health Programme
<b>Bewertung der Studie</b>	Geringe Effekte des Programms „Unplugged“ bei 12- bis 14-Jährigen an Schulen mit geringem sozioökonomischen Level

EU-Dap = European Drug Abuse Prevention. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



Tabelle 12: Studie Conrod et al.<sup>26</sup>

<b>Autor</b>	Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Mackie C.
<b>Titel</b>	Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents
<b>Land; Jahr</b>	UK/Kanada; 2011
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirkung einer kurzen personalisierten Intervention auf Trinkmenge und Trinkhäufigkeit, Problemtrinken und persönlichkeitspezifische Motivationen zum Alkoholkonsum
<b>Stichprobe</b>	2. Welle des ‚Prevention Trials‘. N = 148 Sekundarschulen in London. N = 13 teilnehmende Schulen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Ausschluss: Fehlende elterliche Zustimmung
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter 13,7 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Bruttostichprobe: N = 2.411 (N = 1.045 Hochrisiko-Schüler, N = 1.366 Niedrigrisiko-Schüler); Nettostichprobe: N = 364 Hochrisiko-Schüler mit eigener und elterlicher Zustimmung
<b>Zeitraum</b>	2008–2009
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Sekundarschulen in London
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theoretischer Ausgangspunkt ist die Annahme, dass 4 Persönlichkeitsrisikofaktoren für gesteigerten Alkoholkonsum verantwortlich sind: Hoffnungslosigkeit (H), Ängstlichkeit (AS), Impulsivität (IMP) und Sensationssuche (SS)</li> <li>• Die Stichprobe wird anhand der Ergebnisse der Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) in Hochrisiko- bzw. Niedrigrisikogruppen eingeteilt. Die Einteilung in Hochrisiko erfolgt, wenn auf mindestens einer Subskala Werte von mehr als einer Standardabweichung über dem Schulmittelwert erreicht werden</li> <li>• Testgruppe: 4 x 2 90-minütige Gruppensitzungen, die sich jeweils auf ein Persönlichkeitsmerkmal fokussieren. Jede Sitzung enthält ein psychoedukatives, ein motivierendes und ein kognitiv-verhaltensorientiertes Element.</li> <li>• Kontrollgruppe: Standarddrogenerziehung</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trinkhäufigkeit: keine Effekte nach 18 Monaten (d = 0,09) und 24 Monaten (d = -0,06)</li> <li>• Rauschtrinken: keine Effekte nach 18 Monaten (d = -0,11) und 24 Monaten (d = -0,05)</li> <li>• Symptome problematischen Trinkens: schwache Effekte nach 18 Monaten (d = 0,29) und 24 Monaten (d = 0,22)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Äußerst geringe Unterschiede im Alkoholkonsumverhalten zwischen Hoch- und Niedrigrisikogruppe</li> <li>• Geringe Unterschiede (1 x Standardabweichung) als Randomisierungskriterium für Hoch- und Niedrigrisikogruppe</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Effects on drinking QF are limited to the first 6 months postintervention. Findings further support the personality targeted approach to alcohol prevention and its effectiveness when provided by trained school staff.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Action on Addiction Grant; National Institute for Health Research at the South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust; Institute of Psychiatry Kings College London
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Konzentration auf Persönlichkeitsfaktoren wie Ängstlichkeit und Sensationssuche führt kurzfristig (6 Monate) zur Reduktion von Trinkmotiven. Der Einfluss auf Trinkmenge und Rauschtrinken ist nicht signifikant

**Tabelle 13: Studie Conrod et al.<sup>27</sup>**

<b>Autor</b>	Conrod PJ, O'Leary-Barrett M, Newton N, Topper L, Castellanos-Ryan N, Mackie C, Girard A.
<b>Titel</b>	Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	UK/Kanada; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit der 'Teacher-Delivered Personality-Targeted Interventions for Substance Misuse' und Herd-Effekte der Intervention
<b>Stichprobe</b>	N = 148 öffentliche Sekundarschulen in London. Auswahl der N = 21 Schulen, die am schnellsten reagiert haben
<b>Ein- und-Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: SURPS: 1 Standardabweichung über dem MW hinsichtlich einer der 4 Dimensionen: Sensationssuche, Impulsivität, Angstneigung und Hoffnungslosigkeit/negatives Denken</li> <li>• Ausschluss: Fehlende elterliche Zustimmung</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter 13,7 Jahre. 9.-Klässler.
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.210 Hochrisikoschüler, N = 1.433 Niedrigrisikoschüler
<b>Zeitraum</b>	2007-2009
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Kontext des Preventure-Projekts</li> <li>• Testgruppe: 4 x 2 90-minütige Gruppen-Sitzungen pro Schule für Hochrisiko-Schüler</li> <li>• Kontrollgruppe: Standard-Curriculum</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Reliabilitäts-Check (Cronbach $\alpha = 0,95$ ). Langzeiteffekte (24 Monate) durch Intervention: Trinkhäufigkeit ( $\beta = -0,320$ , $p = 0,03$ ), Trinkmenge ( $\beta = -0,098$ , $p = 0,04$ ) Rauschtrinken ( $\beta = -0,400$ , $p = 0,03$ ), Problemtrinken ( $\beta = -0,452$ , $p = 0,02$ ). Marginaler Herd-Effekt ohne kausale Erklärung
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen (Recall). 83 % Interventions-Teilnahme. Reporting
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"Findings further support the personality targeted approach to alcohol prevention and its effectiveness when provided by trained school staff."
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Action on Addiction und weitere individuelle Grants
<b>Bewertung der Studie</b>	Der Anstieg des Alkoholkonsums bei Schülern zwischen 13 und 15 Jahren wird durch die Intervention verlangsamt bzw. reduziert

MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SURPS = Substance Use Risk Profile Scale.

Tabelle 14: Studie Dietrich et al.<sup>38</sup>

<b>Autor</b>	Dietrich T, Rundle-Thiele S, Schuster L, Drennan J, Russell-Bennett R, Leo C, Gullo MJ, Connor JP.
<b>Titel</b>	Differential segmentation responses to an alcohol social marketing program
<b>Land; Jahr</b>	Australien; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	4
<b>Zielsetzung</b>	Ermittlung, ob auf der Basis von demografischen, psychografischen und Verhaltensvariablen gebildete Subgruppen spezifisch auf Präventionsprogramme reagieren
<b>Stichprobe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 private katholische Schulen in Queensland</li> <li>• Segmentierung von N = 2.114 Schülern der High School</li> </ul>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: 10. Klasse
<b>Altersgruppe</b>	14–16 Jahre (54,2% Jungen)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutto: N = 92 Schulen. Cluster-Randomisierung in je 20 Test- und Kontrollschulen</li> <li>• Teilnahmebereitschaft von N = 14 (Testgruppe, Response 70%) und N = 10 (Kontrollgruppe, Response 50%).</li> <li>• Brutto: N = 3.102 Schüler, Netto: N = 2.337 (T0 Befragung ausgefüllt)</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	2013–2014
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „GOKA“ (Game on: Know Alcohol) ist eine Intervention mit sechs Modulen: drei Onlinespielen (<a href="http://gameon.rcs.griffith.edu.au/student-portal/">http://gameon.rcs.griffith.edu.au/student-portal/</a>), ein Onlinespiel der australischen Regierung (Don't Turn Your Night into a Nightmare), praktischen Ratschlägen (Tragen von Bierschutzbrillen, Storch-Balance-Test) und Strategieempfehlungen zur Stärkung der Widerstandskräfte</li> <li>• Testgruppe: N = 1.163, GOKA</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 1.174, Standardunterricht</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation von 3 Segmenten: (a) Abstinente N = 1.223, (b) Rauschtrinker N = 363, (c) Moderate Trinker N = 528</li> <li>• Die GOKA-Intervention bewirkt bei den Rauschtrinkern und den moderaten Trinkern signifikante Einstellungsänderungen gegenüber dem Rauschtrinken</li> <li>• Die Darstellung der Ergebnisse ist mangelhaft</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Stichprobe eingeschränkt auf katholische Privatschulen. Jungen überrepräsentiert in Testgruppe (57,4%, p < 0,05). Selbstaussfüllbogen (Recall-Bias). Generalisierbarkeit. Applikation. Unmittelbares Follow-up. Hohe Attrition. Soziale-Erwünschtheit-Bias. Zwei Kontrollschulen ohne Follow-up. Nur Einstellungs- und Normenänderungen berichtet
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The findings suggest that selecting and subsequently targeting one or more segment(s) through tailored and co-created program design may improve program efficacy and efficiency.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Australian Research Council Linkage Program and Queensland Catholic Education Commission and Griffith University
<b>Bewertung der Studie</b>	Aufgrund methodischer Schwächen, starker Bias und unvollständigem Reporting ist die Aussagekraft der Studie gering

GOKA = Game on: Know Alcohol. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Tabelle 15: Studie Drost et al.<sup>42</sup>

<b>Autor</b>	Drost RM, Paulus AT, Jander AF, Mercken L, de Vries H, Ruwaard D, Evers SM.
<b>Titel</b>	A web-based computer-tailored alcohol prevention program for adolescents: cost-effectiveness and intersectoral costs and benefits
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2016
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Kostenwirksamkeit einer webbasierten Intervention zur Reduktion des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten aus der Alcoholic-Alert-Studie (Testgruppe: 21 Schulen, Kontrollgruppe: 23 Schulen)</li> <li>• Sekundar- und Berufsschulen</li> </ul>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Teilnahmebereitschaft an der Alcoholic-Alert-Studie
<b>Altersgruppe</b>	15–19 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 2.493, (N = 34 Schulen)</li> <li>• Testgruppe: N = 1.538</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 955</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	Januar/Februar 2014 bis Mai/Juni 2014
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: Computerspiel mit personalisiertem Feedback (Spiel ‚Watskeburts‘: ‚Was passiert nach einer Alkoholrausch-Nacht?‘). Drei Spielsessions.</li> <li>• Kontrollgruppe: ohne Intervention</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an T1: N = 387 (Testgruppe), N = 303 (Kontrollgruppe)</li> <li>• Gesamtgesundheitskosten: 85,65 € (Testgruppe), 124,49 € (Kontrollgruppe)</li> <li>• Intersektorale Kosten und Nutzen (ICB): 162,68 € (Testgruppe), 112,61 € (Kontrollgruppe)</li> <li>• Rauschtrinken: minus 0,16 Gelegenheiten (Testgruppe), plus 0,33 Gelegenheiten (Kontrollgruppe)</li> <li>• Menge/Woche: plus 0,78 Gläser (Testgruppe), plus 1,51 Gläser (Kontrollgruppe)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikante Unterschiede (Geschlecht, Religion, Schullevel) zwischen Test- und Kontrollgruppe</li> <li>• Kurzes Follow-up (4 Monate)</li> <li>• Extrem hohe Drop-out-Rate (72,4%)</li> <li>• Selbstauskünfte</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“From a societal perspective (which includes ICBs) the intervention is clearly cost-effective only for the lower education and older adolescents subgroups.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	ZonMW, the Netherlands Organisation for Health Research and Development
<b>Bewertung der Studie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effekte sind gering (geringe Reduktion des Rauschtrinkens)</li> <li>• Die Drop-out-Rate ist sehr hoch</li> <li>• Kostenwirksamkeit ist nur für niedrig gebildete und ältere Schüler belegt</li> </ul>

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 16: Studie Foxcroft und Tsertsvadze<sup>52</sup>**

<b>Autor</b>	Foxcroft DR, Tsertsvadze A.
<b>Titel</b>	Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2011
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Update des systematischen Reviews aus dem Jahr 2002. Evidenzermittlung, ob psychosoziale oder erzieherische schulische Programme zur Prävention des Alkoholmissbrauchs beitragen
<b>Datenbanken</b>	MEDLINE, CCRoCT, EMBASE, PsycINFO, Projekt CORK
<b>Stichprobe</b>	53 RCT, davon 11 schulische Alkoholpräventionsprogramme, 39 generische Programme. 41 Studien aus Nordamerika, 6 aus Europa, 6 aus Australien, 1 aus Indien, 1 aus Swasiland
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veröffentlichung bis Juli 2010</li> <li>• Schüler unter 18 Jahren</li> <li>• RCT</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Unter 18 Jahren
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Verschieden
<b>Zeitraum</b>	2002–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	Jede Form der psychosozialen Intervention durch elterliche Sozialisation oder elterlichen Einfluss
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 von 11 schulischen Programmen und 14 von 39 generischen Programmen bewirken eine Reduktion des Alkoholkonsums</li> <li>• Life Skills Training Program (USA), Unplugged Program (Europa), Good Behavior Game (USA, Europa) werden empfohlen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Aufgrund der Heterogenität von Interventionen, Stichproben, Outcomes nur qualitative Zusammenfassung. Berichtsqualität der Randomisierungsverfahren sehr schwach
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“There was no easily discernible pattern in characteristics that would distinguish trials with positive results from those with no effects. Reporting of program content and context should be more detailed and systematic to enable comparison.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	UK Cochrane Collaboration; NIHR; Oxford Brooks University
<b>Bewertung der Studie</b>	Inkonsistente Ergebnisse. Life Skills Training Program, Unplugged Program, Good Behavior Game wirksam in spezifischem Setting

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 17:** Studie Gmel et al.<sup>57</sup>

<b>Autor</b>	Gmel G, Venzin V, Marmet K, Danko G, Labhart F.
<b>Titel</b>	A quasi-randomized group trial of a brief alcohol intervention on risky single occasion drinking among secondary school students
<b>Land; Jahr</b>	Schweiz; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer kurzen Gruppenintervention zur Verhinderung von Rauschtrinken
<b>Stichprobe</b>	9 Sekundarschulen im Kanton Zürich mit 113 Klassen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Starktrinkanlässe (Jungen 5+, Mädchen 4+ Drinks) bei Schülern mit mittleren Risiko-(3-4) oder hohen Risiko-(5+) Situationen in den letzten 30 Tagen
<b>Altersgruppe</b>	16-18 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Testgruppe: N = 338, Kontrollgruppe: N = 330
<b>Zeitraum</b>	August 2008 bis November 2009
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	Gruppen mit 8-10 Teilnehmern erhalten zwei 45-minütige motivierende Interventionen
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Häufigkeit des Rauschtrinkens, die Anzahl der Drinks pro Woche und die maximale Trinkmenge pro Anlass sind im Follow-up (6 Monate) nicht reduziert</li> <li>• Schwach signifikante Effekte (<math>p &lt; 0,10</math>) für Starktrinkanlässe und Alkoholmenge im 6-Monate-Follow-up bei der mittleren Risikogruppe, aber nicht bei der Hochrisikogruppe. (Signifikanzlevel <math>p &lt; 0,05</math> wurde nicht angewendet, da die Subgruppen unterpowered sind)</li> <li>• Kein Effekt bleibt signifikant nach Bonferroni-Korrektur auf dem <math>p &lt; 0,05</math> Level</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstauskünfte. Schüler in der Kontrollgruppe sind signifikant älter und haben einen höheren Anteil an Jungen</li> <li>• Drop-out-Raten hoch (Testgruppe: 23%, Kontrollgruppe: 32%)</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"Our study showed that group brief alcohol intervention may be beneficial for some heavy drinkers, but may be detrimental for the heaviest of them."
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angabe
<b>Bewertung der Studie</b>	Kein signifikanter Beleg für die Wirkung von kurzen motivierenden Gruppeninterventionen bei Rauschtrinkern

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Tabelle 18: Studie Hernández-Serrano et al.<sup>61</sup>

<b>Autor</b>	Hernández-Serrano O, Griffin KW, García-Fernández JM, Orgilés M, Espada JP.
<b>Titel</b>	Public commitment, resistance to advertising, and leisure promotion in a school-based drug abuse prevention program: a component dismantling study
<b>Land; Jahr</b>	Spanien; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Stellenwert von drei Interventionskomponenten (öffentliches Commitment, Werbungsresistenz, Freizeitaktivitäten) hinsichtlich des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	Fünf öffentliche Sekundarschulen in Alicante
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Spanisch sprechende Schüler aus der Mittelklasse
<b>Altersgruppe</b>	14–16 Jahre (9./10. Klasse)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 480 (47% männlich)
<b>Zeitraum</b>	September 2011 bis Juni 2012
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präventionsprogramm „Saluda“ („Gruß“)</li> <li>• Intervention, durchgeführt von trainierten Psychologiestudenten</li> <li>• Zehn einstündige Sitzungen mit folgenden Komponenten: a) Informationen zu Alkohol und seiner Wirkung, b) Informationen zu Trinkmotivationen, c) Werbewirkungsanalyse, d) soziale Fähigkeiten, e) Informationen zu gesunden Freizeitangeboten, f) Problemlösungsfähigkeiten, g) öffentliches Commitment zum Nichtmissbrauch von Alkohol und synthetischen Drogen</li> <li>• Fünf Splits: 1. Komplettes Saluda-Programm (SC), 2. S-LP (Programm ohne Freizeitaktivitäten), 3. S-PC (Programm minus öffentliches Commitment), 4. S-AR (Programm minus Werberesistenz), 5. Kontrollgruppe</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Testgruppen reduzieren die Häufigkeit von Rauscherlebnissen im 6-Monate-Follow-up gegenüber der Kontrollgruppe (Effektstärke 0,73–0,84, <math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Das S-LP ist signifikant effektiver als das SC</li> <li>• Alle Varianten verbessern Kenntnisse und Normen</li> <li>• Das komplette Saluda-Programm reduziert die Rauschhäufigkeit (<math>d = 0,73</math>) signifikant im Vergleich mit der Kontrollgruppe im Posttest und im Follow-up (6 Monate)</li> <li>• Eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums erfolgt nur im Posttest</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Mittelklassehintergrund der Schüler. Selbstangaben. Unsicherheit über die Standardisierung der Sitzungen. Keine näheren Angaben zur Randomisierung
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“When removing the healthy leisure promotion component, the Saluda program shows no loss of efficacy.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angabe
<b>Bewertung der Studie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion des Rauschtrinkens im Follow-up nach 6 Monaten</li> <li>• Keine Reduktion der Alkoholkonsumhäufigkeit nach 6 Monaten</li> <li>• Verbesserung von Kenntnissen und Normen</li> </ul>

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. S-AR = Saluda minus the resistance to advertising. SC = Saluda complete program. S-LP = Saluda minus leisure promotion. S-PC = Saluda minus public commitment.



**Tabelle 19:** Studie Lammers et al.<sup>74</sup>

<b>Autor</b>	Lammers J, Goossens F, Conrod P, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M.
<b>Titel</b>	Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit des „Preventure“-Ansatzes zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Sekundarschülern
<b>Stichprobe</b>	Brutto: N = 100 zufällig ausgewählte Sekundarschulen. Teilnahmebereit und Erfüllung der Einschlusskriterien: N = 15 Sekundarschulen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<p>Einschluss Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schule hat mindestens 600 Schüler</li> <li>• &lt; 25 % Migrationshintergrund</li> </ul> <p>Einschluss Schüler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenszeitprävalenz Alkoholkonsum</li> <li>• Zugehörigkeit zu einer der vier Hochrisiko-Persönlichkeitsdimensionen (Sensations-suche, Impulsivität, Angstneigung, Hoffnungslosigkeit/negatives Denken) (1 Standardabweichung über MW)</li> <li>• Elterliche Einverständniserklärung</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	13–15 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 4.844 8./9.-Klässler. N = 1.488 Hochrisiko. Netto: N = 699 teilnahmebereit
<b>Zeitraum</b>	Frühling 2009 bis Dezember 2011
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<p>„Preventure“ ist ein Interventionsprogramm, das auf persönliche Risikofaktoren ausgerichtet ist und Techniken des kurzen motivierenden Interviews einsetzt. In der ersten Sitzung werden psychoedukative Strategien zur Bearbeitung der Risikopersönlichkeitsdimensionen verwendet. In der zweiten Sitzung werden die Teilnehmer ermutigt, ihre kognitiven Strukturen zu identifizieren und zu bearbeiten, die zu problematischem Alkoholkonsum führen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 343. „Preventure“ = 2 x 90-minütige Sitzungen mit 6 Teilnehmern. 71 % Teilnahme an den Sitzungen. T3: N = 72 %</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 365. Standard-Curriculum. T3: N = 80 %</li> <li>• Follow-up: 2 (T1), 6 (T2) und 12 (T3) Monate mittels Online Surveys</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-Monate-Follow-up: kein signifikanter Unterschied beim Rauschtrinken zwischen Test- (42,9 %) und Kontrollgruppe (49,2 %) (OR 1,05), beim Alkoholkonsum: Testgruppe (53,9 %), Kontrollgruppe (61,5 %) (OR 0,99), beim Problemtrinken Testgruppe (37,0 %), Kontrollgruppe (44,7 %) (OR 1,03)</li> <li>• Signifikante Effekte zeigen sich jedoch bei der Zunahme des Rauschtrinkens (<math>\beta = -0,16</math>, <math>p = 0,05</math>) und bei der Häufigkeit des Rauschtrinkens (<math>\beta = -0,14</math>, <math>p = 0,05</math>)</li> </ul>



<b>Limitationen</b>	Selbstauskünfte (Recall). Stichprobenselektion (freiwillige Teilnahme). Stichprobenbias (Geschlecht $p < 0,015$ ; Alter $p < 0,003$ , niedriger Erziehungslevel $p < 0,001$ ). Interventionsteilnahmebias ( $p < 0,024$ ). Attrition
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The alcohol prevention programme, Preventure, appears to have little or no effect on overall prevalence of binge drinking in adolescents in the Netherlands.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Dutch Medical Research Council, ZonMW
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine signifikanten Effekte auf Alkoholkonsum. Kleine Effekte auf die Zunahmeraten beim Rauschtrinken

MW = Arithmetisches Mittel. OR = Odds Ratio. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Tabelle 20: Studie Lindenmeyer et al.<sup>75</sup>

<b>Autor</b>	Lindenmeyer J, Hanewinkel R, Morgenstern M.
<b>Titel</b>	„Lieber schlau als blau“. Alkoholprävention für Jugendliche in Schulen
<b>Land; Jahr</b>	Deutschland; 2012
<b>Studientyp</b>	Outcome Research
<b>Studienqualität</b>	2C
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation des Alkoholpräventionsprogramms „Lieber schlau als blau“
<b>Stichprobe</b>	N = 423 Schulen in Brandenburg. N = 47 Schulen mit Interessenbekundung, zusätzlich 17 Schulen aus anderen Bundesländern. Netto: 15 + 4 Schulen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Keine Angabe
<b>Altersgruppe</b>	MW: 15,6 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 725 Schüler
<b>Zeitraum</b>	Oktober 2010 bis Juni 2012
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<p>„Lieber Schlau als blau“ enthält als Programmelemente: Wissensvermittlung, Norm-bezogenes Feedback, kognitive Umstrukturierung, direkte Alkoholerfahrung in der Peer-gruppe, Übertragung der Informationen auf die eigene Person</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: a) N = 252 mit 3-stündigem Trinkexperiment, b) N = 114 ohne Trink-experiment. 3 Unterrichtseinheiten je 50 Minuten: individuelle Rückmeldung. Entwicklung von eigenen, geschlechtsspezifischen Trinknormen. Erarbeitung von Vorsichtsmaßnahmen</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 359</li> <li>• Follow-up: 3 Monate (T3), 6 Monate (T4)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<p>Nur ein Drittel der Schulen, bei denen eine Interessenbekundung vorlag und eine Schulung durchgeführt wurde, haben an der Evaluation teilgenommen. Ursachen für die Absage sind u. a. Bedenken der Schulleitung bzw. des Lehrerkollegiums sowie organisatorische Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: (T4) Zunahme von Nichttrinkern (OR 3,45, p = 0,002)</li> <li>• Trinkmenge nimmt bei beiden Gruppen zu (6 Monate), kein signifikanter Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe</li> <li>• Zunahme des Rauschtrinkens in der Kontrollgruppe (OR 3,2, p = 0,003)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstauffüllbogen (Recall). Stichprobenrekrutierung (Teilnahmebereitschaft: 3,5 %). Stichprobe (Schultyp p = 0,008, Rauscherfahrung p = 0,033). Attrition der Schüler (T4: 50,8 %–57,1 %). Unterschiedliche Programmdurchführung (Lehrer/Fachkräfte)
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	„Die Interventionsgruppe hatte nach 3 und 6 Monaten einen bedeutsam weniger riskanten Alkoholkonsum als die Kontrollgruppe. Insbesondere war der Anteil von Jugendlichen mit Rauschtrinken und Hochkonsum noch 6 Monate nach Trainings-teilnahme signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.“
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Intervention ist hinsichtlich des Rauschtrinkens effektiv. Die Studie weist jedoch erhebliche Bias auf

MW = Arithmetisches Mittel. OR = Odds Ratio.

**Tabelle 21:** Studie Newton et al.<sup>92</sup>

<b>Autor</b>	Newton NC, Conrod PJ, Slade T, Carragher N, Champion KE, Barrett EL, Kelly EV, Nair NK, Stapinski L, Teesson M.
<b>Titel</b>	The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Australien; 2016
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Langzeitwirksamkeit von „Preventure“, einer selektiven, personalisierten Intervention zur Reduktion des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	190 Schulen in den Staaten New South Wales und Victoria (Australien). 27 Schulen (N = 2.608 Schüler) teilnahmebereit
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline-Scoring mit SURPS</li> <li>• Hochrisikoschüler in der 8. Klasse, definiert als eine Standardabweichung über dem MW auf einer der vier Dimensionen Negatives Denken (NT), Angst (AS), Impulsivität (IMP), Sensationssuche (SS)</li> <li>• Zustimmung der Eltern</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	MW: 13,4 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Randomisiert: N = 1.220, Netto: N = 1.005
<b>Zeitraum</b>	September 2011 bis Februar 2015
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 202. Preventure, 2 x 90-minütige Sitzungen im Abstand von 1 Woche. 1. Sitzung: psychoedukative Strategien, 2. Sitzung: Ermutigung zur Identifikation des eigenen problematischen Verhaltens. Follow-up 36 Monate: N = 107</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 236. Standardcurriculum. Follow-up 36 Monate: N = 183</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test- vs. Kontrollgruppe: 36-Monate-Follow-up: signifikante Reduktion der Zunahmegeschwindigkeit des Alkoholkonsums (<math>b = -0,225</math>, <math>p &lt; 0,001</math>), Rauschtrinken (<math>b = -0,305</math>, <math>p = 0,001</math>), alkoholbezogene Schäden (<math>b = -0,225</math>, <math>p = 0,008</math>)</li> <li>• ABER: absolute Zunahme des Rauschtrinkens von Baseline (T: 11,1%, K: 5,1%) zu 36-Monate-Follow-up (T: 40,4%, K: 41,6%)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Generalisierbarkeit. Starke Stichproben-Disproportion (Baseline Jungen: Testgruppe: 81,2%, Kontrollgruppe: 36,2%). Keine weitere Analyse und Dokumentation der Auswirkung dieser Disproportion
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Findings from this study support the use of selective personality-targeted preventive interventions.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Health and Medical Research Council
<b>Bewertung der Studie</b>	Ein individualisiertes Interventionsprogramm führt nach 36 Monaten zu einer geringen Verlangsamung der Alkoholaufnahme und des Rauschtrinkens, aber nicht zu einer Reduktion des Rauschtrinkens

MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SURPS = Substance Use Risk Profile Scale. Vier Dimensionen: Sensationssuche, Impulsivität, Angstneigung, Hoffnungslosigkeit/negatives Denken.

**Tabelle 22: Studie Suchert et al.<sup>113</sup>**

<b>Autor</b>	Suchert V, Hanewinkel R, Morgenstern M.
<b>Titel</b>	Wahrgenommene Verfügbarkeit und Alkoholkonsum Jugendlicher im Längsschnitt
<b>Land; Jahr</b>	Deutschland; 2014
<b>Studientyp</b>	Kohortenstudie
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Untersuchung des Einflusses der wahrgenommenen Verfügbarkeit von Alkohol auf die Initiierung des Rauschtrinkens im Kindes- und Jugendalter
<b>Stichprobe</b>	Schüler
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Ausschluss: Schüler und Schülerinnen, die zum 2. Erhebungszeitpunkt bereits Erfahrungen mit Rauschtrinken haben
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter = 12,97 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.176 (über alle 3 Erhebungszeitpunkte)
<b>Zeitraum</b>	30 Monate
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	176 Schulklassen in 3 Bundesländern (Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein)
<b>Intervention</b>	Keine (reine Beobachtungsstudie)
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alkoholkonsum und Rauschtrinken:</b> 59 % der Studienteilnehmer hatten zum 2. Erhebungszeitpunkt bereits Alkohol getrunken; signifikante Unterschiede beim Alter (75 % bei 14- bis 16-Jährigen vs. 47,3 % bei 10- bis 13-Jährigen), kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. 3. Erhebungszeitpunkt: Signifikante Differenz beim Rauschtrinken bezüglich Altersgruppen und Geschlecht (Jungen hatten häufiger Erfahrungen)</li> <li>• <b>Wahrgenommene Verfügbarkeit und Bezugsquellen von Alkohol:</b> 56,1 % halten Spirituosen für nicht verfügbar („sehr leicht verfügbar“: 5,2 %); Bier/Wein halten 23 % für nicht verfügbar („sehr leicht verfügbar“: 13,8 %). Häufigste Bezugsquellen (70,9 %) sind Eltern, Freunde und Geschwister („soziale Bezugsquellen“); seltener (15,7 %) wurde Alkohol von Verkaufsstellen, Kiosken, Supermärkten, Tankstellen, Bars/Diskotheken bezogen</li> <li>• <b>Einfluss der wahrgenommenen Verfügbarkeit auf die Initiierung des Rauschtrinkens:</b> die wahrgenommene Verfügbarkeit – sowohl von Bier/Wein als auch von Spirituosen – stellt sich als signifikanter Prädiktor für die Initiierung des Rauschtrinkens heraus. Dabei ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt mit dem Alter: Bei den 10- bis 13-Jährigen hat die wahrgenommene Verfügbarkeit von Spirituosen keinen Einfluss auf die Initiierung von Rauschtrinken. Im Gegensatz dazu ist die Wahrscheinlichkeit für die Initiierung unter den 14- bis 16-Jährigen, die Spirituosen für leicht verfügbar halten, fast um das 3-fache erhöht. Für die wahrgenommene Verfügbarkeit von Bier/Wein kann dieser moderierende Einfluss des Alters nicht gezeigt werden</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Großer Studienausfall (49,2 %)</li> <li>• Fehlende Repräsentativität (insbesondere aufgrund der Selbstselektion der Schulen)</li> <li>• Zeitliche Nähe der erhobenen Kovariaten (sozioökonomischer Status, Alkoholkonsum der Eltern, Persönlichkeitsmerkmale) zum Prädiktor ist aufgrund ihrer Erfassung zum 1. Erhebungszeitpunkt nicht vollends gegeben</li> <li>• Relevante Kovariaten wie psychopathologische Merkmale werden nicht erfasst</li> </ul>

<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die individuelle Wahrnehmung der Verfügbarkeit von Alkohol ist eine potenzielle Stellschraube für präventive Maßnahmen: Familienbasierte Präventionsmaßnahmen könnten die soziale Verfügbarkeit verringern</li> <li>• Aber auch eine Veränderung der tatsächlichen physischen Verfügbarkeit (Bezugsalter und Zahl der Verkaufsstellen) sollte mit einer Veränderung der wahrgenommenen Verfügbarkeit einhergehen</li> <li>• Aus Sicht der Präventionspraxis wäre zudem zu untersuchen, ob die wahrgenommene Verfügbarkeit durch weitere Maßnahmen verändert werden kann (z. B. durch eine Restriktion von Alkoholwerbung oder Informationsvermittlung)</li> <li>• Insgesamt ist davon auszugehen, dass die soziale Verfügbarkeit (i. e. Akzeptanz und Verfügbarkeit von Alkohol im engen sozialen Umfeld) an Bedeutung gewinnt, wenn die physische Verfügbarkeit durch „Ressourcenverknappung“ geringer wird, z. B. durch verhältnispräventive Maßnahmen</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	DAK-Gesundheit
<b>Bewertung der Studie</b>	Wahrgenommene Verfügbarkeit von Alkohol führt bei 14- bis 16-Jährigen zu einer höheren Initiierung des Rauschtrinkens

## 7.2 Studien zu Interventionen an Colleges und Universitäten

Tabelle 23: Studie Alfonso et al.<sup>2</sup>

<b>Autor</b>	Alfonso J, Hall TV, Dunn ME.
<b>Titel</b>	Feedback-based alcohol interventions for mandated students: an effectiveness study of three modalities
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit personalisierten Feedbacks als Individualintervention, in der Gruppe oder computerbasiert
<b>Stichprobe</b>	Collegestudenten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholbedingte Vergehen (Verletzung der Campus-Regelungen hinsichtlich Alkoholkonsum)</li> <li>• Mindestalter: 18 Jahre</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 18,77 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 173
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Hochschulcampus
<b>Intervention</b>	Motivierendes Interview „Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students“ (BASICS) plus „CHOICES“ (zusätzliches interaktives Journal). Webbasierte elektronische Intervention durch das Programm „E-CHUG“
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikante Reduktionen des Alkoholkonsums um 0,03 Promille und um 1,5 Standarddrinks sowie alkoholbedingter Schäden bei individueller Intervention</li> <li>• Signifikante Reduktion alkoholbedingter Schäden bei computerbasierter Intervention</li> <li>• Keine Effekte bei Gruppenintervention</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Geschlechtsverteilung in den Interventionsgruppen</li> <li>• Die Blutalkoholkonzentration in der Ausgangsstichprobe ist sehr niedrig (0,05–0,07 Promille)</li> <li>• Kurzer Follow-up Zeitraum (3 Monate)</li> <li>• Fehlende Angaben bei der Stichprobenbeschreibung</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Personalized alcohol feedback delivered in a one-on-one, face-to-face format serves to decrease both alcohol use and harms in mandated college students. The use of web-delivered personalized alcohol feedback may be clinically useful when working with a mandated student population to reduce alcohol-related harms.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angaben
<b>Bewertung der Studie</b>	Sehr begrenzt. Spezifisch für die USA-Campus-Situation. Sehr geringe Effekte

BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol and Screening Intervention for College Students. E-CHUG = Electronic Check-Up To Go. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 24: Studie Andersson<sup>3</sup>**

<b>Autor</b>	Andersson C.			
<b>Titel</b>	Comparison of WEB and interactive voice response (IVR) methods for delivering brief alcohol interventions to hazardous-drinking university students: a randomized controlled trial			
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2015			
<b>Studientyp</b>	RCT			
<b>Studienqualität</b>	2B			
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation automatisierter Techniken für Kurzinterventionen, um Spitzenalkoholkonzentrationen bei Universitätsstudenten zu reduzieren			
<b>Stichprobe</b>	Studentische Vereinigungen der Fakultäten Recht, Ingenieurwesen und Wirtschaft der Lund University, Schweden			
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• AUDIT-Score (Männer &gt; 8, Frauen &gt; 6)</li> <li>• Vorhandensein eines mobilen Telefons und eines E-Mail-Accounts</li> </ul>			
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 23,2 Jahre			
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.678 Risikotrinker. 59 % Männer			
<b>Zeitraum</b>	2011			
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv			
<b>Setting</b>	Universität			
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: Intervention mit weniger als 500 Wörtern</li> <li>• Einmalige WEB-Intervention N = 323</li> <li>• Wiederholte WEB-Intervention N = 318</li> <li>• IVR-Intervention N = 286</li> <li>• Wiederholte IVR-Intervention N = 279</li> <li>• Kritische Botschaften zu einer Blutalkoholkonzentration &gt; 0,06 %</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 321</li> </ul>			
<b>Ergebnis</b>	BAC-Werte (%)	Baseline	Follow-up nach 6 Wochen	p
	WEB einfach	0,152	0,123	0,000
	WEB wiederholt	0,153	0,133	0,058
	IVR einfach	0,160	0,138	0,058
	IVR wiederholt	0,162	0,138	0,046
<b>Limitationen</b>	Kurzer Follow-up-Zeitraum. Nur 26 % der eingeladenen Studenten nahmen teil. Selektionsbias durch die Wahl der Studentenverbindungen			
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"This study concluded that both WEB and IVR interventions have a small but significant effect in reducing heavy episodic drinking. The clinical relevance of the interventions is marginal."			
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swedish Institute of Public Health sowie die Anna und Edwin Berger Foundation			
<b>Bewertung der Studie</b>	Studiendesign stark biasanfällig. Effekte sowohl der webbasierten wie der IVR-Intervention marginal			

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. BAC = Blutalkoholkonzentration, engl.: blood alcohol content. IVR = Interactive Voice Response. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 25: Studie Bendtsen et al.<sup>7</sup>**

<b>Autor</b>	Bendtsen P, Bendtsen M, Karlsson N, White IR, McCambridge J.
<b>Titel</b>	Online alcohol assessment and feedback for hazardous and harmful drinkers: findings from the AMADEUS-2 randomized and controlled trial of routine practice in Swedish universities
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer nationalen kurzen Onlineintervention für Studenten
<b>Stichprobe</b>	Neun schwedische Colleges und Universitäten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: nur schädlicher oder risikoreicher Alkoholkonsum
<b>Altersgruppe</b>	18–20 Jahre (68%)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.605
<b>Zeitraum</b>	2013
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	Testgruppe: unmittelbarer Zugang zu einer einmaligen Onlineintervention mit personalisiertem Feedback, Kontrollgang: verzögerter Zugang zur Intervention nach 2 Monaten
<b>Ergebnis</b>	Im Follow-up nach zwei Monaten waren keine statistisch signifikanten Wirkungen zu erkennen
<b>Limitationen</b>	Kurzer Wirkzeitraum (zwei Monate), Ausgangswerte nicht erhoben
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Any effects of current national provision are likely to be small.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swedish Council for Working Life and Social Research, Wellcome Trust Research Career Development Fellowship
<b>Bewertung der Studie</b>	Präventionsansatz wirkungslos

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 26:** Studie Bernstein et al.<sup>10</sup>

<b>Autor</b>	Bernstein MH, Wood MD, Erickson LR.
<b>Titel</b>	The effectiveness of message framing and temporal context on college student alcohol use and problems: a selective e-mail intervention
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer E-Mail-Intervention bei stark trinkenden College-Studenten. Überprüfung des Bedürfnisses nach Kognition, Berücksichtigung von Konsequenzen und Selbstwirksamkeit
<b>Stichprobe</b>	College-Studenten: N = 10.016 Brutto-Versand. N =1.617 Responder
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18-24 Jahre</li> <li>• AUDIT-Scores: Männer 8+, Frauen 6+</li> <li>• Keine Alkoholtherapie in den letzten 2 Jahren</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18-24 Jahre. Durchschnittsalter: 19,85 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 220
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 E-Mails mit der Darstellung der Konsequenzen starken Alkoholkonsums</li> <li>• Manipulations-Check nach jeder E-Mail</li> <li>• Letzte E-Mail 37 Tage nach der 1. E-Mail</li> <li>• Übersendung eines Konsum-Assessment 1 Monat nach der letzten E-Mail</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Bei der Baseline-Messung (Follow-up) berichten die Teilnehmer im Durchschnitt 4,21 (4,13) starke Alkoholepisoden und 7,92 (7,22) alkoholbezogene Probleme pro Monat
<b>Limitationen</b>	Langer Zeitraum (12 Tage) zwischen den einzelnen E-Mails. Definition von starkem Trinken als 5 Einheiten, geschlechtsunabhängig
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“These results do not replicate prior laboratory-based research. The null findings may be attributed to the heavy drinking sample or electronic means of message delivery.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	University of Rhode Island Professional Development grant
<b>Bewertung der Studie</b>	Die mehrfache E-Mail-Intervention führt nicht zu einem Rückgang starker Alkoholepisoden oder von alkoholbezogenen Problemen

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 27: Studie Bingham et al.<sup>13</sup>**

<b>Autor</b>	Bingham CR, Barretto AI, Walton MA, Bryant CM, Shope JT, Raghunathan TE.
<b>Titel</b>	Efficacy of a web-based, tailored, alcohol prevention/intervention program for college students: 3-month follow-up
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2011
<b>Studientyp</b>	Kohortenstudie
<b>Studienqualität</b>	4
<b>Zielsetzung</b>	Ergebnisse des Follow-up nach 3 Monaten
<b>Stichprobe</b>	Erstsemester der Universität von Michigan
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18–20 Jahre</li> <li>• Unverheiratete US-amerikanische Staatsbürger</li> </ul> Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studenten in ‚living/learning, substance-free‘-Wohnhäusern</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18–20 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: E-Mail-Einladungen N = 2.536. Baseline: N = 1.137.
<b>Zeitraum</b>	3-Monate-Follow-up: N = 742. 61% Frauen
<b>Präventionstyp</b>	2007
<b>Setting</b>	Universell
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 616</li> <li>• „Michigan Prevention and Alcohol Safety for Students“ (M-PASS): vier interaktive Onlinesitzungen à 15 Minuten mit personalisiertem Feedback im Zeitraum von drei Wochen</li> <li>• Inhalte: Wahrnehmung von Alkoholrisiken, Nutzen von Verhaltensänderungen, Alkoholkonsum-Kontrollstrategien, Zielsetzungen und -erreichungen. Zehn Wochen nach Ende der Intervention erfolgt die Follow-up-Messung</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 521, Baseline-Assessment</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Interventionseffekte zeigen sich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei der Menge/Häufigkeit des Alkoholkonsums (abstinente Frauen, p = 0,021)</li> <li>• beim Rauschtrinken (Hochrisiko-Trinker p = 0,045 (M), p = 0,000 (F))</li> <li>• Wahrnehmung von Alkoholkonsequenzen (Hochrisiko-Trinker Frauen, p = 0,000)</li> <li>• bei der Häufigkeit, mit einem alkoholisierten Fahrer mit zu fahren (Hochrisiko-Trinker Frauen, p = 0,006)</li> <li>• hinsichtlich von Strategien zur Vermeidung riskanten Alkoholkonsums (Niedrigrisiko-Trinker Frauen, p = 0,024)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	\$ 70–105 Honorar. Hohe Stichprobenselektion (29,2%). Stärkere Attritionseffekte bei Hochrisiko-Trinkern (Männer). Vollständigkeit der Text-Rezeption der Interventionsbotschaften unklar
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“These results are promising, suggesting that the intervention was efficacious in changing the attitudes and behaviors of the participants.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institutes of Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Das Onlineprogramm erreicht signifikant nur Frauen, die als Hochrisiko-Trinker eingestuft sind. Starke Bias bei Stichprobe und Drop-out-Rate

M-Pass = Michigan Prevention and Alcohol Safety for Students.

Tabelle 28: Studie Carey et al.<sup>22</sup>

<b>Autor</b>	Carey KB, Scott-Sheldon L, Elliot JC, Garey L, Carey MP.
<b>Titel</b>	Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998–2010
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	Metaanalyse
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Vergleich der Wirksamkeit von Face-to-Face-Interventionen mit computergestützten Interventionen bei Erstsemestern
<b>Datenbanken</b>	PsycINFO, PubMed, Dissertation Abstracts, ERIC, CINAHL, Cochrane Library
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle Alkoholinterventionen</li> <li>• RCT mit College-Studenten</li> <li>• Alkoholkonsum Outcome-Daten mit Effektstärken</li> </ul> Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombiniertes Rauschmittelkonsum</li> <li>• Keine College-Studenten</li> <li>• Massenmediale oder strukturelle Intervention als Komponente</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 19–20 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	(a) 33 Face-to-Face-Interventionen vs. Kontrollgruppe (b) 34 computergestützte Interventionen vs. Kontrollgruppe (c) 15 Face-to-Face-Interventionen vs. computergestützte Interventionen
<b>Zeitraum</b>	1998–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face-to-Face-Intervention: durchschnittlich eine 53-minütige Sitzung (Bandbreite: 5–120 Minuten)</li> <li>• Computergestützte Intervention: durchschnittlich eine 13-minütige Sitzung (Bandbreite: 1–150 Minuten)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beide Interventionen führen kurzfristig zu Reduktionen des Alkoholkonsums</li> <li>• Im direkten Vergleich mit computergestützten Interventionen führen Face-to-Face-Interventionen langfristig, homogen und signifikant zu geringerem und seltenerem Alkoholkonsum sowie zu weniger Alkoholproblemen verglichen mit computergestützten Interventionen</li> <li>• Erfolgreiche Komponenten von Face-to-Face-Interventionen sind: personalisiertes Feedback zum Alkoholkonsum, normative Vergleiche, Reduktionsstrategien, Infragestellung positiver Alkoholerwartungen, Blutalkoholkonzentration-Informationen</li> <li>• Effekte von computergestützten Interventionen sind heterogen. Im Vergleich mit Kontrollgruppen führen computergestützte Interventionen kurzfristig zu seltenerem und geringerem Alkoholkonsum</li> <li>• Die Effekte sind aber nicht langfristig</li> <li>• Die Länge der Intervention hat keinen Effekt</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstauskünfte. Ungleiche regionale Verteilung der Studien. Limitierte Anzahl der direkten Vergleiche von Face-to-Face- und computergestützten Interventionen
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Overall, we conclude that face-to-face-interventions provide the most effective and enduring effects.”

<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Computergestützte Interventionen führen zu kurzfristigen Effekten, Face-to-Face-Interventionen zu mittel- bis langfristigen Effekten

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 29:** Studie Clarke et al.<sup>25</sup>

<b>Autor</b>	Clarke NC, Field M, Rose AK.
<b>Titel</b>	Evaluation of a brief personalised intervention for alcohol consumption in college students
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2015
<b>Studientyp</b>	Quasiexperimentelle randomisierte Studie
<b>Studienqualität</b>	3B
<b>Zielsetzung</b>	Wirkung einer kurzen personalisierten Feedbackintervention
<b>Stichprobe</b>	N = 103 Collegestudenten mit regelmäßigem Alkoholkonsum der Universität von Liverpool
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichere englische Sprachkenntnisse</li> <li>• Alkoholkonsum mindestens einmal pro Woche</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 23,8 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Kurze personalisierte Feedbackintervention: N = 52
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment des Trinkverhaltens vor Intervention in beiden Gruppen</li> <li>• Kurze personalisierte Feedbackintervention: 10-minütiges personalisiertes Feedback nach Durchführung des Alkohol-Quiz mit Zugang zur Change4Life Website (<a href="http://www.nhs.uk/Change4Life">http://www.nhs.uk/Change4Life</a>).</li> <li>• Kontrollgruppe: Alkohol-Quiz mit Zugang zur Change4Life Website</li> <li>• Beide Gruppen: Nach zwei Wochen erneut Beantwortung des Alkoholquiz ohne Zugang zur Webseite</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Beide Gruppen reduzieren ihren Alkoholkonsum und das Rauschtrinken signifikant. Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen
<b>Limitationen</b>	Bias durch das Rekrutierungsverfahren. Honorar £ 5. Keine Generalisierbarkeit. Kurzer Follow-up-Zeitraum
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The provision of generalised information can be as efficient as a brief personalised feedback intervention for the reduction of alcohol consumption in students.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Economic and Social Research Council and Alcohol Research
<b>Bewertung der Studie</b>	Eingeschränkte Studienqualität. Übertragbarkeit der Ergebnisse unklar. Kein Unterschied zwischen kurzer personalisierter Feedbackintervention und allgemeiner Information

**Tabelle 30: Studie Conroy et al.<sup>28</sup>**

<b>Autor</b>	Conroy D, Sparks P, de Visser R.
<b>Titel</b>	Efficacy of a non-drinking mental simulation intervention for reducing student alcohol consumption
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2015
<b>Studientyp</b>	Experimentelle Fallstudie
<b>Studienqualität</b>	2C
<b>Zielsetzung</b>	Überprüfung, inwieweit die Imagination abstinenter Verhaltens zum Rückgang von Alkoholkonsum führt
<b>Stichprobe</b>	N = 80 Abteilungen an 45 englischen Universitäten. Teilnahmebereitschaft bei N = 23 Abteilungen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Engländer, 18–25 Jahre alt, Studenten
<b>Altersgruppe</b>	18–25 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.250. Vollständige Antworten zu T2 und T3: N = 211 (74,4% Frauen)
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onlineintervention. Testgruppe:</li> <li>• a) Imagination positiver Ergebnisse abstinenter Verhaltens</li> <li>• b) Imagination der Strategien, die für abstinentes Verhalten erforderlich sind</li> <li>• c) Kombination der beiden Imaginationen</li> <li>• Kontrollgruppe: Führen eines Alkoholkonsumtagebuchs</li> <li>• Follow-up: 2 Wochen (T2) und 4 Wochen (T3)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Bei a) und b) Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums und des episodischen Starktrinkens im Vergleich zur Kontrollgruppe. Kein Unterschied zwischen c) und Kontrollgruppe
<b>Limitationen</b>	Selbstangaben. Gewinnmöglichkeit £ 25. Stichprobenbias (Rekrutierung, Ausfallquote). Attrition. Generalisierbarkeit. Repräsentativität
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Preliminary evidence that mental simulation interventions focused on non-drinking can successfully promote behavior change.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Economic and Social Research Council
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Wirkung der Intervention ist aufgrund der massiven Stichprobenbias nicht beurteilbar

**Tabelle 31: Studie Dedert et al.<sup>35</sup>**

<b>Autor</b>	Dedert EA, McDuffie JR, Stein R, McNiel JM, Kosinski AS, Freiermuth CE, Hemminger A, Williams JW Jr.
<b>Titel</b>	Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Evidenz der Wirksamkeit von computergestützten Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Jugendlichen
<b>Datenbanken</b>	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Library
<b>Stichprobe</b>	28 RCT (14 bei Collegestudenten, 14 bei Erwachsenen)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichproben &gt; N = 50</li> <li>• Alkoholmissbrauch</li> <li>• Vergleich einer computergestützten Intervention mit Kontrollgruppe</li> <li>• Follow-up sechs Monate und mehr</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Verschiedene
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Variabel
<b>Zeitraum</b>	Januar 2000 bis März 2015
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Verschieden
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 rein computerbasierte Studien, acht mit minimaler und drei mit mittlerer bis hoher therapeutischer Unterstützung</li> <li>• Bei 19 Studien erfolgt eine einmalige Intervention mit personalisiertem normativem Feedback</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfohlene Alkoholmengen sind für Männer vier Drinks (56 g Alkohol), für Frauen drei Drinks (42 g Alkohol) pro Tag</li> <li>• Bei Personen mit einem durchschnittlichen Konsum (235 g/Woche) keine statistisch signifikanten Interventionseffekte (6-Monate-Follow-up)</li> <li>• Bei Collegestudenten (183 g/Woche) schwacher Effekt (ein Drink) im Follow-up nach sechs Monaten, aber nicht nach zwölf Monaten</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Häufig: Fehlende Verblindung der Studienteilnehmer, unvollständige Outcome-Daten, fehlende Variabilität der computergestützten Interventionen, hohe Heterogenität der Studien
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Little evidence for longer-term, clinically significant effects”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	U.S. Department of Veterans Affairs
<b>Bewertung der Studie</b>	Minimale Wirkung computerbasierter Intervention bei Collegestudenten mit moderatem Alkoholkonsum

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 32: Studie DiFulvio et al.<sup>39</sup>**

<b>Autor</b>	DiFulvio GT, Linowski SA, Mazziotti JS, Puleo E.
<b>Titel</b>	Effectiveness of the brief alcohol and screening intervention for college students (BASICS) program with a mandated population
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	Quasiexperimentelles Design
<b>Studienqualität</b>	3B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer Kurzintervention für Studenten
<b>Stichprobe</b>	N = 3.500 verpflichtete Studenten aufgrund von Alkoholvergehen an der Universität von Massachusetts Amherst
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: nur Studenten, die zur Teilnahme am BASICS-Programm verpflichtet sind. AUDIT-C Score: 3/4</li> <li>• Ausschluss: wiederholte Verletzungen der Alkoholcampusregel, Selbstzuweisung zum Programm</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18 Jahre und älter
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 2.676, Testgruppe: N = 1.390, Kontrollgruppe: N = 508
<b>Zeitraum</b>	2006–2008
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	Zwei individualisierte Onlinesitzungen mit persönlichem Feedback (BASICS)
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikante Reduktion bei männlichen Studenten in der Testgruppe im 6-Monate-Follow-up. Dennoch riskanter Alkohol-Konsumlevel</li> <li>• Bei weiblichen Studenten Reduktion sowohl in der Test- wie der Kontrollgruppe</li> <li>• Für stark trinkende Männer gibt es keine Reduzierungen in der Anzahl der Rauschtrinker sowie der Anzahl der Drinks</li> <li>• Bei Frauen gibt es keine Reduzierungen in der Anzahl der Drinks</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstauskünfte. Follow-up: 32 % Drop-out-Rate (Testgruppe), 22 % (Kontrollgruppe)</li> <li>• Non-Responders in der Testgruppe haben höheren Alkoholkonsum (p = 0,06–0,07)</li> <li>• In der Kontrollgruppe sind alle Werte bei den Männern im Follow-up signifikant höher als bei den Non-Respondern (p &lt; 0,001)</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The intervention was most effective for moderate and high-risk drinkers.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	The Substance Abuse Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment und the United States Department of Education Model Grant Program
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Durch das BASICS-Programm wird bei Männern der riskante Alkoholkonsum reduziert, aber nicht bis unterhalb des Risikolevels. Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse ist durch die hohe Studien-Drop-out-Rate gegeben

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol and Screening Intervention for College Students.

**Tabelle 33: Studie Foxcroft et al.<sup>47</sup>**

<b>Autor</b>	Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM, Moreira MT.
<b>Titel</b>	Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2016
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Messung der Wirksamkeit von Interventionen mittels motivierender Interviews zur Prävention von Alkoholmissbrauch
<b>Datenbanken</b>	Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO
<b>Stichprobe</b>	84 RCTs, davon 70 bei Risikogruppen; 66 (USA), sechs (Schweiz), vier (UK), die anderen in Australien, Brasilien, Thailand, Canada, Frankreich, Holland, Spanien
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Follow-ups nach 4+ Monaten
<b>Altersgruppe</b>	15–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 22.872
<b>Zeitraum</b>	Bis Juli 2015
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	College, Gesundheitseinrichtungen und andere Einrichtungen
<b>Intervention</b>	Motivierendes Interview; eine individuelle Sitzung (66 RCT); < 1 Stunde (57 RCT)
<b>Ergebnis</b>	Im 4- oder Mehrere-Monate-Follow-up zeigt sich, dass motivierende Interviews die Anzahl der Drinks von 13,7 auf 12,5 pro Woche reduzieren können. Keine Effekte für Rauschtrinken oder Fahren unter Alkoholeinfluss
<b>Limitationen</b>	Keine Randomisierungsbeschreibung (< 50%), Attrition (nicht akzeptabel in 30% der Studien), Stichprobenallokation (< 25%), viele Studien-Drop-outs, keine Verblindung
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The results of this study indicate that there are no substantive, meaningful benefits of MI interventions for preventing alcohol use, misuse or alcohol-related problems.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Oxford Bookes University
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Evidenz für eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums durch motivierende Interviews

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 34: Studie Henson et al.<sup>60</sup>**

<b>Autor</b>	Henson JM, Pearson MR, Carey KB.
<b>Titel</b>	Defining and characterizing differences in college alcohol intervention efficacy: a growth mixture modeling application
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	Sekundärauswertung RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Bestimmung verschiedener Subpopulationen von Trinkern nach einer Intervention
<b>Stichprobe</b>	Kombination von 3 Stichproben (Carey et al.19-21) an einer privaten Nordost Universität der USA
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillige Teilnehmer, sanktionierte Teilnehmer (Verletzung der Campus Alkoholregeln)</li> <li>• Nur Studenten, die eine Intervention erhalten haben</li> <li>• Studenten mit mindestens einer Rausch-Episode in der letzten Woche</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Keine Angabe
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.040 Studenten (überwiegend Erstsemester)
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: a) N = 602, motivierende Kurzintervention, persönliche 1-stündige Intervention mit Feedback b) N = 167, 2-stündiger Onlinekurs „Alcohol Edu for Sanctions“, c) N = 271, interaktive, computerbasierte 1-stündige Intervention „Alcohol 101 plus“ in Laborsituation</li> <li>• Follow-up: 1 Monat (N = 1.002), 6 Monate (N = 699), 12 Monate (N = 753)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation von 6 Subpopulationen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Geringtrinker (76 %, (Maximal Episoden mit 16,6 Drinks pro Woche) mit starker Reaktion auf die Intervention, aber nach 12 Monaten wieder Baseline-Trinkverhalten aufweisen</li> <li>b) Moderate Trinker (11 %, 32,9 Drinks/W), kein Interventionseffekt</li> <li>c) Geringtrinker (5 %, 20,48 Drinks/W), Anstieg des Konsums (2,15 Drinks/W)</li> <li>d) Starktrinker (3 %, 76,39 Drinks/W) Interventionseffekt, Reduktion um 39,83 Drinks/W</li> <li>e) Gruppe (3 %) mit einem starken Interventionseffekt (Rückgang um 22,44 Drinks/W), der aber im 12-Monate-Follow-up vollständig kompensiert ist</li> </ul> </li> <li>• 84 % der Stichprobe haben ihren Alkoholkonsum nach zwölf Monaten gesteigert. Keine Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Stichprobenrekrutierung. Generalisierbarkeit
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Most of the samples were light-moderate drinkers who respond to an alcohol intervention, but return to baseline drinking behaviors; a much smaller group of individuals are intervention-resistant.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Interventionen sind nur kurzfristig wirksam (1 Monat), verändern das Alkoholkonsumverhalten mittelfristig jedoch nicht

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 35: Studie Khadjesari et al.<sup>65</sup>**

<b>Autor</b>	Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C, Hartley S, Godfrey C.
<b>Titel</b>	Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review.
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2010
<b>Studientyp</b>	Metaanalyse
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Bestimmung der Wirksamkeit computerbasierter Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	24 Studien, davon N = 18 mit Studenten
<b>Datenbasen</b>	Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, ERIC, Web of Science, IBSS
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCTs</li> <li>• 18 Jahre und älter</li> <li>• Angaben zum Alkoholkonsum und Rauschtrinken</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18 Jahre und älter
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Unterschiedlich
<b>Zeitraum</b>	1997 bis Dezember 2008
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: computerbasierte Intervention</li> <li>• Kontrollgruppe: Standardinformation</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Studien mit Follow-up &lt; 3 Monate, 9 Studien mit Follow-up 3–6 Monate, 3 Studien mit Follow-up &gt; 6 Monate</li> <li>• Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe: 26 Gramm Alkohol/Woche weniger in der Testgruppe</li> <li>• In der Sensitivitätsanalyse (ohne verzerrte Daten/Mittelwerte) kein Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	21 Studien mit unklaren Biasrisiken. Verzerrte Daten (Mittelwerte) in 9 von 16 Studien
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Computer-based interventions may reduce alcohol consumption compared with assessment-only; the conclusion remains tentative because of methodological weaknesses in the studies.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angabe
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Aussage zur Wirkung computerbasierter Interventionen aufgrund der methodischen Mängel der Studien möglich

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 36: Studie Kypri et al.<sup>72</sup>**

<b>Autor</b>	Kypri K, Vater T, Bowe SJ, Saunders JB, Cunningham JA, Horton NJ, McCambridge J.
<b>Titel</b>	Web-based alcohol screening and brief intervention for university students: a randomized trial
<b>Land; Jahr</b>	Neuseeland; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	1B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation eines nationalen webbasierten Alkoholscreening und Kurzintervention-programms
<b>Stichprobe</b>	Eingeladen: N = 14.991 Studenten an 7 neuseeländischen Universitäten
<b>Ein- und Aus-schlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: AUDIT-C Score &lt; 4</li> <li>• Ausschluss: Maoris</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	17–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 5.135. Screening-Stichprobe: N = 3.422 (Frauen 61%)
<b>Zeitraum</b>	April bis Mai 2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 1.716. AUDIT-C und personalisiertes Feedback, Informationen zu den Gesundheitsfolgen ihrer Blutalkoholkonzentration, Beantwortung des LDQ</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 1.716. Nur AUDIT-C</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-Monate-Follow-up: Testgruppe: MW 4 Drinks/Anlass, Kontrollgruppe: MW 5 Drinks/Anlass (p &lt; 0,05). Keine Unterschiede bei anderen Indikatoren: Konsumhäufigkeit, wöchentliche Konsummenge, Rauschtrinken</li> <li>• Nach Sensitivitätsanalyse berücksichtigend Attrition kein signifikanter Unterschied mehr</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Gewinn von NZ \$ 500 bei Teilnahme möglich. Selbstausfüllbogen. Hohe Non-Responderrate der Ausgangsstichprobe
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“A national web-based alcohol screening and brief intervention program produced no significant reductions in the frequency or overall volume of drinking or academic problems.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Alcohol Advisory Council (Health Promotion Agency); Australian National Health & Medical Research Council Senior Research Fellowship
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Wirksamkeit des Alkoholscreening und Kurzinterventionsprogramms

\* Standard-Drink: 10 g Alkohol.

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. LDQ = Leeds Dependence Questionnaire. MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Tabelle 37: Studie LaBrie et al.<sup>73</sup>

<b>Autor</b>	LaBrie JW, Lewis MA, Atkins DC, Neighbors C, Zheng C, Kenney SR, Napper LE, Walter T, Kilmer JR, Hummer JF, Grossbard J, Ghaidarov TM, Desai S, Lee CM, Larimer ME.
<b>Titel</b>	RCT of web-based personalized normative feedback for college drinking prevention: are typical student norms good enough?
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer webbasierten Intervention mit einem personalisierten normativen Feedback gegenüber einer Web-BASICS-Intervention und einer wiederholten Konsumkontrolle zur Reduktion riskanten Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	Eingeschriebene Studenten: N = 11.069 an 2 kalifornischen Universitäten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Stark-Trink-Episode in den letzten 4 Wochen (Männer: &gt; 5 Drinks, Frauen &gt; 4 Drinks)</li> <li>• Kaukasisch oder asiatisch</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 4.818. Netto: N = 2.034, T0: N = 1.831, Randomisiert: N = 1.663 (weiblich: 56,7%)
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: personalisierte normative Feedbackgruppe (Vier Infotextseiten sowie Grafiken über Alkoholkonsum) über den durchschnittlichen Studenten, Geschlecht, Ethnie oder Studentenvereinigung; BASICS-Gruppe (26 Infoseiten)</li> <li>• Kontrollgruppe: generisches Feedback (drei Infoseiten zum Freizeitverhalten)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-Monate-Follow-up: die personalisierte normative Feedbackgruppe zeigt eine minimale Reduktion in allen vier Outcomes (Gesamtalkoholmenge, Höchsttrinkmenge, Trinktage, Trinkkonsequenzen)</li> <li>• Keine signifikanten Unterschiede zwischen personalisierter normativer Feedback- und BASICS-Gruppe</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Studienhonorar \$ 200. Definition der Bezugsgruppe. Stichprobenselektion.
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“There was no significant advantage of the more comprehensive Web-BASICS intervention relative to personalized normative feedback alone, providing additional evidence that more is not necessarily better.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Webbasierte Kurzinterventionen führen zu geringen Reduktionen des Alkoholkonsums

BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 38: Studie Merrill et al.<sup>82</sup>**

<b>Autor</b>	Merrill JE, Reid AE, Carey MP, Carey KB.
<b>Titel</b>	Gender and depression moderate response to brief motivational intervention for alcohol misuse among college students
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT (Re-Analyse der Studie Carey et al.20)
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Einfluss der Faktoren Geschlecht und Depression auf die Wirksamkeit von motivierenden Kurzinterventionen bei Studenten
<b>Stichprobe</b>	N = 509 Studenten mit Zustimmung
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 1 Starktrinkepisode/Woche oder &gt; 4 Starktrinkepisoden/Monat</li> <li>• Starktrinken definiert als &gt; 5 Drinks/Männer, &gt; 4 Drinks/Frauen</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	18–25 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Stark trinkende Studenten: N = 360, 65 % Frauen
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressionsskala 20 Item CES-D</li> <li>• Testgruppe: N = 165. Motivierende Kurzintervention mit Timeline-Follow-back-Interview, motivierende Kurzintervention ohne Timeline-Follow-back-Interview</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 165. Keine Intervention mit Timeline-Follow-back-Interview, ohne Timeline-Follow-back-Interview</li> <li>• Follow-up nach 1 Monat</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkere Reduktion des Alkoholkonsums bei „schwach depressiven Frauen“ (p = 0,01), kein Effekt bei „hochdepressiven“ Frauen durch die motivierende Kurzintervention (p = 0,09)</li> <li>• Stärkere Reduktion des Alkoholkonsums bei „hochdepressiven“ Männern (p = 0,04), kein Effekt bei „schwach depressiven“ Männern (p = 0,82)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbst berichteter Depressionssymptome. Generalisierbarkeit (überwiegend weiße Studenten). Kleine Fallzahl für „hochdepressive“ Männer. Geringe Effektstärke. Reporting-Bias
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Brief motivational interventions are indicated for heavy drinking, depressed men.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Die motivierenden Kurzintervention hat einen schwachen Effekt bei depressiven, stark trinkenden Männern

CES-D = Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale.

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Tabelle 39: Studie Miller et al.<sup>84</sup>

<b>Autor</b>	Miller MB, Leavens EL, Meier E, Lombardi N, Leffingwell TR.
<b>Titel</b>	Enhancing the efficacy of computerized feedback interventions for college alcohol misuse: an exploratory randomized trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2016
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Relative Wirksamkeit von drei computerbasierten personalisierten Feedbackinterventionen
<b>Stichprobe</b>	N = 376 Studenten der Oklahoma State University
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studenten, die wöchentlich Alkohol trinken</li> </ul> Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unvollständiges Baseline-Assessment</li> <li>• Fehlende Kenntnisnahme des persönlichen Feedbacks</li> <li>• Unkorrekte Item-Beantwortung</li> <li>• Fehlendes 1-Monat-Follow-up</li> <li>• Berichtete Beeinflussung der Ergebnisse durch Zielsetzung der Studie</li> <li>• &gt; 30 missing data</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	MW: 19,98 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 212 (59 % Frauen, 87 % Weiße)
<b>Zeitraum</b>	April 2014 bis Dezember 2015
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: a) Bezugsgruppennormen-personalisierte Feedbackintervention, b) erweiterte personalisierte Feedbackintervention (physische und finanzielle Kosten des Alkoholkonsums), c) Choice-personalisierte Feedbackintervention (wahlweise 2 zusätzliche Feedback-Einheiten)</li> <li>• Kontrollgruppe: Standardassessment</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up nach 1 Monat</li> <li>• Stärkere Reduktion der wöchentlichen Drinks (-5) durch die personalisierte Feedbackintervention als in der Kontrollgruppe (-1) (p = 0,02). Reduktion der Spitzen-Blutalkoholkonzentration (p = 0,02) und alkoholbezogener Konsequenzen (p &lt; 0,001). Keine Unterschiede zwischen den personalisierte Feedbackinterventionsvarianten. Deskriptive normative Vergleiche sind ausreichend</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Auslösung von 10 x 100 \$-Geschenkgutscheinen. Selbstausfüllbogen. Stichprobenrekrutierungsbias. Stichprobenselektionsbias. Randomisierungsbias. Generalisierbarkeit. Kurzes Follow-up (1 Monat)
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Computerized personalised feedback-interventions are more effective than assessment alone in decreasing alcohol use and related problems among college students.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Psi Chi National Honor Society’s Graduate Assistantship Grant
<b>Bewertung der Studie</b>	Die personalisierte Feedbackintervention ist effektiv in der Reduktion des Alkoholkonsums von Studenten. Die Studie hat aber ein hohes Biasrisiko

MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 40: Studie Moreira et al.<sup>87</sup>**

<b>Autor</b>	Moreira MT, Oskrochi R, Foxcroft DR.
<b>Titel</b>	Personalised normative feedback for preventing alcohol misuse in university students: Solomon three-group randomised controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit des personalisierten normativen Feedbacks zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Studenten
<b>Stichprobe</b>	N = 2.611 1. und 2. Studienjahr von 22 britischen Universitäten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Keine Angabe
<b>Altersgruppe</b>	17–24 Jahre (61 % Frauen)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 2.611
<b>Zeitraum</b>	2008–2009
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 872. Personalisiertes normatives Feedback durch E-Mail, 1–2 Wochen nach Baseline Assessment, mit Vergleich zur studentischen Bezugsgruppe</li> <li>• Kontrollgruppe: a) N = 879. Baseline Alcohol Assessment, b) N = 860. Nur demografische Daten bei Baseline Messung</li> <li>• Follow-up: 6 und 12 Monate</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Niedrige Follow-up-Raten: 40 % (12 Monate). Keine signifikanten Effekte der Intervention
<b>Limitationen</b>	Stichprobenrekrutierung (Facebook). Teilnahme-Preise (MP3-Player, Game Konsolen). Attritionsbias. Generalisierbarkeit. Applikabilität
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“No evidence for the effectiveness of personalised normative feedback for the prevention of alcohol misuse and alcohol-related problems in a UK student population.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Portuguese Foundation for Science and Technology; Alcohol Research UK; European Foundation for Alcohol Research
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine signifikanten Effekte von personalisiertem normativem Feedback gegenüber Kontrollgruppe

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 41:** Studie Neighbors et al.<sup>89</sup>

<b>Autor</b>	Neighbors C, Lee CM, Atkins DC, Lewis MA, Kaysen D, Mittmann A, Fossos N, Geisner IM, Zheng C, Larimer ME.
<b>Titel</b>	A randomized controlled trial of event-specific prevention strategies for reducing problematic drinking associated with 21st birthday celebrations
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit des BASICS-Programms und eventspezifische Prävention zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Volljährigkeitsfeiern
<b>Stichprobe</b>	N = 3.034 Studenten einer North Western Universität vor ihrem 21. Geburtstag
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absicht &gt; 5 (Männer) bzw. &gt; 4 (Frauen) Drinks zur 21-jährigen Geburtstagsfeier zu trinken</li> <li>• Angabe wenigstens eines Freundes, der den Geburtstag mitfeiert</li> <li>• Keine vorherige Teilnahme an der Studie als benannter Freund</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	21 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Screening-Assessment: N = 1.558. Einschluss: N = 642. Teilnahme: N = 599 (54% Frauen)
<b>Zeitraum</b>	Dezember 2008 bis Dezember 2009
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) N = 98. 21 BASICS (1-stündige persönliche spezifizierte Sitzung)</li> <li>b) N = 100. 21 BASICS und Freund (1-stündige spezifizierte Sitzung und Onlineinformation, wie man den Freund schützen kann)</li> <li>c) N = 101. 21 WEBBASICS und Freund (Link zu einer spezifizierten Website mit personalisiertem Feedback und Freundesinfo)</li> <li>d) N = 101. 21 WEBBASICS (Link zu einer spezifizierten Website mit personalisiertem Feedback)</li> <li>e) N = 102 BASICS (1-stündige persönliche Sitzung)</li> </ol> </li> <li>• Kontrollgruppe: N = 97. Baseline-Assessment</li> <li>• An alle Gruppen: E-Mail 2 Tage vor dem Geburtstag</li> <li>• Follow-up: 1 Woche nach der Geburtstagsfeier</li> </ul>



<b>Ergebnis</b>	Baseline: Absicht 10 Drinks zu trinken. Blutalkoholkonzentration 0,18 Follow-up: Anzahl der Drinks		
		Anzahl der Drinks (MW)	d, 95% Konfidenzintervall
	Kontrollgruppe	10,27	
	21 BASICS	9,92	(d = -0,05)
	21 BASICS+F	9,51	(d = -0,11)
	21 WEBBASICS	9,13	(d = -0,16)
	<b>21 WEBBASICS+F</b>	<b>9,89</b>	<b>(d = -0,05)</b>
	<b>BASICS</b>	<b>9,06</b>	<b>(d = -0,17, p = 0,10)</b>
	Minimale Effekte (Reduktion: 1 Drink). Spezialisierte Info plus Freundeseinfluss nicht effektiver als BASICS		
<b>Limitationen</b>	Stichprobenrekrutierung. Honorar \$ 70. Generalisierbarkeit. Unkontrollierter Web-Zugang. Reales Verhalten der Freunde unklar. Unklarheit über den Effekt-Anteil einzelner Komponenten. Keine Teilnahme an den persönlichen 21 BASICS und BASICS-Sitzungen (19%-29%). Applikabilität		
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"Both tailored and non-tailored interventions were effective, at least in reducing some 21st birthday-related drinking outcomes."		
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism		
<b>Bewertung der Studie</b>	Sehr geringe Effektstärke. BASICS führt zu geringer Reduktion (1 Drink). Hohe Biasrate		

BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students. MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 42: Studie Palfai et al.<sup>96</sup>**

<b>Autor</b>	Palfai TP, Winter M, Lu J, Rosenbloom D, Saitz R.
<b>Titel</b>	Personalized feedback as a universal prevention approach for college drinking: a randomized trial of an e-mail linked universal web-based alcohol intervention
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer webbasierten Alkoholintervention als universelle Präventionsstrategie für Erstsemester
<b>Stichprobe</b>	N = 3.746 Erstsemester einer urbanen Privatuniversität in den USA
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Keine Angabe
<b>Altersgruppe</b>	MW: 18,21 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Baseline-Assessment: N = 1.336 (67% Frauen)
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: 15-minütige elektronische Screening- und Kurzintervention mit personalisiertem Feedback</li> <li>• Kontrollgruppe: allgemeines gesundheitsbezogenes Feedback</li> <li>• Follow-up: nach 5 Monaten (N = 705)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein signifikanter Effekt der Intervention nach 5 Monaten (OR = 0,921)</li> <li>• Durch Intervention Effekt bei Baseline-Abstinenten. Alkoholkonsum im 5-Monate-Follow-up: Testgruppe: 17%, Kontrollgruppe: 30% (OR 0,50, p &lt; 0,05)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Lotterie mit \$ 100 bzw. \$ 500 Gutscheinen für Teilnahme. Bruttostichprobenausschöpfung (37%). Selektionsbias. Attrition (Follow-up: 52,8%). Generalisierbarkeit
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Results indicate that an e-mail-linked, campuswide, web-intervention approach to address alcohol use among first-year students may have limited effectiveness as an approach to minimize hazardous drinking over the course of the year.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Elektronische Screening- und Kurzintervention ist nicht effektiv. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Intervention möglicherweise eine brauchbare Strategie für die Beibehaltung der Abstinenz bei Minderjährigen ist. Hohe Biasrate der Studie

MW = Arithmetisches Mittel. OR = Odds Ratio. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 43: Studie Paschall et al.<sup>97</sup>**

<b>Autor</b>	Paschall MJ, Antin T, Ringwalt CL, Saltz RF.
<b>Titel</b>	Evaluation of an Internet-based alcohol misuse prevention course for college freshmen: findings of a randomized multi-campus trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2011
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit des internetbasierten Präventionskurses „AlkoholEdu“ für Erstsemester
<b>Stichprobe</b>	32 Colleges im Mittleren Westen und Südstaaten der USA
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Studenten > 18 Jahre
<b>Altersgruppe</b>	MW: 18,7 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention: N = 3.657 Studenten</li> <li>• Kontrolle: N = 4.158 Studenten</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	2007–2009
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	College
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 16 Colleges. 2–3-stündiger Internet-based Alcohol Misuse Prevention Course (Alcohol Edu). 30–45 Tage später Teil II</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 16 Colleges. Kein Kurs</li> <li>• Follow-up im Folgesemester</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Signifikante Reduktionen in der Häufigkeit des Alkoholkonsums nach 30 Tagen ( $\beta = -0,64$ , $p < 0,05$ ) und Rauschtrinken ( $\beta = -0,26$ , $p < 0,05$ )
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen (Recall). Response-Rate (44 %–48 %). Variabilität in der Interventionsdurchführung. Vollständige Kursteilnahme variiert von 4 %–100 %. Generalisierbarkeit
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Lack of course effects in the following spring, however, suggests that by itself the course may be insufficient to sustain effects over time.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Effektivität nicht beurteilbar aufgrund der hohen Bias

MW = Arithmetisches Mittel. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 44: Studie Pengpid et al.<sup>99</sup>**

<b>Autor</b>	Pengpid S, Peltzer K, van der Heever H, Skaal L.
<b>Titel</b>	Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Südafrika; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer Screening- und Kurzintervention bei risikoreichem und schädlichem Alkoholkonsum bei Universitätsstudenten
<b>Stichprobe</b>	Teilnahmebereitschaft: N = 722, AUDIT 8+: N = 152
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universität in der Gauteng Provinz (Südafrika)</li> <li>• AUDIT 8+</li> </ul> Ausschluss: Schwangere Studenten und Studenten in Alkoholtherapie
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittlich 21,9 Jahre (Standardabweichung = 3,5)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Männer: 87,3 %
<b>Zeitraum</b>	August 2011 bis November 2012
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 81, Screening- und Kurzintervention, 20-minütige Sitzung</li> <li>• T0: Männer: 82,5 %, AUDIT (MW): 18, AUDIT 8–19: 63,8 %</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 71, Informationsblatt</li> <li>• T0: Männer: 92,9 %, AUDIT (MW): 14, AUDIT 8–19: 83,1 %</li> <li>• 6- und 12-Monate-Follow-up</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe 12-Monate-Follow-up: AUDIT (MW):13,5, AUDIT 8–19: 60,8 %</li> <li>• Kontrollgruppe: 12-Monate-Follow-up: AUDIT (MW):11,0, AUDIT 8–9: 63,2 %</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Keine Verblindung. Generalisierbarkeit. Stichprobenselektionbias. Widersprüchliche Ergebnisse
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The study provides evidence of effective brief intervention.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Directorate General for Development Cooperation through the Flemish Interuniversity council
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine signifikanten Effekte der Screening- und Kurzintervention. (Die Schlussfolgerung der Autoren kann nicht nachvollzogen werden.)

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. MW = Arithmetisches Mittel.

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 45: Studie Teeters et al.<sup>116</sup>**

<b>Autor</b>	Teeters JB, Borsari B, Martens MP, Murphy JG.
<b>Titel</b>	Brief motivational interventions are associated with reductions in alcohol-impaired driving among college drinkers
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit verschiedener motivierender Kurzinterventionen zur Reduzierung alkoholbedingter Fahruntüchtigkeit
<b>Stichprobe</b>	Studenten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: drei Studien mit insgesamt 843 Studenten, die bereits durch episodische Alkoholexzesse auffielen und an verschiedenen motivierenden Kurzinterventionen teilnahmen
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter in Studie 1 = 21,2 Jahre; in Studie 2: 18,7 Jahre; in Studie 3 = 20,1 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 73 (Studie 1)</li> <li>• N = 405 (Studie 2)</li> <li>• N = 365 (Studie 3)</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	Zwölf Wochen
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Universitäten in USA
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle motivierende Kurzinterventionen enthalten (didaktische) Informations- und personalisierte Feedbackelemente (zum wöchentlich berichteten Trinkverhalten, über soziale Normen und individuelle Strategien für Trinken mit niedrigem Risiko); dabei stehen aber jeweils unterschiedliche Elemente im Vordergrund (z. B. didaktische Präsentationen über die somatischen Wirkungen des Alkoholkonsums vs. Feedback über soziale Normen)</li> <li>• Zeitraum: über die Dauer der einzelnen Interventionen wird nichts berichtet; untersucht werden die Wirkungen nach ihrem Abschluss, und zwar im Rahmen eines 6-Monate-Follow-up (Studien 1 und 3) bzw. 9-Monate-Follow-up (Studie 2)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<p>Logistische Regressionen zeigen signifikante Effekte der motivierenden Kurzinterventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studie 1: die Interventionsgruppe berichtet im 6-Monate-Follow-up 3,71-mal weniger von Trunkenheitsfahrten als in der Kontrollgruppe</li> <li>• Studie 2: beim 9-Monate-Follow-up sinken diesbezügliche Berichte um das 1,54-Fache</li> <li>• Studie 3: Signifikante Differenz bei der Intervention mit sozialen Normen; keine Effekte hingegen in der Gruppe mit dem „protective behavioral strategies“-Ansatz</li> </ul>

<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklare Interventionsdauer mit z. T. niedriger Teilnehmerzahl (Studie 1)</li> <li>• Welche Komponenten der einzelnen Treatments letztlich für die berichteten Wirkungen verantwortlich sind, bleibt unklar bzw. kann im Rahmen der Studie nicht kontrolliert werden</li> <li>• Die Outcomes beruhen auf (retrospektiven) Selbstauskünften über (riskanten) Alkoholkonsum, insbesondere beim Autofahren; ebenso öffnen die Items selbst große Interpretationsspielräume (was genau bedeuten: „too much to drink“ bzw. „to drive“); die Autoren votieren künftig für Messungen des problematischen Verhaltens mit mehreren Items statt (wie in den eingeschlossenen Studie) nur mit Einzelitems</li> <li>• Stichprobenverzerrung: aufgenommen werden in den Studien ausschließlich Studierende, die von episodischen Alkoholexzessen berichten</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivierende Kurzinterventionen sind eine potenziell wirksame Methode, Trunkenheitsfahrten zu reduzieren</li> <li>• Weitere Forschung ist notwendig, um die Wirkmechanismen der Interventionen im Hinblick auf die berichteten positiven Effekte besser zu verstehen bzw. quantitativ zu bestimmen; ebenso sollten Kosten-Nutzen-Analysen (insbesondere für den Effekt im Hinblick auf die Trunkenheitsfahrten) durchgeführt werden</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Alcohol Research Foundation; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Motivierende Kurzinterventionen reduzieren Trunkenheitsfahrten bei Personen mit episodischen Alkoholexzessen

**Tabelle 46:** Studie Voogt et al.<sup>119</sup>

<b>Autor</b>	Voogt CV, Kleinjan M, Poelen EA, Lemmers LA, Engels RC.
<b>Titel</b>	The effectiveness of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among adolescents aged 15–20 years with a low educational background: a two-arm parallel group cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit einer webbasierten Kurzintervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und starkem Alkoholkonsum
<b>Stichprobe</b>	Jugendliche/junge Erwachsene
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: 15–20-jährige Jugendliche/junge Erwachsene aus berufsvorbereitenden und -begleitenden Bildungseinrichtungen, die von episodischen Alkoholexzessen in den vergangenen sechs Monaten berichten
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter 17,3 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 609 (randomisiert); N = 318 (Intervention); N = 291 (Kontrollgruppe)
<b>Zeitraum</b>	Baseline-Messung, (einmalige) Kurzintervention mit 1-Monat- und 6-Monate-Follow-ups
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Berufsvorbereitende und -begleitende Bildungseinrichtungen in den Niederlanden

<b>Intervention</b>	Einmalige 20-minütige, speziell für niedriges Bildungsniveau modifizierte Kurzintervention (mit personalisiertem Normenfeedback, Selbstwirksamkeits- und wissenssteigernde Komponenten). Ziel ist eine Reduzierung des Alkoholkonsums und insbesondere starken Trinkens
<b>Ergebnis</b>	Regressionsanalysen ergeben keine signifikanten Interventionseffekte – weder beim schweren Trinken, beim Rauschtrinken noch beim wöchentlichen Alkoholkonsum; keine signifikanten Differenzen auch bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss sowie Bereitschaft, mit dem Trinken aufzuhören
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu geringe statistische Trennschärfe (Power) aufgrund des geringen Stichprobenumfangs (kalkuliertes N = 750; realisiertes N = 609)</li> <li>• Attritionsbias: überproportional viele männliche Studienabbrecher sowie Teilnehmer mit niedrigeren Bildungsabschlüssen</li> <li>• Selektionsbias: Auswahl der Stichprobe nach Verfügbarkeit</li> <li>• Fehlende Kontrolle von Störfaktoren in Kontroll- und Experimentalgruppe: (befreundete) Teilnehmer aus beiden Gruppen könnten sich den Link zur Intervention „geteilt“ haben</li> <li>• Die erhobenen Daten beruhen ausschließlich auf Selbstauskünften über das Trinkverhalten; zudem werden die Daten online erhoben</li> <li>• Die Fluktuationen des Alkoholkonsums werden durch zwei Follow-ups nur unzureichend berücksichtigt; die Autoren votieren für eine unmittelbare und kontinuierliche Erfassung des Trinkverhaltens i. S. des Ecological Momentary Assessment – eine Methode, die sie in früheren Studien allerdings bereits genutzt hatten</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die webbasierte, an ein niedriges Bildungsniveau angepasste Kurzintervention hat keine signifikanten Effekte ergeben. Nach Auffassung der Autoren mag dies an der nur einmaligen 20-minütigen Intervention selbst gelegen haben; Erinnerungen bzw. Auffrischungen hätten möglicherweise die erwarteten Effekte erzielt</li> <li>• Durch die zu geringe statistische Trennschärfe (Power) konnte ein möglicherweise vorhandener Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nicht nachgewiesen werden</li> <li>• Unklar sei auch, inwieweit das personalisierte Feedback und die Tipps verstanden wurden; das Treatment sei noch immer textlastig, für Personen mit niedrigem Bildungshintergrund wären Visualisierungen wahrscheinlich geeigneter</li> <li>• Auch wenn keine Effekte nachgewiesen werden konnten, sei diese Studie die erste, die sich mit dieser Zielgruppe befasst habe; weitere Studien seien nötig, auch um die bestehenden Kritikpunkte auszuräumen</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	ZonMw, The Netherlands Organization for Health Research and Development
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Interventionseffekte

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 47: Studien Voogt et al.** <sup>120-123</sup>

<b>Autor</b>	<b>Studie 1:</b> Voogt CV, Poelen EA, Kleinjan M, Lemmers LA, Engels RC. <b>Studie 2:</b> Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Poelen EA, Engels RC. <b>Studie 3:</b> Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Poelen EA, Lemmers LA, Engels RC. <b>Studie 4:</b> Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Engels RC.
<b>Titel</b>	<b>Studie 1:</b> The effectiveness of the ‚what do you drink‘ web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among students: a two-arm parallel group randomized controlled trial <b>Studie 2:</b> Using ecological momentary assessment to test the effectiveness of a web-based brief alcohol intervention over time among heavy-drinking students: randomized controlled trial <b>Studie 3:</b> Using ecological momentary assessment in testing the effectiveness of an alcohol intervention: a two-arm parallel group randomized controlled trial <b>Studie 4:</b> The effect of the ‚What Do You Drink‘ web-based brief alcohol intervention on self-efficacy to better understand changes in alcohol use over time: randomized controlled trial using ecological momentary assessment
<b>Land; Jahr</b>	<b>Alle vier Studien</b> basieren auf den in den Jahren 2010–2011 in den Niederlanden erhobenen Daten, zuerst berichtet in Studie 1: <b>Niederlande; 2013</b>
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit einer webbasierten Kurzintervention bei Studenten mit starkem Alkoholkonsum
<b>Stichprobe</b>	Studenten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: 18–24-jährige Studenten, die von episodischen Alkoholexzessen in den vergangenen sechs Monaten berichten und ihren Alkoholkonsum reduzieren wollen</li> <li>• Ausschluss: Problemtrinker (<math>\geq 20</math> Punkte im AUDIT-Test) und/oder Personen, die wegen Alkoholproblemen behandelt werden</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter 20,8 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 913 (randomisiert); N = 456 (Intervention); N = 451 (Kontrollgruppe)
<b>Zeitraum</b>	Baseline-Messung, (einmalige) Kurzintervention mit 1-Monat- und 6-Monate-Follow-up
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Universitäten und Hochschulen in den Niederlanden



<b>Intervention</b>	<p>Einmalige 20-minütige Kurzintervention (mit personalisiertem Normenfeedback, Selbstwirksamkeits- und wissenssteigernde Komponenten), dann über sechs Monate wöchentlich jeweils eine Onlinebewertung des Trinkverhaltens als „Ecological Momentary Assessment“ (EMA). Ziel ist eine Reduzierung des Alkoholkonsums und insbesondere starken Trinkens, definiert über den Alkoholkonsum pro Woche und/oder Rauschtrinken (bei Männern: mehr als 21 Alkoholeinheiten pro Woche und/oder <math>\geq 5</math> Einheiten pro Trinkgelegenheit; bei Frauen: über 14 Einheiten pro Woche und/oder <math>\geq 5</math> Einheiten pro Trinkgelegenheit)</p> <p><b>Studie 1</b> untersucht die Wirkungen der Intervention im Vergleich Baseline, 1-Monats- und 6-Monats-Follow-up</p> <p><b>Studie 2</b> untersucht zusätzlich die Effekte bei einem 3-Monats-Follow-up (auf Basis der Daten aus 30 wöchentlichen Bewertungen, i. e. 4 vor und 26 nach Intervention)</p> <p><b>Studie 3</b> untersucht die Robustheit der Effekte bzw. deren Variabilität über den gesamten Untersuchungszeitraum (auf Basis der wöchentlichen Bewertungen)</p> <p><b>Studie 4</b> untersucht auf Basis der wöchentlichen Bewertungen zusätzlich als Outcome-Variable trinkbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen, erfragt mit dem DRSEQ; beurteilt wird die Wahrscheinlichkeit, mit der die Probanden in 19 verschiedenen Situationen dem Konsum alkoholischer Getränke widerstehen können</p>
<b>Ergebnis</b>	<p><b>Studie 1:</b> Regressionsanalysen zeigen keine signifikanten Interventionseffekte – weder beim schweren Trinken, beim Rauschtrinken noch beim wöchentlichen Alkoholkonsum. Keine Unterschiede beim schweren Trinken und Rauschtrinken bezüglich der Variablen Geschlecht, Bereitschaft, mit dem Trinken aufzuhören, Problemtrinken (AUDIT &gt; 16), Studienanfänger, Mitgliedschaft in einer Studentenverbindung sowie Teilnahme an Karnevalsfesten. In der Interventionsgruppe geringerer Anstieg des Alkoholkonsums pro Woche im 1-Monats-Follow-up bei Karnevalsteilnahme sowie Problemtrinken; moderater Effekt auch bei (größerer) Bereitschaft, das Trinken zu reduzieren</p> <p><b>Studie 2:</b> Mit latenten Wachstumskurven-Analysen (LGC) lässt sich in der Interventionsgruppe zwar keine signifikante Reduktion des (wöchentlichen) Alkoholkonsums und der Häufigkeit des Rauschtrinkens nachweisen, allerdings ist im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Stabilisierung des Trinkverhaltens über den gesamten Untersuchungszeitraum feststellbar. In der Kontrollgruppe kommt es zu einer Steigerung von Alkoholkonsum und Rauschtrinken, die offenbar mit kalendarischen Ereignissen (Frühjahrsferien, Karneval) im Untersuchungszeitraum zusammenhängt. Dieser Interventionseffekt hält bis zum 6-Monats-Follow-up an</p> <p><b>Studie 3:</b> Die Regressionsanalysen zeigen variierende Effekte im wöchentlichen Verlauf. Insbesondere in den frühen Postbewertungen sind in der Interventionsgruppe die Mittelwerte des wöchentlichen Alkoholkonsums in den Wochen 1–4 und 7 niedriger als in der Kontrollgruppe; beim Rauschtrinken ist dies in den Wochen 1, 2, 7 und 12 der Fall und beim schweren Trinken in den Wochen 1, 2, 7 und 16</p> <p><b>Studie 4:</b> LGC-Modelle zeigen für die Interventionsgruppe eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, unter sozialem Druck dem Alkoholkonsum widerstehen zu können. Dieser Interventionseffekt hält bis zum 6-Monats-Follow-up an und ist – wie in Studie 2 – mit einem niedrigeren Anstieg von wöchentlichem Alkoholkonsum und Rauschtrinken assoziiert</p>

<b>Limitationen</b>	<p><b>Für alle Studien gilt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektionsbias: ausschließlich online und nur Studierende, die von episodischen Alkoholexzessen berichten und ihr Trinkverhalten ändern wollen</li> <li>• Fehlende Kontrolle von Störfaktoren in Kontroll- und Experimentalgruppe: (befreundete) Teilnehmer aus beiden Gruppen könnten sich den Link zur Intervention „geteilt“ haben</li> <li>• Koinzidenz des 1-Monat-Follow-up mit dem Höhepunkt des Karnevalstreibens</li> <li>• Die erhobenen Daten beruhen ausschließlich auf Selbstauskünften über das Trinkverhalten; zudem werden die Daten online erhoben</li> </ul> <p><b>Studie 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fluktuationen des starken Trinkens unter Studierenden werden durch zwei Follow-ups nur unzureichend berücksichtigt; die Autoren votieren für eine unmittelbare und kontinuierliche Erfassung des Trinkverhaltens i. S. des „Ecological Momentary Assessment“ (EMA); unklar bleibt allerdings, weshalb sie die mit dieser Methode erhobenen Daten in Studie 1 nicht genutzt haben</li> </ul> <p><b>Studie 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die ausgewiesenen Effektstärken sind nur (sehr) gering (Cohen’s d zwischen 0,03 und 0,20)</li> <li>• Anders als in Studie 1 werden Effekte im Hinblick auf die Outcome-Variable „schweres Trinken“ nicht berichtet (keinerlei Effekte wie in Studie 1?)</li> <li>• Unklar bleibt, ob 1-Monat-Follow-up und 6-Monate-Follow-up in den beiden Studien überhaupt vergleichbar sind (einmaliges Assessment vs. Berechnung mit EMA-Daten) bzw. wie das 3-Monate-Follow-up gebildet wurde; zudem ergibt sich das Problem möglicher Verzerrungen bei Verwendung von Daten aus einer langen Messreihe (hiervon berichten die Autoren selbst)</li> </ul> <p><b>Studie 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektstärken werden nicht angegeben; die Tabellen (p-Werte) lassen vermuten, dass sie wiederum sehr gering sind</li> <li>• Die variierenden Verlaufsmuster bei den drei Outcome-Variablen ergeben z. T. ein inkonsistentes Bild, das allein mit kalendarischen Ereignissen oder der starken Variabilität des Trinkverhaltens nicht erklärt werden sollte. So sinkt in den Wochen 3 und 4 zwar der wöchentliche Alkoholkonsum, nicht aber Rauschtrinken und schweres Trinken; in den Wochen 12 bzw. 16 ist Rauschtrinken bzw. schweres Trinken reduziert, nicht aber der wöchentliche Alkoholkonsum</li> </ul> <p><b>Studie 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektstärken werden nicht angegeben</li> <li>• Trinkverhalten und Selbstwirksamkeitserwartung werden zum selben Zeitpunkt erhoben (retrospektiv), wechselseitige Beeinflussung daher wahrscheinlich</li> </ul>
---------------------	---

<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anders als die Studienlage erwarten ließ, zeigt die webbasierte Kurzintervention in Studie 1 keine signifikanten (Haupt-)Effekte. Nach Auffassung der Autoren mag dies an der nur einmaligen 20-minütigen Intervention selbst gelegen haben; Erinnerungen bzw. Auffrischungen hätten möglicherweise die erwarteten Effekte erzielt. Zudem sei nicht auszuschließen, dass sowohl die Kontroll- wie die Interventionsgruppe auch anderen (nationalen) Präventionsprogrammen (z. B. in Massenmedien) ausgesetzt waren; unklar sei auch, inwieweit die Interventionsgruppe das personalisierte Feedback und die Tipps mit dem nötigen Engagement gelesen und verinnerlicht hat, um riskanten Trinksituationen effektiv begegnen zu können</li> <li>• Wie allerdings später (in Studie 2) bemerkt wurde, fiel der 1-Monats-Follow-up genau in die 4-tägige Hochzeit des Karnevals, also in eine Phase exzessiven Trinkens</li> <li>• Aufgrund des geringeren Anstiegs des Alkoholkonsums pro Woche in der Interventionsgruppe könnte die Intervention für motivierte und (Risiko-)Gruppen zumindest kurzfristig nützlich sein. Weitere Forschung sei daher notwendig</li> <li>• Studie 2 belegt, dass die Kurzintervention zwar zu keiner signifikanten Reduktion des (wöchentlichen) Alkoholkonsums und der Häufigkeit des Rauschtrinkens geführt hat, allerdings hat sie vor einem weiteren Anstieg (wie in der Kontrollgruppe) bewahrt. Der Anstieg erklärt sich durch kalendarische Ereignisse (Karneval) im Untersuchungszeitraum. Offenbar war die Interventionsgruppe empfänglich für die Tipps in riskanten Trinksituationen und konnte davon profitieren – auch noch 3 und 6 Monate nach der Intervention. Der Nachweis dieses Effektes verweist auf die Bedeutung kontinuierlicher Assessments über einen längeren Zeitraum (EMA) sowie adäquater statistischer Prozeduren (LGC). Nur so ließen sich Fehlinterpretationen (wie in Studie 1) vermeiden und die Effekte aufklären</li> <li>• Studie 3 belegt zum einen die hohe Relevanz kontinuierlicher Assessments wegen der hohen Variabilität des Trinkverhaltens selbst. Zum anderen variieren auch die Interventionseffekte, sowohl über die Zeit wie über die verschiedenen Outcome-Parameter. So wurden mit dieser Methode insbesondere kurzfristige Effekte festgestellt, die zuvor nicht nachgewiesen werden konnten – aber auch umgekehrt: die in Studie 2 konstatierten langfristigen Wirkungen konnten nicht repliziert werden</li> <li>• Die fluktuierenden Verlaufsmuster bei den Effekten beinhalten Implikationen (auch für künftige Studien) im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit von Ergebnissen und insbesondere die Reliabilität von Mess-Zeitpunkten (Anzahl und Intervalle), die zum Test von Effekte gewählt werden</li> <li>• Studie 4 belegt einen Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung, unter sozialem Druck dem Konsum alkoholischer Getränken (besser) widerstehen zu können. Nach Ansicht der Autoren ist dieser Effekt der Kurzintervention wahrscheinlich für den in Studie 2 berichteten niedrigeren Anstieg von wöchentlichem Alkoholkonsum und Rauschtrinken verantwortlich</li> <li>• Künftige Untersuchungen sollten die Auswirkungen der Selbstwirksamkeitserwartung in sozialen Situationen replizieren und die Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit, Kognitionen und sozialen (Trink-)Situationen weiter aufklären</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	ZonMw, The Netherlands Organization for Health Research and Development
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Ergebnisse sind nicht eindeutig. Trotz intensiver Auswertungsverfahren zeigen sich für die webbasierte Kurzintervention keine stabilen signifikanten Effekte

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. DRSEQ = Drinking refusal self-efficacy questionnaire. EMA = Ecological Momentary Assessment. LGC = Latente Wachstumskurven-Analysen, engl.: latent growth curve. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 48:** Studie Wodarski et al.<sup>126</sup>

<b>Autor</b>	Wodarski JS, Macmaster S, Miller NK.
<b>Titel</b>	The use of computer technology to reduce and prevent college drinking
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	Kohortenstudie
<b>Studienqualität</b>	4
<b>Zielsetzung</b>	Identifizierung und Prävention von Risikokonsum
<b>Stichprobe</b>	Collegestudenten an der Universität von Tennessee
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: E-Mail-Adresse der Studenten
<b>Altersgruppe</b>	18–20 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutto: N = 54.000 Studenten</li> <li>• Ausfüllen der Kurzintervention: N = 5.775</li> <li>• Computerbasiertes Self-Assessment: N = 4.430</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	2006–2008
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universität
<b>Intervention</b>	Computerbasiertes Screening und Interventionsprogramm unter Verwendung des BASICS
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Rauschtrinken ist auf dem Campus um 27 % gesunken, das regelmäßige Rauschtrinken um 44 %</li> <li>• Die Anzahl der Verletzungen von Alkoholregulierungen durch 18–20-Jährige sinkt von 542 (2004) auf 158 (2007)</li> <li>• Es ist jedoch unklar, auf welches N sich die Prozentwerte beziehen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracking von Studenten mit unvollständigen oder nicht korrekten Informationen</li> <li>• Abbruch des Programms</li> <li>• Selbsteinschätzung</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The use of a computer-based intervention was comprehensive, low cost, and required low maintenance.“
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Teilnahmequote am Interventionsprogramm ist niedrig (8,2%). Die angegebenen Ergebnisse haben daher einen geringen Stellenwert. Es wird nichts über das Konsumverhalten der Interventionsabbrecher bzw. Nichtteilnehmer berichtet

BASICS = Kurzes Alkoholscreening, engl.: Brief Alcohol and Screening Intervention for College Students.

### 7.3 Studien zu familienbasierten Interventionen

Tabelle 49: Studie Bodin und Strandberg<sup>14</sup>

<b>Autor</b>	Bodin MC, Strandberg AK.																																														
<b>Titel</b>	The Örebro prevention programme revisited: a cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking																																														
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2011																																														
<b>Studientyp</b>	RCT																																														
<b>Studienqualität</b>	2B																																														
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit des Örebro-Präventionsprogramms																																														
<b>Stichprobe</b>	Einladung an 716 Schulen. 40 städtische Schulen haben reagiert																																														
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Keine Exposition zum Örebro-Programm																																														
<b>Altersgruppe</b>	13–16																																														
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 1.752 Schüler der 7. Klasse, N = 1.314 Eltern																																														
<b>Zeitraum</b>	August 2007 bis April 2010																																														
<b>Präventionstyp</b>	Universell																																														
<b>Setting</b>	Schule, Eltern																																														
<b>Intervention</b>	6 x 20-minütige Powerpoint-Präsentationen während der Elternsprechtage, um die Eltern zu restriktiveren Erziehungsmaßnahmen zu motivieren																																														
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline-Messung. Follow-up nach zwölf und 30 Monaten</li> <li>• Nach zwölf Monaten ein signifikanter Programmeffekt auf die Trinkhäufigkeit, aber nicht nach 30 Monaten. Ansonsten keine Effekte.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="440 1249 1469 1509"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Testgruppe</th> <th colspan="3">Kontrollgruppe</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>12</th> <th>30</th> <th>0</th> <th>12</th> <th>30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prävalenz Rausch</td> <td>10,6%</td> <td>9,9%</td> <td>8,9%</td> <td>13,5%</td> <td>13,0%</td> <td>11,9%</td> </tr> <tr> <td>Häufig betrunken</td> <td>0,8%</td> <td>6,1%</td> <td>17,6%</td> <td>1,6%</td> <td>10,3%</td> <td>18,5%</td> </tr> <tr> <td>Wöchentl. Trinken</td> <td>1,1%</td> <td>5,6%</td> <td>10,7%</td> <td>1,0%</td> <td>6,7%</td> <td>11,7%</td> </tr> <tr> <td>Alkohol zu Hause</td> <td>30,5%</td> <td>34,4%</td> <td>36,7%</td> <td>32,9%</td> <td>40,4%</td> <td>44,1%</td> </tr> </tbody> </table>							Testgruppe			Kontrollgruppe			0	12	30	0	12	30	Prävalenz Rausch	10,6%	9,9%	8,9%	13,5%	13,0%	11,9%	Häufig betrunken	0,8%	6,1%	17,6%	1,6%	10,3%	18,5%	Wöchentl. Trinken	1,1%	5,6%	10,7%	1,0%	6,7%	11,7%	Alkohol zu Hause	30,5%	34,4%	36,7%	32,9%	40,4%	44,1%
	Testgruppe			Kontrollgruppe																																											
	0	12	30	0	12	30																																									
Prävalenz Rausch	10,6%	9,9%	8,9%	13,5%	13,0%	11,9%																																									
Häufig betrunken	0,8%	6,1%	17,6%	1,6%	10,3%	18,5%																																									
Wöchentl. Trinken	1,1%	5,6%	10,7%	1,0%	6,7%	11,7%																																									
Alkohol zu Hause	30,5%	34,4%	36,7%	32,9%	40,4%	44,1%																																									
<b>Limitationen</b>	Variationen in den Präsentationen. Keine Verblindung. Klassenraumbefragung. Schriftlicher Fragebogen an Eltern. Freiwillige Teilnahme der Schulen (Selektionsbias). Keine Kontrolle intervenierender Faktoren im Follow-up-Zeitraum																																														
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"The Örebro prevention program does not appear to reduce or delay youth drunkenness."																																														
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swedish National Institute of Public Health																																														
<b>Bewertung der Studie</b>	Das Örebro-Programm scheint nicht effektiv hinsichtlich der Reduktion von jugendlichem Alkoholkonsum und Rauschhäufigkeit																																														

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 50: Studie Donovan et al.<sup>40</sup>**

<b>Autor</b>	Donovan E; Wood M; Frayjo K; Black RA; Surette DA.
<b>Titel</b>	A randomized, controlled trial to test the efficacy of an online, parent-based intervention for reducing the risks associated with college-student alcohol use
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT (Solomon Four-Group-Design)
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer onlinebasierten elterlichen Intervention zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern über Alkohol und zur Minimierung des Alkoholkonsumrisikos
<b>Stichprobe</b>	Eltern von Erstsemestern in elf Colleges und Universitäten in den USA
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstsemester</li> <li>• E-Mails von Eltern und Kindern vorhanden</li> <li>• Regelmäßiger Eltern-Kind-Kontakt im Juli und August vor Semesterbeginn</li> <li>• Zustimmung der Studienteilnahme von Eltern und Kindern</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Eltern: im Durchschnitt 48 Jahre alt; Kinder: im Durchschnitt 18 Jahre alt
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 259 Eltern-Kind-Dyaden (Eltern: 85 % Frauen, Kinder: 62 % Mädchen)
<b>Zeitraum</b>	Baseline-Assessment: vier Wochen vor Semesterbeginn, Follow-up: sechs Monate nach Baseline-Assessment
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie, Universität
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: erhält Material des kognitiv-verhaltensorientierten MyStudentBody-Parent-Moduls, das sieben Teilbereiche zum Thema Alkohol und andere Rauschmittel enthält. Das Material wird über Texte, Videolektionen, Audiolektionen und ein interaktives, webbasiertes Frage-Antworten-Tool vermittelt</li> <li>• Kontrollgruppe: erhält sieben per E-Mail versandte elektronische Newsletter, generiert aus <a href="http://www.collegedrinkingprevention.org">www.collegedrinkingprevention.org</a></li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Testgruppe: mehr Diskussionen zwischen Eltern und Kindern und häufigere Anwendung von Alkoholvermeidungsstrategien bei Eltern und Kindern, aber keine Reduktion beim Rauschtrinken der Kinder
<b>Limitationen</b>	Zahlung von bis zu \$ 140 für die Studienteilnahme. Selektive Stichprobenauswahl (Eltern sind bereits hochkommunikativ mit ihren Kindern). Teilnehmende Kinder sind Niedrigrisiko-Gruppe
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“A universal, online, parent-based intervention to reduce risks associated with student alcohol consumption may be an efficient and effective component of a college’s overall prevention strategy.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angabe
<b>Bewertung der Studie</b>	Aussagekraft sehr eingeschränkt. Hochselektive Stichprobe. Keine signifikante Reduktion des Rauschtrinkens

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 51: Studie Foxcroft und Tsertsvadze<sup>50</sup>**

<b>Autor</b>	Foxcroft DR, Tsertsvadze A.
<b>Titel</b>	Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2011
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Update des systematischen Reviews aus dem Jahr 2002
<b>Datenbanken</b>	MEDLINE, CCRoCT, EMBASE, PsycINFO, Projekt CORK
<b>Stichprobe</b>	12 RCT, davon 11 USA, 1 Niederlande
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veröffentlichung bis Juli 2010</li> <li>• Schüler unter 18 Jahren</li> <li>• RCT</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Unter 18 Jahren
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Verschieden
<b>Zeitraum</b>	2002–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie, Eltern
<b>Intervention</b>	Jede Form der psychosozialen Intervention durch elterliche Sozialisation oder elterlichen Einfluss
<b>Ergebnis</b>	9 von 12 RCTs sind effektiv im Vergleich zu Kontrollgruppen. 4 RCTs sind auf junge Frauen fokussiert. Effekte sind schwach, aber anhaltend. Zu den effektiven Programmen gehören u. a. das „Iowa Strengthening Families Program“, das „Preparing for the Drug-free Years“, „Family Matters“, „Strong African American Families Program“. Familienbasierte Programme können in bestimmten Settings effektiv sein
<b>Limitationen</b>	Wegen der Heterogenität von Interventionen, Stichproben, Outcomes nur qualitative Zusammenfassung. Outcome-Maße variieren sehr stark. Keine Verblindung bei 80% der Studien. Nur 20% der Studien beinhalten Darstellung der adäquaten Randomisierung
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The context or ingredients of effective prevention programs needs to be more clearly understood.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	UK Cochrane Collaboration; NIHR; Oxford Brooks University
<b>Bewertung der Studie</b>	Familienbasierte Programme können wirken, aber die Wirkmechanismen sind nicht eindeutig

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 52: Studie Mares et al.<sup>79</sup>**

<b>Autor</b>	Mares SHW, Lichtwarck-Aschoff A, Verdurmen J, Schulten I, Engels RCME.
<b>Titel</b>	Home-based alcohol prevention program for parents and children: a randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2016
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit eines familienbasierten Präventionsprogramms zur Verzögerung des Einstiegsalters in Alkoholkonsum
<b>Stichprobe</b>	Einladung an 1.128 Grundschulen. Bereitschaft zur Studienteilnahme von N = 807 Schulen mit 15.039 Schülern. N = 1.349 Schüler (9 %) der 6. Klasse und ihre Mütter von Grundschulen aus dem Norden der Niederlande erklären ihre informierte Zustimmung
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lese- und Schreibfähigkeit der niederländischen Sprache</li> <li>• Schüler sind 6.-Klässler</li> <li>• Leibliche Mutter</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	11–12 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe. N = 680</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 669</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	2011
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention: „In control: No alcohol!“-Programm. 5 Module, die per Post jede 4. Woche über einen Zeitraum von 5 Monaten an die Eltern versandt werden</li> <li>• Kontrollgruppe erhält eine Fakten-Broschüre</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im 6-Monatsfollow-up geben 66,5 % der Kinder und 62,7 % der Mütter an, mindestens 3 der 5 Module gelesen zu haben</li> <li>• Keine Effekte auf den Beginn des Alkoholkonsums der Kinder im Follow-up 12 Monate nach Ende der Intervention</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Stichproben-Auswahl (Beschränkung auf Mütter, geringe Response-Rate 9 %). Keine Information über Repräsentativität der Stichprobe. Geringe Compliance (1/3 hat < 3 Module gelesen). Verwendung von Selbst-Ausfüllbogen. Incentive: 10 Reisechecks im Wert von 550 €
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The present study showed no effects of “In control: No alcohol!” on alcohol initiation.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	The Netherlands Organization for Health Research and Development
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Wirkung des Mütter-basierten Programms im 12-Monats-Follow-up

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 53: Studie Mason und Spoth<sup>80</sup>**

<b>Autor</b>	Mason WA, Spoth RL.
<b>Titel</b>	Sequence of alcohol involvement from early onset to young adult alcohol abuse: differential predictors and moderation by family-focused preventive intervention
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Test von Faktoren für riskanten Alkoholkonsum und den Einfluss familienbasierter Interventionen
<b>Stichprobe</b>	6.-Klässler aus 33 ländlichen Schulen in einem Staat im Mittleren Westen der USA. Auswahl von elf Schulen entsprechend der Einschlusskriterien
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulen aus Orten &lt; 8.500 Einwohnern</li> <li>• Bezirke, in denen &gt; 15% der Familien berechtigt sind, freie Mahlzeiten zu erhalten</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	11–21 Jahre. Durchschnittlich: 11,3 Jahre bei Studienbeginn
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 1.309 Familien. Pretest: N = 667 Familien. Baseline: N = 551. Follow-ups: 7. Klasse N = 472, 8. Klasse: N = 438, 10. Klasse: N = 447. 12. Klasse: N = 457. 21 Jahre N = 483
<b>Zeitraum</b>	1993
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: PDFY; N = 221, 5 Sitzungen à 2 Stunden</li> <li>• ISFP; N = 238 / Sitzungen à 2 Stunden</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 208. Vier Informationsblätter</li> <li>• Testgruppen: Telefoninterviews im Alter von 21 Jahren</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienbasierte Interventionen reduzieren den Umstieg von Alkoholkonsum auf Alkoholmissbrauch zwischen 18 und 21 Jahren</li> <li>• Impulsives Verhalten ist ein Prädiktor von frühem Alkoholkonsumbeginn</li> <li>• Abweichendes Peer-Gruppenverhalten (Polizeiprobleme/Gesetzesübertretungen) ist ein Prädiktor für Alkoholkonsum</li> <li>• Elterliches Problemtrinken ist negativ mit Alkoholmissbrauch assoziiert</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen (Recall-Werte). Fehlende Generalisierbarkeit und Applikabilität. Selektionbias. Attritionsbias. Hohe Drop-out-Raten im Verlauf. Bezahlung der Familienmitglieder (pro Person \$ 10/Stunde)
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	Familienbasierte Interventionen können den Einfluss von Risikofaktoren wie Aggression/Feindseligkeit in der frühen Jugend und Alkoholprobleme der späten Jugend reduzieren
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; National Institute on Drug Abuse; National Institute on Mental Health
<b>Bewertung der Studie</b>	Beide familienbasierten Interventionen (PDFY, ISFP) puffern den Umstieg von Alkoholkonsum auf Alkoholmissbrauch ab. Der Nutzen der Studie ist aufgrund fehlender Generalisierbarkeit und Applikabilität eingeschränkt

ISFP = Iowa Strengthening Families Program. PDFY = Preparing for the Drug Free Years.  
 RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 54: Studie Özdemir und Koutakis<sup>95</sup>**

<b>Autor</b>	Özdemir M, Koutakis N.
<b>Titel</b>	Does promoting parents' negative attitudes to underage drinking reduce adolescents' drinking? The mediating process and moderators of the effects of the Örebro Prevention Programme
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2016
<b>Studientyp</b>	Quasiexperimentelle Kontrollgruppenstudie
<b>Studienqualität</b>	2C
<b>Zielsetzung</b>	Elterlicher Einfluss als Mediator auf das Alkoholkonsumverhalten von Kindern
<b>Stichprobe</b>	Brutto: N = 895
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Keine Angaben
<b>Altersgruppe</b>	12–13 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Baseline: N = 811 Kinder, 651 Eltern. 18-Monate-Follow-up: N = 653 Kinder, 524 Eltern. 30-Monate-Follow-up: 705 Kinder, 506 Eltern
<b>Zeitraum</b>	Keine Angaben
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule, Familie
<b>Intervention</b>	Das Örebro-Präventionsprogramm bestärkt die Beibehaltung restriktiver Alkoholnormen der Eltern von Kindern (NNT = 7,7)
<b>Ergebnis</b>	Follow-up 30 Monate: Wandel in elterlicher stärker restriktiver Einstellung gegenüber Alkoholkonsum führt zur Reduzierung jugendlichen Alkoholkonsums. Der Mediatoreffekt der Eltern erklärt 57% der Reduktion des Alkoholkonsums
<b>Limitationen</b>	Kein RCT. Selbst-Angaben. 22% Drop-outs bei den Eltern im 30-Monate-Follow-up (mit Migrationshintergrund (OR = 5,59, P = 0,02). Die Hälfte des Programmeffekts wird durch den untersuchten Mediatoreffekt nicht geklärt
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Increasing parents' restrictive attitudes to youth drinking appears to be an effective and robust strategy for reducing heavy underage drinking regardless of the adolescents' gender, cultural origin, peers' and parents' drinking and relationship quality with parents.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angaben
<b>Bewertung der Studie</b>	Bestätigung der Wirksamkeit elterlichen Einflusses

NNT = Number-needed-to-treat. OR = Odds Ratio. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 55: Studie Pettersson et al.<sup>100</sup>**

<b>Autor</b>	Pettersson C, Özdemir M, Eriksson C.
<b>Titel</b>	Effects of a parental program for preventing underage drinking – the NGO program strong and clear
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2011
<b>Studientyp</b>	Quasiexperimentelles Design
<b>Studienqualität</b>	4
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation eines 3-jährigen familienbasierten Interventionsprogramms
<b>Stichprobe</b>	Eltern mit Kindern zwischen 13–16 Jahren in der Region Värmland in drei Schulen in drei Gemeinden
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Eltern, die keinen Folgefragebogen ausgefüllt haben, werden als Kontrollgruppe betrachtet
<b>Altersgruppe</b>	13–16 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7. Klasse Brutto. N = 795</li> <li>• Testgruppe: N = 229 Eltern-Kind-Dyaden, Kontrollgruppe: N = 280 Eltern-Kind-Dyaden</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	2004–2006
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie
<b>Intervention</b>	<p>‘Strong and Clear’: Multikomponentenprogramm zur Verstärkung restriktiver Alkoholnormen der Eltern. Jährlich 13 Aktivitäten im Verlauf von drei Schuljahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternmeetings (organisiert von den Guttemplern abends in der Schule)</li> <li>• Familiendialog (Familiengespräch anhand einer Broschüre)</li> <li>• Meetings mit Freunden (gemeinsame Freizeitaktivitäten von Eltern mit ihren Kindern und deren Freunden),</li> <li>• Familienmeetings (organisiert von den Guttemplern in der Schule mit anderen Familien).</li> </ul> <p>Follow-up: 15 und 27 Monate nach Interventionsbeginn</p>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Response-Raten: Eltern/Kinder: 7. Klasse 69 % / 94 %, 8. Klasse: 54 % / 84 %, 9. Klasse: 46 % / 79 %</li> <li>• Eltern in der Testgruppe behalten stärker restriktive Einstellungen (<math>p &lt; 0,001</math>). Kinder in der Testgruppe beginnen ein Jahr später mit dem Alkoholkonsum. Kein Unterschied in der Alkoholmenge zwischen Test- und Kontrollgruppe nach 27 Monaten. (<math>d = 0,08</math>). Selteneres Rauscherleben für Testgruppe nach 27 Monaten (<math>d = 0,13</math>)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen (Recall). Stichprobenselektionbias. Generalisierbarkeit. Applikabilität. Attritionsbias. Fehlende Repräsentativität aufgrund der Programmimplementation durch Guttempler
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Strong and Clear contributed to maintaining parents’ restrictive attitude toward underage drinking during secondary school, postponing alcohol debut among the adolescents, and significantly reducing their drunkenness.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swedish National Board of Health and Welfare
<b>Bewertung der Studie</b>	Unklarer Nutzen aufgrund der fehlenden Repräsentativität und Generalisierbarkeit

\* Guttempler: eine Organisation, die sich 1851 in den USA gegründet für Enthaltbarkeit von Alkohol einsetzt.

## 7.4 Studien zu Multikomponenteninterventionen

**Tabelle 56:** Studie Bröning et al.<sup>15</sup>

<b>Autor</b>	Bröning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack PM, Schaunig-Busch I, Ruths S, Moesgen D, Pflug E, Klein M, Thomasius R.
<b>Titel</b>	Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review
<b>Land; Jahr</b>	Deutschland; 2012
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Evidenz von Präventionsprogrammen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien
<b>Datenbanken</b>	Cochrane database of systematic reviews, Ovid, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, PSYINDEX plus
<b>Stichprobe</b>	<b>N = 13 Studien, mit Interventionen an Schulen oder in der Familie oder in der Kommune; USA (11), Kanada (1), Spanien (1)</b>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: Riskanter Substanzgebrauch von mindestens einem Elternteil</li> <li>• Ausschluss: Studien ohne empirische Evidenz, Fallgeschichten, Fallstudien, indizierte Präventionsprogramme, therapeutische Interventionen</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	0–17 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 12 bis N = 280
<b>Zeitraum</b>	1994–2009
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Schule, Familie, Kommune
<b>Intervention</b>	Präventiv auf Kinder aus substanzbelasteten Familien ausgerichtet (Stress Management and Alcohol Awareness Program; Friends in Need; School Based Support Groups; CHOICES; Teen Club; Focus on Families; SFP, Family Competence Program; Safe Haven)
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung von programmbezogenen Kenntnissen</li> <li>• Keine Steigerung des Selbstwertgefühls</li> <li>• 69%-ige Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder von den Programmen profitieren</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Nur zwei Studien messen Substanzmissbrauch
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Studies varied in program format, structure, content, and participants. They also varied in outcome measures, results, and study design quality ... All conclusions must remain tentative.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine abschließenden Aussagen zur Effektivität von Präventionsprogrammen bei Kindern von substanzgefährdeten Eltern möglich

SFP = Strengthening Families Program.

**Tabelle 57: Studie Foxcroft und Tsertsvadze<sup>51</sup>**

<b>Autor</b>	Foxcroft DR, Tsertsvadze A.
<b>Titel</b>	Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2011
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Update des systematischen Reviews aus dem Jahr 2002. Evidenzermittlung
<b>Datenbanken</b>	MEDLINE, CCRoCT, EMBASE, PsycINFO, Projekt CORK
<b>Stichprobe</b>	20 RCT, davon 17 in den USA, jeweils 1 in Indien, Australien, Niederlande
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veröffentlichung bis Juli 2010</li> <li>• Universelle Multikomponentenprogramme (mehr als 1 Setting)</li> <li>• Schüler unter 18 Jahren</li> <li>• RCT</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Unter 18 Jahren
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Verschieden
<b>Zeitraum</b>	2002–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule, Familie
<b>Intervention</b>	Jede Form der psychosozialen Intervention durch schulischen und familiären Einfluss
<b>Ergebnis</b>	12 von 20 Multikomponentenprogrammen zeigen eine schwache Wirkung. Es gibt jedoch nur eine geringfügige Evidenz, dass Multikomponentenprogramme wirksamer als Einzelinterventionen sind
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der Heterogenität von Interventionen, Stichproben, Outcomes nur qualitative Zusammenfassung</li> <li>• Berichtsqualität der Randomisierungsverfahren sehr schwach</li> <li>• Keine Verblindung</li> <li>• Große Unterschiede in den Outcome-Maßen</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“It is not clear why some prevention interventions seem to work in some studies but not in others so further investigation of the specific content, and the content of their delivery, is warranted.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	UK Cochrane Collaboration; NIHR; Oxford Brooks University
<b>Bewertung der Studie</b>	Multikomponentenprogramme wirken mehrheitlich, aber für spezifische Wirkmechanismen gibt es keine ausreichende Evidenz

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 58: Studie Koning et al.<sup>66</sup>**

<b>Autor</b>	Koning IM, Lugtig P, Vollebergh WA.
<b>Titel</b>	Differential effects of baseline drinking status: effects of an alcohol prevention program targeting students and/or parents (PAS) among weekly drinking students
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirkung des PAS-Programms auf Schüler mit Alkoholerfahrung
<b>Stichprobe</b>	N = 19 Sekundarschulen in den Niederlanden
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Ausschluss: Fehlende Zustimmung der Eltern
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 12,7 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 3.490, T0 = 2.934, T3 = 2.301
<b>Zeitraum</b>	September 2006–2009
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule, Eltern
<b>Intervention</b>	3 Gruppen: (A) Eltern allein, (B) Schüler, (C) Eltern und Schüler, (K) normales Curriculum
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von der Baseline-Messung bis zur Messung T3 (34 Monate) steigert die Kontrollgruppe den wöchentlichen Konsum von 2,78 auf 10,49 Gläser. Die Eltern- und Schülergruppe von 0 auf 2 Gläser</li> <li>• Die frühe Intervention bei Nichttrinkern verlangsamt den Anstieg der Trinkmenge im Zeitraum von 34 Monaten</li> <li>• Auch bei Baseline-Trinkern verlangsamt sich durch die Intervention der Anstieg</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Drop-outs häufigerer Alkoholkonsum, niedrigere Bildungsqualifikation ( $p < 0,01$ ), häufiger Jungen ( $p < 0,01$ )
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Broad implementation of the combined parent-student intervention is recommended.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angaben
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Ergebnisse zeigen die Wirksamkeit des PAS-Programms. Die Studie hat jedoch starke Bias

PAS = Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 59:** Studien Koning et al.<sup>68, 69</sup>

<b>Autor</b>	<b>Studie 1:</b> Koning IM, Verdurmen JE, Engels RC, van den Eijnden RJ, Vollebergh WA. <b>Studie 2:</b> Koning IM, van den Eijnden RJ, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA.
<b>Titel</b>	<b>Studie 1:</b> Differential impact of a Dutch alcohol prevention program targeting adolescents and parents separately and simultaneously: low self-control and lenient parenting at baseline predict effectiveness <b>Studie 2:</b> A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior
<b>Land; Jahr</b>	Niederlande; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Moderieren Ausgangsfaktoren die Prävention des Alkoholkonsums bei Schülern?
<b>Stichprobe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutto: N = 80 öffentliche Sekundarschulen in den Niederlanden</li> <li>• Netto: N = 20 Schulen</li> </ul>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Ausschluss: Schüler, die wöchentlich trinken
<b>Altersgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Studie 1:</b> Durchschnittsalter: 12,7 Jahre</li> <li>• <b>Studie 2:</b> Durchschnittsalter: 16,2 Jahre</li> </ul>
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgangsstichprobe: N = 3.490 (51 % Jungen, 83 % Mütter)</li> <li>• Studienstichprobe: Schüler N = 2.937, Eltern N = 2.379</li> <li>• 34-Monate-Follow-up: Schüler N = 2.533, Eltern N = 1.603</li> <li>• 50-Monate-Follow-up: Schüler N = 1.064</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	September 2006 bis Juli 2009
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule, Eltern
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAS-Intervention: selbst kontrollierte, wahrgenommene Regeln des Alkoholkonsums und elterliche Einstellungen</li> <li>• Testgruppe: (A) Eltern (Örebro-Präventionsprogramm), (B) Schüler (eLearning 4 Stunden zu Beginn des Schuljahrs, (C) Eltern und Schüler</li> <li>• Kontrollgruppe: reguläres Curriculum</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studie 1: Im Follow-up nach 34 Monaten zeigt sich, dass die Eltern-Kind-Kombination (C) nur bei Schülern mit niedriger Selbstkontrolle (OR 0,52, p = 0,00) und nachsichtigen Eltern (OR 0,63, p = 0,00) den wöchentlichen Trinkkonsum beeinflusst hat. Kein Einfluss auf starken Wochenendkonsum</li> <li>• <b>Studie 2:</b> Nur durch das kombinierte Programm (C) wird die Prävalenz des starken Wochenendtrinkens* (b = -0,44, p = 0,2) und die Alkoholmenge (b = -0,24, p = 0,2) reduziert. Die Reduktion ist jedoch gering: 50-Monate-Follow-up Starkes Trinken: (C) 9,7%, (B) 15,2%, (A) 19,1%, (K) 19,6%. Durchschnittliche wöchentliche Trinkmenge: (C) 2,9 Gläser, (B) 3,2, (A) 3,5, (K) 3,7</li> </ul>

<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Studie 1:</b> Selbstausfüllbogen. Selektive Schulstichprobe (75 % Non-Responder). Überwiegend mütterliche Beteiligung. Hohe Drop-out-Rate bei den Eltern. Outcome-Kategorien nicht eindeutig. Keine eindeutigen Angaben zu Trinkhäufigkeit bei Baseline und nach 34 Monaten. Keine Angaben zum zeitlichen Beginn des Alkoholkonsums</li> <li>• <b>Studie 2:</b> Zusätzlich hohe Attritionsrate. Unterschiedliche Befragungstechniken: online (1) versus telefonisch (2). Starke Unterschiede im schulischen Qualifikationslevel: (C) 32,9 niedriger Level, (K) 56,9 niedriger Level</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	Eltern und Kinder sollten gleichermaßen in die Intervention einbezogen werden
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Dutch Health Care Research Organization; Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Ergebnisse der Studie können nicht eindeutig bewertet werden, da die Studie ein hohes Biasrisiko hat

\* Starkes Trinken ist bei den 16-Jährigen definiert: Während des Wochenendes Jungen sechs Gläser, Mädchen fünf Gläser.

OR = Odds Ratio. PAS = Alcohol Prevention Program Targeting Students and/or Parents.

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 60: Studie Spoth et al.<sup>111</sup>**

<b>Autor</b>	Spoth R, Trudeau L, Redmond C, Shin C.
<b>Titel</b>	Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2014
<b>Studientyp</b>	Kohortenstudie
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation von Langzeiteffekten eines in der frühen Jugend durchgeführten universellen Interventionsprogramms
<b>Stichprobe</b>	N = 36 ländliche Schulen im Nordosten Iowas (USA), Capable Families and Youth Study
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: Lunch-Programmverfügbarkeit (> 20 % der Familien im Bezirk)
<b>Altersgruppe</b>	19–22 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	SFP + LST + Kontrollgruppe: N = 984, LST + Kontrollgruppe: N = 1.061
<b>Zeitraum</b>	1997–2007
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Familie, Schule
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe:           <ul style="list-style-type: none"> <li>a) N = 137 Familien. SFP 10–14 + LST. SFP: 7 Sitzungen à 2 Stunden abends in der Schule in 7 Wochen. 4 Booster-Sitzungen nach 1 Jahr mit N = 90 Familien. Familien-Booster-Sitzungen in der 11. Klasse in 6 ausgewählten Schulen</li> <li>b) LST. 15 Sitzungen in der 7. Klasse. 5 Booster-Sitzungen in der 8. Klasse. 4 Booster-Sitzungen in der 11. Klasse (in einem Subset von 12 Schulen)</li> </ul> </li> <li>• Kontrollgruppe: Informationsmaterial über Teenager-Entwicklung an die Eltern</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	Rauschtrinken geringer in den Testgruppen (SFP + LST: $\beta = -0,061$ , $p < 0,001$ ; LST: $\beta = -0,061$ , $p = 0,001$ ). Alkoholbezogene Probleme geringer in den Testgruppen (SFP + LST: $\beta = -0,038$ , $p = 0,007$ ; LST: $\beta = -0,039$ , $p = 0,008$ ). Niedrige relative Reduktionsrate von Rauschtrinken: SFP + LST 2,3%, LST 4,2%
<b>Limitationen</b>	Selbstauskünfte. Generalisierbarkeit (weiße, ländliche Stichprobe). Attrition
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Universal preventive interventions implemented during early adolescence have the potential to decrease the rates of substance use and associated problems, into young adulthood.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Drug Abuse
<b>Bewertung der Studie</b>	Interventionen mit SFP und LST bewirken Reduktionen im Rauschtrinken und bei alkoholbezogenen Problemen. Die relative Reduktionsrate ist jedoch niedrig und die Ergebnisse sind bei einer ärmeren ländlichen Population gewonnen

LST = Life Skills Training. SFP = Strengthening Families Program.

Tabelle 61: Studie Stockings et al.<sup>112</sup>

<b>Autor</b>	Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, Patton G, Degenhardt L.
<b>Titel</b>	Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people
<b>Land; Jahr</b>	Australien; 2016
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	2A
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit von Prävention, frühzeitiger Intervention, Schadensverminderung und Behandlung riskanten Alkoholkonsums (untersucht werden in diesem Zusammenhang auch Rauchen sowie illegale Drogen wie Cannabis, Opioide, Kokain oder Amphetamine)
<b>Stichprobe</b>	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (10–24 Jahre)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss von 56 Studien mit der Altersgruppe 10–24 Jahre; mit überwiegend hohem Evidenzlevel (1A–2C) aus dem Zeitraum 01.01.1990–23.04.2015</li> <li>• Suchbegriffe: „Substance-Related Disorders“, „Young Adult“, „Primary Prevention“, „Intervention Studies“, „Treatment Outcome“</li> <li>• Volltextrecherche in folgenden Datenbanken: MEDLINE, MEDLINE In-process, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews</li> <li>• In den RCT sind folgende acht Studien eingegangen, die auch in der vorliegenden Auswahl enthalten sind: Carey et al.22; Foxcroft und Tsertsvadze50-53; Foxcroft et al.48; Siegfried et al.106; Yuma-Guerrero et al.129</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	10–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Gepoolte Daten
<b>Zeitraum</b>	Studien von 01.01.1990–23.04.2015
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Diverse Settings wie Schule, Universität, Arbeitsplatz, Krankenhaus etc.
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Frühzeitige Interventionen und Schadensverminderung:</b> „Soziale Normen“-Interventionen; Alkoholscreening und Kurzintervention (durch Hausarzt; Notaufnahme/ Krankenhaus; an der Universität oder am Arbeitsplatz) sowie stichprobenartige Alkohol- und Medikamentenkonsumkontrollen am Straßenrand</li> <li>• <b>Behandlung riskanten Alkoholkonsums oder Abhängigkeit:</b> MET; Selbsthilfe (online, Newsletter); Selbsthilfeinterventionen mit Gleichaltrigen; kognitive Verhaltenstherapie; familientherapeutische Interventionen und Multisystemische Therapie; Pharmakotherapie; Drogengerichte für jugendliche Straftäter (juvenile drug courts)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Universelle Präventionsstrategien:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>(gesetzliche) Beschränkungen der Verfügbarkeit oder des Verkaufs:</i> Die Befundlage ist widersprüchlich bzw. nicht beweiskräftig, dass die gewünschten Effekte beim (riskanten) Alkoholkonsum erzielt werden; die Strategien haben auch meist keinen Effekt im Hinblick auf die Vermeidung von Unfällen (z. B. durch Trunkenheit am Steuer)</li> <li>b) <i>Gesetzliches Mindestalter für Konsum:</i> Die Studien zeigen geringe Effekte bei der Reduzierung negativer Folgen sowohl des riskanten Umgangs (wie Komatrinken) als auch bei alkoholbedingten (Verkehrs-)Unfällen; demgegenüber ist der Effekt des gesetzlichen Mindestalters widersprüchlich, wenn es um die Häufigkeit und Quantität des Alkoholkonsums geht</li> </ol> </li> </ul>

<b>Ergebnis</b>	<p>c) <i>Besteuerung und Mindestpreisstrategie</i> haben moderate bis starke Effekte bei der Reduzierung der unerwünschten Folgen; so führt ein Anstieg der Alkoholpreise um 10% zu einer Reduzierung des Gesamtverbrauchs um 3–10%; es gibt allerdings keine überzeugenden Belege dafür, dass durch steigende Preise auch der riskante Umgang mit Alkohol (wie Komatrinken) reduziert wird. Gleichwohl vermindern steigende Alkoholpreise die alkoholbedingte Morbidität und Mortalität sowie Verbrechen, Gewalt und sexuell übertragbare Krankheiten deutlich</p> <p>d) <i>Verbot bzw. Regulierung der Werbung für Alkohol</i>: Die Studien zeigen eine ungenügende Evidenz für irgendwelche Wirkungen</p> <p>e) <i>Massenmedienkampagnen</i>: widersprüchliche Befundlage bzw. keine Evidenz bei Wirkungen im Hinblick auf riskanten Alkoholkonsum</p> <p>f) <i>(Psychologische) Präventionsmaßnahmen im schulischen Kontext</i>: Diese Maßnahmen haben meist keine Effekte im Hinblick auf die Reduzierung des (riskanten) Umgangs mit Alkohol; keine Effekte werden auch für die Reduzierung alkoholbedingter (Verkehrs-) Unfälle berichtet. Werden über diese Bildungsmaßnahmen hinaus zusätzliche spezifische Fertigkeitstrainings und kognitive Verhaltenstherapie angeboten, so ist die Befundlage widersprüchlich bzw. im Fall der Unfälle unzureichend</p> <p>g) <i>(Psychologische) Präventionsmaßnahmen gemeinsam mit den Eltern</i>: auch wenn die Eltern in die unter f) genannten Trainings einbezogen werden, lässt sich dadurch die Effektivität der Maßnahmen nicht steigern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Frühzeitige Interventionen und Schadensverminderung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>„Soziale Normen“-Interventionen</i>: Studien, die diesen therapeutischen Ansatz bewerten, sind nur von geringer bis mittlerer Qualität, die Effektstärke ist zwar positiv, aber gering und von zweifelhaftem Nutzen für den Einsatz in der Praxis</li> <li>b) <i>Alkohol-Screening und Kurzintervention</i>: Offenbar ist das Screening junger Leute auf riskanten Alkoholkonsum ein effektiver Ansatz zur Identifikation (verkehrs-)unfallgefährdeter Personen (insbesondere in Alltags-Settings wie Universität oder Arbeitsplatz, weniger hingegen in der Grundversorgung bzw. bei Hausärzten oder in Notaufnahmen/ Krankenhäusern). Die Effektivität von Kurzinterventionen (nach erfolgter Identifikation von Personen mit hohem Risiko) ist demgegenüber weniger eindeutig belegt als das Screening selbst</li> <li>c) <i>Stichprobenartige Alkohol- und Medikamentenkonsumkontrollen am Straßenrand</i> haben keine Evidenz beim (riskanten) Alkoholkonsum, sie sind jedoch moderat wirksam bei der Vermeidung alkoholbedingter (Verkehrs-)Unfälle</li> </ul> </li> <li>• <b>Behandlung problematischen Alkoholkonsums oder Abhängigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>MET</i>: Die durchschnittliche Effektstärke ist sehr gering und mit großer Unsicherheit behaftet</li> <li>b) <i>Selbsthilfe (online, Newsletter)</i>: Die Befundlage deutet kurzfristig auf sehr geringe Effekte beim (riskantem) Alkoholkonsum; aber selbst diese geringen Effekte sind nicht nachhaltig, d. h. nach 6 Monaten nicht mehr messbar</li> <li>c) <i>Selbsthilfeinterventionen mit Gleichaltrigen</i>: Die Befunde sind widersprüchlich; wegen der (schlechten) Qualität der vorliegenden Studien kann für diese Therapieform kein spezifischer Nutzen abgeleitet werden</li> <li>d) <i>Kognitive Verhaltenstherapie</i>: Wenn überhaupt, dann gibt es nur wenige Studien mit niedrigem Evidenz-Level, die zudem zu widersprüchlichen Ergebnissen gelangen</li> <li>e) <i>Familientherapeutische Interventionen und Multisystemische Therapie</i>: Auch hier ist die Studiensituation als unbefriedigend anzusehen: sehr wenig Studien mit unzureichendem Design (z. B. keine Kontrollgruppen und/oder zu kurze Follow-up-Perioden), d. h., die Studien liefern nur geringe bzw. keine Evidenz für die Wirksamkeit dieser Therapieformen</li> </ul> </li> </ul>
-----------------	--

<b>Ergebnis</b>	<p>f) <i>Pharmakotherapie</i>: Nur wenige pharmakologische Studien fokussieren Alkoholkonsum und -abhängigkeit von jüngeren Altersgruppen; Alkoholabhängigkeit wird eher als Folge z. B. von bipolaren Störungen betrachtet und dann scheint Lithium das Mittel der Wahl; demgegenüber schafft es Naltrexon – ein oraler Opiatantagonist – bei Alkoholabhängigen, deren Verlangen nach Alkohol zu reduzieren. Allerdings sind auch diese Studien von niedriger Qualität</p> <p>g) <i>Drogengerichte für jugendliche Straftäter</i>: Auch hier ist das Design der Studien mangelhaft; die Effekte sind als widersprüchlich bzw. als nicht beweiskräftig anzusehen</p>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die berichteten Ergebnisse beziehen sich meist auf einkommensstarke Länder, insbesondere auf die USA; die Übertragbarkeit US-amerikanischer Verhältnisse auf andere Länder bzw. deren soziokulturelle Hintergründe erscheint daher sehr fraglich. Dies betrifft neben der Epidemiologie des Alkoholkonsums (z. B. Umgang mit Alkohol in den USA vs. in der islamischen Welt) auch kulturelle Anschauungen auf den (problematischen) Alkoholkonsum sowie geschlechtsspezifische Rollenmuster. Von großer Bedeutung sind zudem Rollenverschiebungen beim Übergang von der Adoleszenz zum jungen Erwachsenenalter mit der Tendenz zum längeren Verbleib im Bildungssystem (insbesondere in einkommensstarken Ländern). Schließlich unterscheiden sich die Länder auch im Hinblick auf das Vorhandensein von Hilfsangeboten, Serviceeinrichtungen oder Spezialisten gerade für das Jugendalter; denn ein früher Einstieg in den Alkoholkonsum hat sich als bedeutsamer Prädiktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit erwiesen</li> <li>• Trotz der großen Datenbasis über zahlreiche Interventionsstrategien bestehen bei den referierten Studien inhaltliche Limitationen: So stellen die Autoren fest, dass vielfach statt auf die Verbreitung des Alkoholkonsums oder der Trunkenheitsfahrten auf nicht primäre Outcomes wie Einstellungen oder Wissen rekurriert wird, obwohl zur Messung der Effekte und Bestimmung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der untersuchten Interventionen gerade die Inzidenz entscheidend ist</li> <li>• Neben den inhaltlichen Limitationen bestehen bei den eingeschlossenen Studien auch methodische: Die Autoren kritisieren, dass von den sechs Cochrane-Bias-Risiken meist weniger als drei berücksichtigt würden; zudem werden bei vielen Studien Subgruppenanalysen durchgeführt, obwohl die Fallzahlen dafür zu gering sind</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt zahlreiche Interventionsstrategien zur Reduzierung des Alkoholkonsums sowie damit einhergehender problematischer Verhaltensweisen. Bei den Präventionsstrategien haben sich als wirksam erwiesen: Besteuerung und Mindestpreisstrategie, Verbot bzw. Regulierung der Werbung für Alkohol sowie gesetzliches Mindestalter für Konsum. Im Hinblick auf Maßnahmen der frühen Intervention und Schadensverminderung sind Strategien mit spezifischen Fertigkeitstrainings wahrscheinlich effektiver als die bloße Bereitstellung von Informationen (die sich insgesamt als ineffektiv erwiesen hat). Der normative Vergleich mit altershomogenen Bezugsgruppen sowie Kurzintervention lieferten (bislang) keine starke Evidenz für Effekte. Demgegenüber haben sich stichprobenartige Alkohol-Verkehrskontrollen als wirksam erwiesen</li> <li>• Zur Messung der (Langzeit-)Effekte der verschiedenen Behandlungsformen des problematischen Alkoholkonsums und der Abhängigkeit wird weitere Forschung benötigt; denn bislang sind die Effekte meist widersprüchlich, nur schwach ausgeprägt, vielfach ist aber auch die Qualität der Studien selbst unzureichend</li> </ul>

<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Australian National Health and Medical Research Council; National Drug and Alcohol Research Centre at University of New South Wales; National Institute for Health Research
<b>Bewertung der Studie</b>	Besteuerung und Mindestpreisstrategien zeigen moderate bis starke Effekte. Schulische Präventionsmaßnahmen mit und ohne Eltern sind nicht effektiv. Screening als solches ist effektiv

MET = Motivational Enhancement Therapy. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 62:** Studie Toumbourou et al.<sup>118</sup>

<b>Autor</b>	Toumbourou JW, Gregg ME, Shortt AL, Hutchinson DM, Slaviero TM.
<b>Titel</b>	Reduction of adolescent alcohol use through family-school intervention: a randomized trial
<b>Land; Jahr</b>	Australien; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit einer familienbasierten Intervention („Resilient Families program“) zur Verzögerung des Einstiegsalters und Vorbeugung häufigen und exzessiven Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	Schüler an weiterführenden Schulen in Melbourne (Australien)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: 24 weiterführende Schulen, die für diese Längsschnittstudie rekrutiert werden, d.h. bereit sind, an der Intervention mit Baseline- und Post-Untersuchung (Welle 1) sowie an einem 1- und 2-Jahr(e)-Follow-up (Welle 2 und 3) teilzunehmen
<b>Altersgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welle 1: Durchschnittsalter = 12,3 Jahre</li> <li>• Welle 2: Durchschnittsalter = 13,4 Jahre</li> <li>• Welle 3: Durchschnittsalter = 14,5 Jahre</li> </ul>
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welle 1: N = 1.213 (Kontrollgruppe); N = 1.108 (Intervention)</li> <li>• Welle 2: N = 1.206 (Kontrollgruppe); N = 1.109 (Intervention)</li> <li>• Welle 3: N = 1.179 (Kontrollgruppe); N = 1.106 (Intervention)</li> <li>• Die Analysen basieren auf insgesamt N = 2.354 Schülern, die wenigstens an zwei Wellen teilnehmen</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	Untersucht werden Effekte der Intervention im Rahmen eines 2-Jahre-Follow-up
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Schule, Familie
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienbasierte Intervention mit fünf Komponenten, a) von Lehrern vermitteltes Schülerprogramm; b) Bildungsabend für Eltern; c) erweiterte Elternbildung (acht jeweils 2-stündige Gruppensitzungen); d) Aufbau eines Elternnetzwerks an den Schulen; e) Verteilung eines Elternhandbuchs mit auf Belegmaterial gestützten Informationen sowie Strategien</li> <li>• Zeitraum: über die Dauer der Intervention wird nichts berichtet; die vorliegende Studie untersucht Interventionseffekte in Welle 3, d. h. im Rahmen eines 2-Jahres-Follow-up</li> </ul>

<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein logistisches Regressionsmodell belegt signifikante Effekte zwei Jahre nach der familienbasierten Intervention: Im Vergleich zur Kontrollgruppe ist der Alkoholkonsum generell geringer, ebenso sind die Raten für häufiges sowie exzessives Trinken niedriger</li> <li>• Risikofaktoren sind insbesondere ein frühes Einstiegsalter, externalisierendes Verhalten sowie Peereinflüsse; demgegenüber gibt es bei familienbezogenen Variablen wie familiäre Konflikte oder Verbindung zur Gemeinschaft keine signifikanten Differenzen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe Rekrutierungsrate und nur geringe Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums in der Analysetichprobe und Australian national school survey</li> <li>• Keine Angaben über die Effektstärken</li> <li>• Geringe Teilnahme an den Komponenten für die Eltern: Nur 12 % besuchen den Bildungsabend, 6 % die Gruppensitzungen, das Handbuch wird an etwa die Hälfte per Mail geschickt</li> <li>• Welche Komponenten letztlich für die berichteten Wirkungen verantwortlich sind bzw. überhaupt Wirkung entfalten können, bleibt unklar und kann im Rahmen der Studie nicht kontrolliert werden</li> <li>• Ergebnisse beruhen auf Selbstauskünften über (häufigen und exzessiven) Alkoholkonsum</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die „Resilient Families Intervention“ ist eine potenziell wirksame Methode, häufigem und exzessivem Alkoholkonsum bei Heranwachsenden vorzubeugen; daneben verweist die Studie auf die Bedeutung des frühen Einstiegsalters sowie auf peer- und verhaltensbezogene Variablen als Risikofaktoren</li> <li>• Nach Auffassung der Autoren stellen die mit der Intervention Eltern und Schülern vermittelten (Netzwerk-)Kompetenzen und Normen „protektive Faktoren“ dar; eine genaue Bestimmung der Wirkmechanismen der Interventionen ist aufgrund des Designs der Studie jedoch nicht möglich</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Health and Medical Research Council; Alcohol Education and Rehabilitation Foundation; Grosvenor Settlement Philanthropic Trust
<b>Bewertung der Studie</b>	Alkoholkonsum und Rauschtrinken durch Intervention geringer, aber unklare Aussagekraft, da keine Mitteilung von Effektstärken und über den Einfluss einzelner Komponenten

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

## 7.5 Studien zu Interventionen auf Notfallstationen und in der Nachsorge

Tabelle 63: Studie Arnaud et al.<sup>5</sup>

<b>Autor</b>	Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann A, Thomasius R.		
<b>Titel</b>	Short- to midterm effectiveness of a brief motivational intervention to reduce alcohol use and related problems for alcohol intoxicated children and adolescents in pediatric emergency departments: a randomized controlled trial		
<b>Land; Jahr</b>	Deutschland; 2016		
<b>Studientyp</b>	RCT		
<b>Studienqualität</b>	2B		
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer motivierenden Kurzintervention im Rahmen des HaLT-Projekts		
<b>Stichprobe</b>	Notfallambulanzen von sechs pädiatrischen Kliniken in Hamburg		
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäre Diagnose „Akute Alkohol Intoxikation“</li> <li>• Fließend Deutschsprachig, keine kritischen Verletzungen, keine Behinderungen, informierte Zustimmung</li> </ul>		
<b>Altersgruppe</b>	< 18 Jahre. Durchschnittsalter: 15,8 Jahre		
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Bruttostichprobe: N = 459. Testgruppe: N = 141, Kontrollgruppe: N = 175		
<b>Zeitraum</b>	Juli 2011 bis Januar 2014, jeweils Freitag bis Sonntag		
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert		
<b>Setting</b>	Notfallaufnahme		
<b>Intervention</b>	HaLT-Hart am Limit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: eine 45-minütige Sitzung motivierende Kurzintervention plus telefonischer Nachkontakt nach sechs Wochen und Kurzberatung der Eltern</li> <li>• Kontrollgruppe: erhält jugendspezifisches Informationsmaterial über Alkoholkonsum</li> <li>• Follow-up nach drei und sechs Monaten</li> </ul>		
<b>Ergebnis</b>	Beide Gruppen reduzieren die Häufigkeit des Rauschtrinkens sowie die Anzahl der Getränke/Anlass und der alkoholbezogenen Probleme. Es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Test- und Kontrollgruppe		
	Mittelwerte	Testgruppe	Kontrollgruppe
	<b>Rauschtrinken/letzter Monat</b>		
	3-Monate-Follow-up	1,02	1,07
	6-Monate-Follow-up	1,21	1,15
	<b>Anzahl Drinks/pro Anlass</b>		
	3-Monate-Follow-up	4,18	4,65
	6-Monate-Follow-up	4,45	4,57
<b>Limitationen</b>	Selbstauskünfte. Interventionen nur von Freitag bis Sonntag. Begrenzte Standardisierung der Interventionskräfte. Limitierte Teilnahme der Eltern (60,3% Testgruppe, 48,9% Kontrollgruppe)		
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	Beide Gruppen reduzieren den Alkoholkonsum nach dem Klinikaufenthalt, aber es zeigen sich keine signifikanten Effekte der motivierenden Kurzintervention		



<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>Bewertung der Studie</b>	Kein Unterschied durch den Einsatz einer motivierenden Kurzintervention bei Test- und Kontrollgruppen

HaLT = Hart am Limit. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 64:** Studie Burleson et al.<sup>17</sup>

<b>Autor</b>	Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH.
<b>Titel</b>	Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer aktiven Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt von Jugendlichen mit Alkoholproblemen
<b>Stichprobe</b>	Jugendliche mit einer Alkoholgebrauchsstörung: N = 294 (Ausgangsstichprobe). N = 235 (ausgewählte Stichprobe)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DSM-4-Diagnose Alkoholgebrauchsstörung</li> <li>• Informierte Zustimmung der Klienten</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	13–18 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 144 (nach abgeschlossener Behandlung)
<b>Zeitraum</b>	Keine Angabe
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Out-patient-Nachsorge
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Phase: 9-wöchige kognitive Gruppenverhaltenstherapie</li> <li>• 2. Phase: Testgruppe: persönlich oder telefonisch. Kontrollgruppe: keine Intervention. 3-, 6- und 12-monatiger Follow-up</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Erhöhung der Trinkmenge und -häufigkeit in allen Gruppen</li> <li>• Relativ bessere Therapiezieleerreichung in der Testgruppe, aber nicht signifikant und nicht näher beschrieben</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Höhere Rate von Abusus oder Abhängigkeitsdiagnosen in der Kontroll- (95,1%) als in der Testgruppe (78,8%). Unterrepräsentation von Frauen (32,2%). Keine konkreten Angaben zur Rückfallrate
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“In-Person and the Brief-Telephone procedures did not differ in their effectiveness. Active aftercare in general maintained shortterm favorable effects by reducing relapse in youth with alcohol use disorder”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind anhand der präsentierten Ergebnisse nicht nachvollziehbar

DSM-IV = Vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 65: Studie Cunningham et al.<sup>31</sup>**

<b>Autor</b>	Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, Barry KL, Walton MA.
<b>Titel</b>	Alcohol interventions among underage drinkers in the emergency department: a randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	1B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer elektronischen oder therapeutischen Kurzintervention auf Notfallstationen
<b>Stichprobe</b>	Patienten N = 4.389 (Brutto), Alkoholrisikopatienten (AUDIT-C) N = 1.054. Stichprobenauswahl N = 836
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: AUDIT-C: 14–17 Jahre &gt; 3, 18–10 Jahre &gt; 4</li> <li>• Ausschluss: keine informierte Zustimmung; psychiatrische Gründe; &lt; 18 Jahre; ohne elterliche Begleitung; akute Suizidgefährdung; sexueller Missbrauch; keine Teilnahme am Follow-up möglich (z. B. Obdachlosigkeit)</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	14–20 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzintervention (N = 277)</li> <li>• Therapeutische Kurzintervention (N = 278)</li> <li>• Kontrollgruppe (N = 281)</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	September 2010 bis März 2013
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv
<b>Setting</b>	Notfallstation
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: elektronische Kurzintervention</li> <li>• Testgruppe: therapeutische Intervention</li> <li>• Kontrollgruppe: Standardbetreuung</li> <li>• Follow-up nach drei Monaten einschließlich motivierender therapeutischer Postkurzintervention. Computerkurzintervention war offline im Facebook-Stil</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<p>Primäre Outcome-Daten sind der Alkoholkonsumindex und die Anzahl Alkohol bezogener Folgeerscheinungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapie- bzw. Computerkurzinterventionen reduzieren den Alkoholkonsum und die alkoholischen Folgeerscheinungen signifikant nach drei Monaten gegenüber Kontrollgruppe. Die Effekte sind jedoch gering (Konsum: d = 0,13 bzw. d = 0,10), (alkoholische Konsequenzen: d = 0,14 bzw. d = 0,11)</li> <li>• Nach sechs Monaten keine signifikanten Unterschiede</li> <li>• Nach zwölf Monaten kein signifikanter Effekt auf den Alkoholkonsum. Sehr geringe Effekte bei alkoholischen Folgeerscheinungen (Therapie d = 0,12, Computer d = 0,17)</li> <li>• Die Computerkurzintervention reduziert Fahren unter Alkoholeinfluss nach zwölf Monaten</li> <li>• Die Therapiekurzintervention reduziert die Häufigkeit alkoholbedingter Verletzungen nach zwölf Monaten</li> <li>• Die Postkurzintervention auf der Notfallstation nach drei Monaten reduziert Alkoholkonsequenzen nach sechs Monaten</li> </ul>

<b>Limitationen</b>	Honorierung der Teilnahme am Follow-up: nach drei und sechs Monaten je \$ 35, nach zwölf Monaten \$ 45. Abbrecherrate: 15 %
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“A single-session brief intervention, delivered by a computer or therapist in the emergency department, shows promise for underage drinkers“
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institutes of Health
<b>Bewertung der Studie</b>	Reduktionen von Alkoholkonsum, Konsequenzen, alkoholischem Fahren und Verletzungen sind erkennbar, aber die Effektstärken liegen unter $d = 0,20$

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 66:** Studie Diestelkamp et al.<sup>37</sup>

<b>Autor</b>	Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R.
<b>Titel</b>	Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and European evidence synthesis
<b>Land; Jahr</b>	Deutschland; 2016
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A (nur für die Analyse der RCT)
<b>Zielsetzung</b>	Evidenz der Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf Notfallstationen
<b>Stichprobe</b>	MEDLINE, EMBASE, PubMed, Science Citation Index Expanded, CINAHL, Web of Sciences, PsycINFO, DARE, COCHRANE Databases
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation und Kurzinterventionen mit Jugendlichen 12–25 Jahre</li> <li>• Maximal drei Sitzungen</li> <li>• Personalisierte Kurzintervention und fokussiert auf Alkohol</li> <li>• RCT mit mindestens einem Follow-up</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	12–25 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 94 bis N = 254
<b>Zeitraum</b>	Mai 2012 bis Oktober 2014
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Notfallstation, Notaufnahme
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalisierte Kurzintervention auf der Notfallstation, Dauer: 30–60 Minuten</li> <li>• Kontrollgruppen: Standardversorgung</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In 6 RCT Reduktion von Alkoholkonsum sowohl bei Test- wie Kontrollgruppe</li> <li>• Keine Studie findet eine Reduktion bei der Kombination von Alkoholkonsum und Alkoholschäden</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selektionsbias, Fehlende Verblindung, unvollständige Daten, teilweise geringe Teilnehmeraten, Heterogenität der Studienansätze
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Heterogeneity of study designs and effects limit conclusions on effectiveness of brief interventions for young emergency department patients following an alcohol-related event.”

<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>Bewertung der Studie</b>	Sehr begrenzte Aussagekraft: inkonklusive Ergebnisse. Keine Differenzierung zwischen Effekt der Notaufnahme an sich und der Kurzintervention

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 67:** Studie Drummond et al.<sup>43</sup>

<b>Autor</b>	Drummond C, Deluca P, Coulton S, Bland M, Cassidy P, Crawford M, Dale V, Gilvarry E, Godfrey C, Heather N, McGovern R, Myles J, Newbury-Birch D, Oyefeso A, Parrott S, Patton R, Perryman K, Phillips T, Shepherd J, Touquet R, Kaner E.
<b>Titel</b>	The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	UK; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit eines Alkoholscreenings und einer Kurzintervention
<b>Stichprobe</b>	Alkoholpatienten in neun Notaufnahmestationen im Nordosten, Südosten und London
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Älter als 18 Jahre</li> <li>• Positiver Alkoholtest</li> <li>• Wohnhaft im Umfeld der Notaufnahmestation</li> <li>• Schreib- und lesefähig im Englischen</li> </ul> <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen, die schon einmal eine Alkoholtherapie erhalten haben oder an einer anderen Alkoholinterventionsstudie teilnehmen oder an schweren Verletzungen oder mentalen Problemen leiden</li> <li>• Personen, die eine massive Intoxikation aufweisen</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Älter als 18 Jahre. Durchschnittsalter: 34,6 Jahre. 65% männlich
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 5.899, ausgewähltes Netto: N = 3.737, gescreente Studienteilnehmer: N = 1.497, Zustimmung zur Teilnahme: N = 1.204, 6-Monate-Follow-up: N = 863, 12-Monate-Follow-up: N = 810
<b>Zeitraum</b>	März 2008 bis Mai 2010
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Notaufnahme
<b>Intervention</b>	Testgruppe: BA (5-minütige Kurzintervention), BLC (20-minütige Lebensstilberatung durch einen Sozialarbeiter) nach der Entlassung, zumeist telefonisch. Kontrollgruppe: PIL
<b>Ergebnis</b>	In sechs von neun Notfallstationen ist der Einsatz von externen Kräften notwendig, da die Beteiligung des Klinikpersonals zu schwach ist. Nur 50% der zugewiesenen Patienten erhalten das BLC Keine signifikanten Unterschiede im AUDIT und für durchschnittliche Drinks/Tag nach sechs und zwölf Monaten

<b>Limitationen</b>	Intervention teilweise vom Notaufnahmepersonal, teilweise von der Forschergruppe durchgeführt. Niedrige Attrition (6 Monate: 70 %, 12 Monate: 67 %). Geringe Teilnahme am BLC
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Screening and brief intervention is difficult to implement in typical emergency departments. The result do not support widespread screening and brief intervention in emergency department.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	UK Department of Health
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Effekte der Intervention. Geringe Motivation des Klinikpersonals in Notaufnahmestationen, Interventionen im Arbeitsalltag durchzuführen

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. BA = Brief advice. BLC = Brief lifestyle counseling. PIL = Patient information leaflet. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 68: Studie Merz et al.<sup>83</sup>**

<b>Autor</b>	Merz V; Baptista J; Haller DM.
<b>Titel</b>	Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review
<b>Land; Jahr</b>	Schweiz; 2015
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit von motivierenden Kurzinterventionen auf Notfallstationen zur Reduktion des Alkoholkonsums von Jugendlichen
<b>Stichprobe</b>	MEDLINE, EMBASE, Cochrane, PsycINFO
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: RCT, Kurzintervention, Notfallstationen, 18–24 Jahre
<b>Altersgruppe</b>	18–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Vier Studien (N = 94 bis N = 198), davon drei USA, eine Brasilien
<b>Zeitraum</b>	Bis März 2014
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Notfallstation
<b>Intervention</b>	Kurzintervention vs. Standardpflege, Kurzintervention vs. personalisierten Feedback, Kurzintervention vs. Informationsbroschüre
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In zwei Studien ist die Kurzintervention wirksamer als in der Kontrollgruppe (Monti et al.85; Smith et al.108), in zwei Studien nicht wirksamer im Follow-up nach zwölf Monaten (Monti et al.86; Segatto et al.104). In allen Studien Rückgang des Alkoholkonsums sowohl in den Test- als auch in den Kontrollgruppen</li> <li>• In drei Studien signifikante Reduktion alkoholbezogener Probleme (Monti et al.85, 86; Smith et al.108)</li> <li>• In einer Studie mit einer zusätzlichen telefonischen Kontaktaufnahme nach einem und nach drei Monaten wird eine 45–53%ige Reduktion des Alkoholkonsums erzielt. In der Kontrollgruppe liegt der Rückgang bei 11–18%</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Reliabilität der Daten aufgrund von Selbstangaben. Keine Follow-up-Interventionsmaßnahmen (Booster) nach der Entlassung. Große Variabilität der Kurzintervention. Heterogene methodische Anlage. Unterschiedliche Ergebnisdarstellung in den Studien. Generalisierbarkeit aufgrund spezifischer Settings fragwürdig. Repräsentativität aufgrund von Verweigerung der Studienteilnahme eingeschränkt
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“The extent to which the findings from this review can be generalized to other contexts is uncertain. The evidence is inconclusive.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine finanzielle Unterstützung
<b>Bewertung der Studie</b>	Inkonklusive Ergebnisse, aber ein Hinweis, dass ein therapeutischer Kontakt bzw. eine Booster-Session nach 1 bzw. 3 Monaten effektiv sein kann.

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 69:** Studie Newton et al.<sup>90</sup>

<b>Autor</b>	Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, Vandermeer B, Tjosvold L, Hartling L, Wild TC.
<b>Titel</b>	Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review
<b>Land; Jahr</b>	Kanada; 2013
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit von Kurzinterventionen in Notfallstationen
<b>Stichprobe</b>	14 elektronische Datenbanken (u. a. MEDLINE, EMBASE, Cochrane, PsycINFO, CINAHL, SocIndex, OVID)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCTs, die die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in Notfallstationen ermitteln bei Patienten 19 Jahre und jünger (Posthoc: Erweiterung bis 21 Jahre)</li> <li>• Outcome mit Bezug zu risikoreichem Alkoholkonsum</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	12–21 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	N = 94 bis N = 726
<b>Zeitraum</b>	Januar 2008 bis April 2011
<b>Präventionstyp</b>	Universell und indiziert
<b>Setting</b>	Notfallstationen
<b>Intervention</b>	Kurzinterventionen von 20 bis 120 Minuten
<b>Biasbeurteilung</b>	1. Stichprobendesign 2. Allokation 3. Verblindung 4. Vollständigkeit der Outcome-Daten, 5. Outcome-Darstellung, 6. Sonstige Bias
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Studien mit niedrigem Biasrisiko (Walton et al.<sup>125</sup>; Maio et al.<sup>78</sup>)</li> <li>• Zwei Studien mit unklarem Risiko (Spirito et al.<sup>109</sup>; Monti et al.<sup>86</sup>)</li> <li>• Fünf Studien mit hohem Risiko (Spirito et al.<sup>110</sup>; Tait et al.<sup>115</sup>; Bernstein et al.<sup>8, 9</sup>; Johnston et al.<sup>64</sup>)</li> <li>• Universelle wie indizierte Interventionen reduzieren den Alkoholkonsum nicht signifikant stärker/häufiger als Standardbehandlung</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Hohe Variabilität in den Outcome-Messungen. Keine Standardisierung bei den Interventionen. Niedrige Studienqualität. Selbstangaben
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Clear benefits of using emergency department-based brief interventions to reduce alcohol and other drug use and associated injuries or high-risk behaviours remain inconclusive because of variation in assessing outcomes and poor study quality.“
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Knowledge Synthesis grant from the Canadian Institutes of Health Research
<b>Bewertung der Studie</b>	Der systematische Review legt nahe, dass Kurzinterventionen für die Reduzierung von Alkoholkonsum und Rauschtrinken keine bessere Wirkung haben als Standardpflege

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 70: Studie Suffoletto et al.<sup>114</sup>**

<b>Autor</b>	Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB.
<b>Titel</b>	A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: a randomized clinical trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2014
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit einer webbasierten personalisierten Feedbackintervention im Hinblick auf eine Reduzierung des Alkoholkonsums, insbesondere Rauschtrinken
<b>Stichprobe</b>	18- bis 25-jährige frühere Notaufnahmepatienten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: Patienten mit riskantem Alkoholkonsum (nach Screening mittels AUDIT-C-Fragebogen)</li> <li>• Ausschluss: Patienten in Alkohol- oder Drogentherapie, psychiatrische Störungen sowie Patienten, deren Handys keine Textnachrichtenfunktion haben</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter der Interventionsgruppe = 22,0 Jahre (Kontrollgruppe = 21,8)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 765 (Survey, randomisiert)</li> <li>• N = 384 (SMS-Assessment + Feedback) (= SA + F)</li> <li>• N = 196 (SMS-Assessment ohne Feedback) (= SA)</li> <li>• N = 185 (Kontrollgruppe: keine Intervention)</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	12 Wochen
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Frühere Notaufnahmepatienten aus vier städtischen Kliniken Pittsburghs (USA)
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die SA+F-Intervention besteht aus einer Reihe von Willkommenstextnachrichten über die Ziele, Erwartungen und Hintergründe der Intervention</li> <li>• Jeden Donnerstag werden die Patienten aufgefordert, über ihre Trinkabsichten am Wochenende zu berichten, worauf sie personalisierte Feedback-SMS erhalten; Feedback gibt es auch an Sonntagen, und zwar zu den Angaben der Patienten über die maximale Anzahl der am Wochenende konsumierten alkoholischen Getränke</li> <li>• Zeitraum: zwölf Wochen</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe, aber signifikante Differenz bezüglich der Baseline- und der Postsurvey-Untersuchung</li> <li>• In der Interventionsgruppe (SA+F) größere Verringerung der Mittelwerte der Rauschtrinkentage sowie der Tage, an denen überhaupt alkoholische Getränke konsumiert werden</li> <li>• In der Interventionsgruppe (SA+F) gibt es auch an den zwölf Wochenenden weniger Rauschtrinken als in den anderen Gruppen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurze Interventionsdauer</li> <li>• Aufgrund der niedrigen Teilnehmerrate am Postsurvey (78 %) und der stärkeren Stichprobenausfälle unter den starken Trinkern halten die Autoren ein Attritionsbias für möglich</li> <li>• Kein Follow-up</li> <li>• Selectionsbias durch Setting „Notaufnahme“ und Ausschlusskriterien, Patienten mit psychiatrischem, Drogen- oder Alkoholtherapiehintergrund nicht in die Studie aufzunehmen</li> <li>• Reportingbias möglich: Outcomes beruhen ausschließlich auf Selbstaussagen, riskantes Verhalten unter Alkoholeinfluss (wie Trunkenheit am Steuer) wird nicht untersucht</li> </ul>

<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Feedbackintervention mittels personalisierter SMS-Nachrichten ist eine vergleichsweise günstige, einfach zu realisierende und wirksame Methode, das Rauschtrinken sowie den Alkoholkonsum insgesamt zu reduzieren – auch wenn die Effektstärken klein ausfallen (Cohen's d = 0,22)</li> <li>• Das SMS-Feedback-Programm sollte optimiert werden (z. B. durch die Integration zusätzlicher verhaltensbasierter Methoden), um das Engagement der Teilnehmer aufrechtzuerhalten bzw. die Abbrecherquote zu reduzieren</li> <li>• Zur Wiederholung des Ergebnisses und Messung von Langzeiteffekten wird weitere Forschung benötigt</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Emergency Medicine Foundation Grant
<b>Bewertung der Studie</b>	Feedbackintervention durch personalisierte SMS-Nachrichten reduziert in geringem Maß Rauschtrinken sowie Alkoholkonsumhäufigkeit

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.  
 SA = SMS Assessments. SA+F = SMS Assessments + Feedback.

**Tabelle 71:** Studie Walton et al.<sup>124</sup>

<b>Autor</b>	Walton MA, Chermack ST, Blow FC, Ehrlich PF, Barry KL, Booth BM, Cunningham RM.
<b>Titel</b>	Components of brief alcohol interventions for youth in the emergency department
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2015
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit einer motivierenden Kurzintervention (computerbasiert vs. von Therapeuten durchgeführt) zur Reduzierung des Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	Junge Notaufnahmepatienten (14–20 Jahre) mit risikoreichem Alkoholkonsum
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: 14- bis 20-jährige Notaufnahmepatienten mit risikoreichem Alkoholkonsum (AUDIT-C; 14–17 Jahre <math>\geq</math> 3; 18–20 Jahre <math>\geq</math> 4)</li> <li>• Ausschluss: Patienten, die aufgrund der Schwere der Erkrankung keine Einwilligungserklärung geben könnten (z. B. Intubation, Desorientierung), die jünger als 18 und ohne Erziehungsberechtigten auf der Station sind; ebenso ausgeschlossen werden Patienten mit akuten Suizidgedanken, Opfer sexueller Übergriffe sowie Patienten, die nicht in der Lage sind, ein Computerassessment bzw. eine Kurzintervention und Follow-up abzuschließen (z. B. taube, sehbehinderte oder wohnsitzlose Personen)</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Durchschnittsalter: 18,6 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 9.228 (Survey)</li> <li>• N = 1.054 (eingeladen)</li> <li>• N = 836 (randomisiert)</li> </ul>
<b>Zeitraum</b>	Untersucht werden Effekte anhand von Daten aus der Prä- und der Postuntersuchung
<b>Präventionstyp</b>	Indiziert
<b>Setting</b>	Notaufnahme des Universitätsklinikums in Ann Arbor, Michigan (USA)



<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivierende Kurzintervention (computerbasiert vs. von Therapeuten durchgeführt) mit jeweils drei Phasen, parallelem Inhalt, aber Unterschieden in Abhängigkeit vom Durchführungsmodus: a) Explorationsphase; b) Unterstützungsphase; c) Auswahl (individueller) Ziele und Strategien</li> <li>• Zeitraum: Die von Therapeuten durchgeführte Intervention dauert durchschnittlich 45,4 Minuten; die computerbasierte 34,7 Minuten; unmittelbar nach der Intervention folgt eine Postuntersuchung. Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf Daten aus der Prä- und der Postuntersuchung; keine Follow-up-Daten (Längsschnittstudie noch nicht abgeschlossen)</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikanter Unterschied beim Konstrukt der individuellen Bedeutung, die einem reduzierten Alkoholkonsum zukommt; darüber hinaus bei computerbasierter Intervention signifikante Steigerung der Wahrscheinlichkeit, in den nächsten 30 Tagen den Alkoholkonsum einschränken zu wollen; bei der von Therapeuten durchgeführten Intervention Steigerung der Bereitschaft, mit dem Trinken aufhören zu wollen; kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe, jedoch bei der Absicht, Unterstützung in Anspruch nehmen zu wollen</li> <li>• Partialkorrelationen zwischen psychologischen Konstrukten und Interventionsinhalten zeigen, dass das Identifizieren persönlicher Stärken und Schutzstrategien, das Darlegen der Vorteile eines reduzierten Alkoholkonsums sowie Ausloten alternativer Freizeitmöglichkeiten (wie Sport) positiv mit den Änderungen bei den Konstrukten assoziiert sind; demgegenüber ist in der von Therapeuten angeleiteten Intervention das Bieten von Informationen negativ assoziiert</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlender Follow-up</li> <li>• Die Effekte bei den psychologischen Outcomes werden als gering eingestuft</li> <li>• Zusammenhang zwischen Konstrukten und Verhalten unklar</li> <li>• Ergebnisse beruhen auf Selbstauskünften</li> <li>• Mangelnde Generalisierbarkeit (nur ein Universitätsklinikum in einer Stadt)</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Daten der Postuntersuchung liefern erste Hinweise, dass sowohl die computerbasierte als auch die von Therapeuten angeleitete Kurzintervention potenziell wirksame Methoden sind. Die berichteten Änderungen bei den psychologischen Konstrukten sind als Vorstufen von Verhaltensänderungen in Richtung eines reduzierten Alkoholkonsums zu interpretieren</li> <li>• Auch wenn die Änderungen bei den Konstrukten vielversprechend sind, sind sie insgesamt recht gering; sie spiegeln offenbar das geringe Problembewusstsein in der Stichprobe (junge Risikotrinker)</li> <li>• Unklar ist die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Konstrukten und dem tatsächlichen Verhalten; dies sollen neue Studien untersuchen</li> <li>• Die Effekte der Intervention werden insbesondere auf ihre an persönlichen Stärken und Schutzstrategien orientierten Komponenten zurückgeführt; demgegenüber scheint das Informationsangebot eher kontraproduktiv; auch hier müssen künftige Studien die (quantitativen) Zusammenhänge zwischen den Komponenten und dem Verhalten weiter ausloten</li> </ul>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Unklarer Zusammenhang zwischen psychologischen Konstrukten und Verhalten

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 72:** Studie Yuma-Guerrero et al.<sup>129</sup>

<b>Autor</b>	Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM, von Sternberg K, Maxson T, Garcia N.
<b>Titel</b>	Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	Systematischer Review von RCT
<b>Studienqualität</b>	1A
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit von SBIRT von adoleszenten Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum in Notfallstationen von Level-1-Traumazentren
<b>Stichprobe</b>	Junge Notaufnahmepatienten (12–24 Jahre) mit risikoreichem Alkoholkonsum
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss von sieben Studien (nur RCT mit Fokus „Kurzinterventionen bei Alkoholkonsum“, nur in US-amerikanischen Einrichtungen der Akutversorgung) aus dem Zeitraum 1999–2010 mit der Altersgruppe 11–21 Jahre</li> <li>• Suchbegriffe: „adolescent“, „pediatric“, „alcohol“, „drinking“, „risky drinking“, „alcohol misuse“, „injury“, „brief intervention“, „SBIRT“, „motivational interview“, „hospital, acute care“, „emergency department“, „randomized controlled trial“</li> <li>• Internetrecherche in Google Scholar und PubMed</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	12–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Gepoolte Daten
<b>Zeitraum</b>	Studien von 1999–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell/indiziert
<b>Setting</b>	Notfallstationen von Level-1-Traumazentren in USA
<b>Intervention</b>	Die Kurzinterventionen von sechs der sieben Studien basieren auf dem Konzept des motivierenden Interviews, um Patienten für Verhaltensänderungen zu gewinnen; die 7. Studie basiert auf der Theorie sozialen Lernens und nutzt ein interaktives, laptopbasiertes Programm
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt sind die Ergebnisse unklar. Vier der sieben Studien stellen zwar einen signifikanten Interventionseffekt fest, in keiner dieser Studien werden allerdings sowohl der Alkoholkonsum als auch alkoholbedingte Folgen reduziert; so belegen zwei Studien eine Reduktion des Alkoholkonsums, aber keinen Effekt bei den Folgen; bei den beiden anderen Studien ist es umgekehrt</li> <li>• Die stärksten Effekte werden von den beiden Studien mit älteren Patienten (&gt; 18 Jahre) berichtet; demgegenüber zeigen die Studien mit jüngeren Patienten keine Effekte im Hinblick auf alkoholinduzierte Folgen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zum Teil fehlende Vergleichbarkeit der Studien (inkonsistente Methoden, verschiedene Messzeitpunkte, Inklusionskriterien und Outcome-Maße)</li> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit auf andere Settings außerhalb der Notfallmedizin bzw. außerhalb USA</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Based on existing evidence, it is not clear whether SBIRT is an effective approach to risky alcohol use among adolescent patients in acute care. Additional research is needed around interventions and implementation.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine externe Finanzierung
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Studie zeigt keine gesicherten signifikanten Effekte von Kurzinterventionen (SBIRT) in Notfallstationen

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SBIRT = Screening, Kurzintervention und Überweisung zur Behandlung, engl.: screening, brief intervention, and referral to treatment.

## 7.6 Studien zu gemeindebasierten Interventionen

Tabelle 73: Studie Flewelling et al.<sup>45</sup>

<b>Autor</b>	Flewelling RL, Grube JW, Paschall MJ, Biglan A, Kraft A, Black C, Hanley SM, Ringwalt C, Wiesen C, Ruscoe J.
<b>Titel</b>	Reducing youth access to alcohol: findings from a community-based randomized trial
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2013
<b>Studientyp</b>	Outcome-Research
<b>Studienqualität</b>	2C
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit von fünf unterschiedlichen Interventionen in 36 Gemeinden zur Reduktion des Alkoholkonsums von Jugendlichen
<b>Stichprobe</b>	36 Gemeinden in Oregon. In diesen Gemeinden wird die Oregon-Health-Teens-Studie bei 8.- und 11.- Klässlern durchgeführt
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: Gemeinden mit 1.000 bis unter 5.000 Einwohnern</li> <li>• Ausschluss: Die drei größten Schulbezirke in Portland</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Keine Angabe (11.-Klässler)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Survey N = 22.711
<b>Zeitraum</b>	2006–2010
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Gemeinde
<b>Intervention</b>	Testgruppe: a) 'reward&reminder' für Händler. Zwei Besucher jährlich alle zwei in zwei Jahren b) Verstärkte Überprüfung der Einhaltung gesetzlicher Regelungen für den Verkauf. Mystery shopping durch Jugendliche c) Verstärkte Durchsetzung gesetzlicher Regelungen für unter 21-Jährige. Checks durch die örtliche Polizei d) Verstärkte Anstrengungen zur Reduzierung des Partyalkoholkonsums e) Verstärkte Medienarbeit. Serie erzieherischer Artikel in den lokalen Zeitungen
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion der Wahrscheinlichkeit, dass Händler Alkohol an Jugendliche verkaufen. (Baseline: Testgruppe: 22,9 %, Kontrollgruppe: 19,8 %; Posttest: Testgruppe: 7,1 %, Kontrollgruppe: 10,8 %)</li> <li>• Keine Reduktion des Alkoholkonsums. Rauschtrinken Baseline: Testgruppe: 28 %, Kontrollgruppe: 27,4 %; Posttest: Testgruppe: 25,8 %, Kontrollgruppe: 23,8 %)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Hohe Stichprobenselektivität (keine großen Städte eingeschlossen). Fehlende Generalisierbarkeit. Keine Standardisierung der Verkaufsstellen. Starke Variabilität der polizeilichen Kontrollen. Bias durch unterschiedliche Teilnahmequoten am Oregon-Health-Teens-Survey
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"The findings highlight the difficulty in reducing youth drinking even when efforts to curtail retail access are successful."
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<b>Bewertung der Studie</b>	Obwohl effektiv hinsichtlich der Einhaltung gesetzlicher Regelungen, haben Shopkontrollen keinen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum

**Tabelle 74: Studie Hallgren und Andréasson<sup>59</sup>**

<b>Autor</b>	Hallgren M, Andréasson S.
<b>Titel</b>	The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effects on youth drinking
<b>Land; Jahr</b>	Schweden; 2013
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	4
<b>Zielsetzung</b>	Evaluation der Wirksamkeit einer unterstützenden kommunalen Intervention
<b>Stichprobe</b>	Zwölf schwedische Gemeinden. Ein crossektionaler Survey mit N = 8.092 Schülern
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Nicht näher spezifiziert
<b>Altersgruppe</b>	Survey: 15–19 Jahre. Interventionsprogramme: 3–25 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Unterschiedlich
<b>Zeitraum</b>	2003–2007
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Gemeinde
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 6, überwiegend familienbasierte und schulische Interventionen, z. B. Örebro Prevention Program (fünf Gemeinden), motivierende Interviews an Schulen (vier Gemeinden), KOMET (vier Gemeinden), SFP (zwei Gemeinden)</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 6, reduzierte Anzahl von Interventionen</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die summativen Interventionen haben keine Effekte auf die jährlich konsumierte Alkoholmenge der Jugendlichen</li> <li>• Frauen (9. Klasse) reduzieren in der Testgruppe das Rauschtrinken um 20% (<math>p &lt; 0,001</math>), in der Kontrollgruppe um 10% (<math>p &lt; 0,05</math>). Männer (11. Klasse) reduzieren in der Testgruppe das Rauschtrinken um 6% (<math>p &lt; 0,005</math>)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Niedrige Response-Raten im Survey (25% – 55%). Hohe Variabilität der einzelnen Präventionsprogramme. Keine Beschreibung der Präventionsmaßnahmen in der Kontrollgruppe
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Prevention programs based on efficacy studies need to be tested in community-based effectiveness trials before being disseminated.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Karolinska Institute (KID funding for doctoral education), the Swedish Council for Working Life and Social Research; the Swedish National Institute for Public Health
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Studie zeigt keine Effekte zusätzlicher kommunaler Anstrengungen beim Einsatz eines Bündels von Interventionsprogrammen, und weist zudem ein schwaches Studiendesign auf

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SFP = Strengthening Families Program.

**Tabelle 75: Studie Shakeshaft et al.<sup>105</sup>**

<b>Autor</b>	Shakeshaft A, Doran C, Petrie D, Breen C, Havard A, Abudeen A, Harwood E, Clifford A, D'Este C, Gilmour S, Sanson-Fisher R.
<b>Titel</b>	The effectiveness of community action in reducing risky alcohol consumption and harm: a cluster randomised controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Australien; 2014
<b>Studientyp</b>	Cluster RCT
<b>Studienqualität</b>	2B
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit von gemeindebasierten Maßnahmen zur Reduktion riskanten Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	20 Gemeinden des Alcohol-Action-in-Rural-Communities-Projektes in New South Wales (Australien)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.000–20.000 Einwohner</li> <li>• Mindestens 100 km von einer Großstadt entfernt</li> <li>• Keine Beteiligung an einem gemeindebasierten Alkoholpräventionsprojekt</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	15–24 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	T0-Survey: N = 2.977; T1-Survey: N = 2.255
<b>Zeitraum</b>	2001–2009
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Gemeinde
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: 13 Interventionen, u. a. schulische Interventionen (11. Klasse), web-basiertes Screening und Kurzintervention, Hausärzte-Screening und Kurzintervention, Notfallstationen-Screening und Kurzintervention, lokale Medienkampagne</li> <li>• Kontrollgruppe: keine Interventionen angegeben</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Signifikanz für bessere Wirkungen der Test- gegenüber Kontrollgruppe bei alkoholbezogener Kriminalität, Verkehrsunfällen, Notfallaufnahmen, risikoreichem Alkoholkonsum</li> <li>• Statistisch signifikant geringerer wöchentlicher Alkoholkonsum (Reduktion um 1,9 Drinks, <math>p = 0,01</math>) und weniger verbale Ausfälle (<math>p = 0,04</math>)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Niedrige Survey-Response-Raten: T0 = 40 %, T1 = 24 %
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“This RCT provides little evidence that community action significantly reduces risky alcohol consumption and alcohol-related harms, other than potential reductions in self-reported average weekly consumption and experience of alcohol-related verbal abuse.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Foundation for Alcohol Research and Education; National Drug and Alcohol Research Centre (Substance Misuse Prevention and Service Improvement Grants Fund)
<b>Bewertung der Studie</b>	Die Studie zeigt keine gesicherten signifikanten Effekte kommunaler Interventionsprogramme. Die angegebene Reduktion des Alkoholkonsums im Survey ist aufgrund der niedrigen Response-Raten nicht belastbar

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 76: Studie Wolfson et al.<sup>127</sup>**

<b>Autor</b>	Wolfson M, Champion H, McCoy TP, Rhodes SD, Ip EH, Blocker JN, Martin BA, Wagoner KG, O'Brien MC, Sutfin EL, Mitra A, Durant RH.
<b>Titel</b>	Impact of a randomized campus/community trial to prevent high-risk drinking among college students
<b>Land; Jahr</b>	USA; 2012
<b>Studientyp</b>	Outcome-Research
<b>Studienqualität</b>	2C
<b>Zielsetzung</b>	Evaluierung der Wirksamkeit gemeindebasierter Maßnahmen zur Reduzierung der Folgen riskanten Alkoholkonsums
<b>Stichprobe</b>	Zehn Universitäten in North Carolina (nach Randomisierung werden bei fünf Hochschulen am Campus und der umliegenden Gemeinde Maßnahmen entwickelt und implementiert; fünf dienen als Kontrollgruppe)
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschluss: Universitäten/Hochschulen mit mindestens 2.500 Studenten, von denen mindestens 20% auf dem Campus wohnen; mittlerer „Readiness Score“, d. h. Strukturen/Kapazitäten für die Implementierung der Maßnahmen vorhanden, aber keine Beteiligung an einem gemeindebasierten Alkoholpräventionsprojekt</li> <li>• Ausschluss: Militärhochschulen, reine Mädchen- und Jungen(hoch)schulen sowie konfessionell gebundene Schulen</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	Keine Angaben (Interventionsgruppe: 56,4% Studienanfänger; 32,6% im 2. oder 3. Jahr; 11,2% im 4. Jahr)
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Für die Outcome-Messungen wird ein Querschnittsdesign mit wiederholten Messungen gewählt (2003: Baseline; 2004: 1. Follow-up; 2005: 2. Follow-up; 2006: 3. Follow-up); insgesamt: Interventionsgruppe N = 1.977, Kontrollgruppe N = 1.834
<b>Zeitraum</b>	2003–2006
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Universitäten/Hochschulen
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionsgruppe: Nach Eingangsassessment ortsspezifischer Aufbau von Koalitionen mit universitären Einrichtungen und Stakeholdern; danach Konzeptentwicklung mit Umsetzung und Verstetigung von Maßnahmen aus den Bereichen a) Alkoholverfügbarkeit; b) Preis und Marketing; c) soziale Normen; d) Schadensminimierung (z. B. Aktionen zur Reduzierung des Party- und Eventalkoholkonsums; Programme zum alkoholfreien Fahren)</li> <li>• Kontrollgruppe: keine Interventionen angegeben</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Reduktion des Alkoholkonsums (weder bei der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen getrunken wird, noch beim Rauschtrinken oder einem anderen Indikator)</li> <li>• Reduktion der alkoholbedingten Folgen: Studierende der Interventionsgruppe berichten im Zeitverlauf (2003–2006) seltener (<math>p = 0,02</math>) als die Kontrollgruppe über „ernste Folgen des Alkoholkonsums auf die eigene Person“ (Index mit Items wie „medizinische Behandlung erforderlich“, „Verwarnung/Bußgeld wegen Trunkenheitsfahrt“, „in Schlägerei involviert“) bzw. berichten seltener (<math>p = 0,03</math>) von Folgen, die anderen Personen durch eigenes Trinken zugefügt werden, z. B. Verletzungen durch Verkehrsunfälle oder Schlägereien</li> <li>• Mit der Stärke der Maßnahmenimplementation (Rating durch Experten) zeigt sich im Zeitverlauf eine signifikante Reduktion (<math>p = 0,04</math> bzw. <math>p &lt; 0,01</math>) bei den Skalen „selbst vom Trinken Anderer betroffen“ bzw. „andere durch den eigenen Alkoholkonsum geschädigt/verletzt zu haben“</li> </ul>

<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Querschnittstudie; keine Rückschlüsse auf individuelle Verhaltensänderungen durch die Intervention möglich</li> <li>• Ergebnisse beruhen auf Selbstauskünften</li> <li>• Mäßige Response-Raten (2003: 31 %; 2004: 31,3%; 2005: 25,8%; 2005: 22,6%)</li> <li>• Selektive Auswahl: nur ein Bundesstaat sowie nur Einrichtungen mit günstigen Voraussetzungen für die Implementierung des SPARC-Ansatzes</li> <li>• Keine Angaben der Effektstärken</li> </ul>
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	<p>“Despite these limitations, SPARC demonstrate the potential usefulness and efficacy of the application of a community organizing approach to implement environmental strategies in the college setting. It adds to a growing number of studies that provide evidence that an environmental approach, if implemented with commitment and intensity, can reduce rates of problems associated with high-risk drinking on college campuses.”</p>
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Keine Angaben
<b>Bewertung der Studie</b>	<p>Obwohl effektiv hinsichtlich der Folgen des Alkoholkonsums auf die eigene Person wie auf andere haben die Maßnahmen keinen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum selbst. Möglicherweise sensibilisieren (einzelne) Maßnahmen lediglich für alkoholbedingte Folgen, nicht aber für die Häufigkeit und Intensität des Alkoholkonsums. Genau so denkbar sind Messfehler, Schwächen der verwendeten Skalen und Indikatoren oder ein sozial erwünschtes Antwortverhalten</p>

SPARC = Study to Prevent Alcohol Related Consequences.

## 7.7 Studien zu motivierenden Interventionen bei jungen Erwachsenen

Tabelle 77: Studie Bertholet et al.<sup>11</sup>

<b>Autor</b>	Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Burnand B, Daeppen JB.																																
<b>Titel</b>	Internet-based brief intervention for young men with unhealthy alcohol use: a randomized controlled trial in a general population sample																																
<b>Land; Jahr</b>	Schweiz; 2015																																
<b>Studientyp</b>	RCT																																
<b>Studienqualität</b>	2B																																
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer internetbasierten Kurzintervention																																
<b>Stichprobe</b>	N = 13.245 Rekruten, davon N = 5.990 C-Surf-Teilnehmer, N = 4.365 eingeladen, N = 1.633 Baseline-Assessment, N = 737 ungesunder Alkoholkonsum																																
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-jährige Männer mit Risikokonsum</li> <li>• &gt; 14 Drinks/Woche</li> <li>• &gt; 6 Drinks/Anlass</li> <li>• AUDIT &gt; 8</li> </ul>																																
<b>Altersgruppe</b>	20 Jahre																																
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Testgruppe: N = 367, Kontrollgruppe: N = 360																																
<b>Zeitraum</b>	Februar 2012 bis Februar 2013																																
<b>Präventionstyp</b>	Selektiv																																
<b>Setting</b>	Computer																																
<b>Intervention</b>	Alcoquiz.ch. Normatives Feedback, Feedback zu alkoholischen Konsequenzen, Kalorien, Blutalkoholkonzentration, Risikoindikation, Empfehlung für Niedrigrisikokonsum																																
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach sechs Monaten Reduktion der Drinks Anzahl/Woche</li> <li>• Kein Unterschied beim Rauschtrinken</li> <li>• Reduktion bei AUDIT, aber nicht bei der Anzahl alkoholischer Konsequenzen</li> </ul> <table border="1" data-bbox="363 1375 1391 1637"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Testgruppe</th> <th colspan="2">Kontrollgruppe</th> </tr> <tr> <th>Base</th> <th>6 Monate</th> <th>Base</th> <th>6 Monate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Drinks/Woche</td> <td>10,12</td> <td>8,44</td> <td>9,53</td> <td>9,15</td> </tr> <tr> <td>Rauschtrinken</td> <td>85,6 %</td> <td>70,0%</td> <td>84,3 %</td> <td>70,8%</td> </tr> <tr> <td>AUDIT-C</td> <td>10,66</td> <td>8,95</td> <td>10,47</td> <td>9,55</td> </tr> <tr> <td>Alk. Konsequenz</td> <td>2,82</td> <td>2,11</td> <td>2,84</td> <td>2,26</td> </tr> </tbody> </table>					Testgruppe		Kontrollgruppe		Base	6 Monate	Base	6 Monate	Drinks/Woche	10,12	8,44	9,53	9,15	Rauschtrinken	85,6 %	70,0%	84,3 %	70,8%	AUDIT-C	10,66	8,95	10,47	9,55	Alk. Konsequenz	2,82	2,11	2,84	2,26
	Testgruppe		Kontrollgruppe																														
	Base	6 Monate	Base	6 Monate																													
Drinks/Woche	10,12	8,44	9,53	9,15																													
Rauschtrinken	85,6 %	70,0%	84,3 %	70,8%																													
AUDIT-C	10,66	8,95	10,47	9,55																													
Alk. Konsequenz	2,82	2,11	2,84	2,26																													
<b>Limitationen</b>	Rekrutierungsbüros der Armee. Selbstselektive Stichprobe. Panel-Effekt. Hohe Biasgefährdung																																
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"Given that the beneficial effects were modest, additional measures are needed to address unhealthy alcohol use."																																
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swiss National Science Foundation																																
<b>Bewertung der Studie</b>	Sehr geringe Effekte. Wirkungsweise unklar. Hohe Biasgefährdung																																

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. C-Surf = Cohort study on substance use risk factors. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.



**Tabelle 78: Studie Bertholet et al.<sup>12</sup>**

<b>Autor</b>	Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Burnand B, Daeppen JB.				
<b>Titel</b>	Internet-based brief intervention to prevent unhealthy alcohol use among young men: a randomized controlled trial				
<b>Land; Jahr</b>	Schweiz; 2015				
<b>Studientyp</b>	RCT				
<b>Studienqualität</b>	2B				
<b>Zielsetzung</b>	Wirksamkeit einer internetbasierten Kurzintervention				
<b>Stichprobe</b>	C-Surf-Teilnehmer, N = 4.365 eingeladen, N = 1.633 Baseline-Assessment, N = 896 Alkoholkonsum mit geringem Risiko				
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• C-Surf-Teilnehmer</li> <li>• Kein Rauschtrinken</li> </ul>				
<b>Altersgruppe</b>	20 Jahre				
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Testgruppe: N = 451, Kontrollgruppe: N = 445				
<b>Zeitraum</b>	Juni 2012 bis Oktober 2013				
<b>Präventionstyp</b>	Universell				
<b>Setting</b>	Computer				
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: Normatives Feedback, Feedback zu alkoholischen Konsequenzen, Kalorien, Blutalkoholkonzentration, Risikoindikation, Empfehlung für Niedrigrisikokonsum</li> <li>• Kontrollgruppe: nur Baseline-Assessment</li> </ul>				
<b>Ergebnis</b>	Keine signifikanten Effekte nach sechs Monaten				
		Testgruppe		Kontrollgruppe	
		Base	6 Monate	Base	6 Monate
	Drinks/Woche	2,4	2,5	2,4	2,7
	Rauschtrinken	0%	13,3%	0%	13,0%
	AUDIT-C	3,5	3,6	3,5	3,7
	Alk. Konsequenz	1,1	0,7	1,0	0,8
<b>Limitationen</b>	Rekrutierungsbüros der Armee. Selbstselektive Stichprobe. Panel-Effekt. Hohe Biasgefährdung, da lediglich 37,4% der Ausgangsstichprobe teilnehmen				
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	"The observed limited impact implies that, in its current form, this type of intervention cannot be seen as an alternative to other and more effective preventive measures (such as restriction to alcohol, ban on advertisement, etc.)."				
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swiss National Science Foundation				
<b>Bewertung der Studie</b>	Keine Effekte. Rauschtrinken wird nicht verhindert oder reduziert				

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. C-Surf = Cohort study on substance use risk factors.  
 RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

**Tabelle 79: Studie Gaume et al.<sup>54</sup>**

<b>Autor</b>	Gaume J, Gmel G, Faouzi M, Bertholet N, Daeppen JB.
<b>Titel</b>	Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial
<b>Land; Jahr</b>	Schweiz; 2011
<b>Studientyp</b>	RCT
<b>Studienqualität</b>	1B
<b>Zielsetzung</b>	Wirkung einer motivierenden Kurzintervention bei jungen Männern
<b>Stichprobe</b>	Französisch sprechende Rekruten der Schweizer Armee N = 6.085
<b>Ein- und Ausschlusskriterien</b>	Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillige Bereitschaft für eine motivierende Kurzintervention</li> </ul> Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumliche Probleme</li> <li>• Zeitliche Probleme</li> </ul>
<b>Altersgruppe</b>	19 Jahre
<b>Teilnehmeranzahl</b>	Brutto: N = 727, Netto = 572
<b>Zeitraum</b>	Januar 2007 bis September 2008
<b>Präventionstyp</b>	Universell
<b>Setting</b>	Armee
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgruppe: N = 296, 20-minütige Intervention durch Psychologen (Master-Level), spezifisch reaktiv zu Niedrigrisiko- oder Hochrisikotrinkern. Follow-up Rate: 88,5 %</li> <li>• Kontrollgruppe: N = 276, motivierende Kurzintervention erst nach dem Follow-up. Follow-up Rate: 87,3 %</li> <li>• Telefonisches Follow-up nach sechs Monaten</li> </ul>
<b>Ergebnis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protektiver Effekt der motivierenden Kurzintervention bei Niedrigrisikotrinkern</li> <li>• Steigerung Drinks (10 Gr.)/Woche: Testgruppe: von 2,4 auf 2,8, Kontrollgruppe: von 2,4 auf 4,1, (p &lt; 0,04)</li> <li>• Keine signifikanten Effekte bei Hochrisikotrinkern</li> </ul>
<b>Limitationen</b>	Selbstaussfüllbogen. Stichprobenselektion: Freiwillige Teilnehmer haben einen geringeren Bildungsabschluss (52 % vs. 45,9 %, p < 0,05) und trinken mehr (10,2 Drinks/Woche vs. 9,0, p < 0,001)
<b>Schlussfolgerung der Autoren</b>	“Preventive effect among low-risk young drinkers in helping them maintain their patterns of alcohol use.”
<b>Finanzielle Unterstützung</b>	Swiss Foundation for Alcohol Research
<b>Bewertung der Studie</b>	Die motivierende Kurzintervention hat einen kleinen positiven Effekt auf die Alkoholkonsummenge von Niedrigrisikotrinkern nach sechs Monaten

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

## 8 Literaturverzeichnis

1. Abar CC, Hernandez L, Rodriguez AM, Spirito A. Trajectories of adolescent alcohol use in the year following a brief alcohol intervention. *Journal of studies on alcohol and drugs* 2015; 76(5): 710–720.
2. Alfonso J, Hall TV, Dunn ME. Feedback-based alcohol interventions for mandated students: an effectiveness study of three modalities. *Clinical psychology & psychotherapy* 2013; 20(5): 411–423.
3. Andersson C. Comparison of WEB and interactive voice response (IVR) methods for delivering brief alcohol interventions to hazardous-drinking university students: a randomized controlled trial. *European addiction research* 2015; 21(5): 240–252.
4. Armitage CJ, Rowe R, Arden MA. A brief psychological intervention that reduces adolescent alcohol consumption. *Journal of consulting and clinical psychology* 2014; 82(3): 546–550.
5. Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann A, Thomasius R. Short- to midterm effectiveness of a brief motivational intervention to reduce alcohol use and related problems for alcohol intoxicated children and adolescents in pediatric emergency departments: a randomized controlled trial. *Academic emergency medicine* 2016.
6. Becker SJ, Jones RN, Hernandez L, Graves HR, Spirito A. Moderators of brief motivation-enhancing treatments for alcohol-positive adolescents presenting to the emergency department. *Journal of substance abuse treatment* 2016; 69: 28–34.
7. Bendtsen P, Bendtsen M, Karlsson N, White IR. Online alcohol assessment and feedback for hazardous and harmful drinkers: findings from the AMADEUS-2 randomized controlled trial of routine practice in Swedish universities. *Journal of medical internet research* 2015; 17(7): e170.
8. Bernstein E, Edwards E, Dorfman D, Heeren T, Bliss C, Bernstein J. Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic emergency medicine* 2009; 16: 1174–1185.
9. Bernstein J, Heeren T, Edward E, Dorfman D, Bliss C, Winter M, Bernstein E. A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Academic emergency medicine* 2010; 17(8): 890–902.
10. Bernstein MH, Wood MD, Erickson LR. The effectiveness of message framing and temporal context on college student alcohol use and problems: a selective e-mail intervention. *Alcohol and alcoholism* 2015; 51(1): 106–116.
11. Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Burnand B, Daeppen JB. Internet-based brief intervention for young men with unhealthy alcohol use: a randomized controlled trial in a general population sample. *Addiction* 2015; 110(11): 1735–1743.
12. Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Burnand B, Daeppen JB. Internet-based brief intervention to prevent unhealthy alcohol use among young men: a randomized controlled trial. *PLoS one* 2015; 10(12): e0144146.
13. Bingham CR, Barretto AI, Walton MA, Bryant CM, Shope JT, Raghunathan TE. Efficacy of a web-based, tailored, alcohol prevention/intervention program for college students: 3-month follow-up. *Journal of drug education* 2011; 41(4): 405–430.
14. Bodin MC, Strandberg AK. The Örebro prevention programme revisited: a cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. *Addiction* 2011; 106(12): 2134–2143.
15. Bröning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack PM, Schaunig-Busch I, Ruths S, Moesgen D, Pflug E, Klein M, Thomasius R. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2012; 7(23).

16. Brown EC, Hawkins JD, Rhew IC, Shapiro VB, Abbott RD, Oesterle S, Arthur MW, Briney JS, Catalano RF. Prevention system mediation of communities that care effects on youth outcomes. *Prevention science* 2014; 15(5): 623–632.
17. Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of substance abuse treatment* 2012; 42(1): 78–86.
18. Cairns G, Purves R, McKell J. Combining school and family alcohol education: a systematic review of the evidence. *Health education* 2014; 114(6): 451–472.
19. Carey KB, Carey MP, Henson JM, Maisto SA, DeMartini KS. Brief alcohol interventions for mandated college students: comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. *Addiction* 2011; 106: 528–537.
20. Carey KB, Carey MP, Maisto SA, Henson JM. Brief motivational interventions for heavy college drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006; 74(5): 943–954.
21. Carey KB, Henson JM, Carey MP, Maisto SA. Computer versus in-person intervention for students violating campus alcohol policy. *Journal of consulting and clinical psychology* 2009; 77(1): 74–87.
22. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, Carey MP. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical psychology review* 2012; 32(8): 690–703.
23. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR. The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial. *BMC public health* 2011; 11(312).
24. Chinman M, Ebener P, Burkhart Q, Osilla KC, Imm P, Paddock SM, Wright PA. Evaluating the impact of getting to outcomes-underage drinking on prevention capacity and alcohol merchant attitudes and selling behaviors. *Prevention science* 2014; 15(4): 485–496.
25. Clarke NC, Field M, Rose AK. Evaluation of a brief personalised intervention for alcohol consumption in college students. *PLoS one* 2015; 10(6): e0131229.
26. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Mackie C. Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology* 2011; 79(3): 296–306.
27. Conrod PJ, O’Leary-Barrett M, Newton N, Topper L, Castellanos-Ryan N, Mackie C, Girard A. Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA psychiatry* 2013; 70(3): 334–342.
28. Conroy D, Sparks P, de Visser R. Efficacy of a non-drinking mental simulation intervention for reducing student alcohol consumption. *British journal of health psychology* 2015; 20(4): 688–707.
29. Cousins K, Connor JL, Kypri K. Effects of the Campus Watch intervention on alcohol consumption and related harm in a university population. *Drug and alcohol dependence* 2014; 143: 120–126.
30. Cunningham R, Chermack S, Ehrlich P, Carter P, Booth B, Blow F, Barry H, Walton M. Project U connect: efficacy of brief interventions delivered by a computer or therapist for underage drinkers in the ED. *Academic emergency medicine* 2015; 22(5 Suppl. 1): S91.
31. Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, Barry KL, Walton MA. Alcohol interventions among underage drinkers in the ED: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015; 136(4): e783–e793.
32. D’Amico EJ, Houck JM, Hunter SB, Miles JN, Osilla KC, Ewing BA. Group motivational interviewing for adolescents: change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology* 2015; 83(1): 68–90.

33. Dawyniak S, Lange T, Adam S. Effect of school-based prevention programs on alcohol consumption of adolescents in Europe – a systematic review. *Annals of nutrition & metabolism* 2015; 67(Suppl. 1): 381–382.
34. de Visser RO, Hart A, Abraham C, Memon A, Graber R, Scanlon T. Which alcohol control strategies do young people think are effective? *Drug and alcohol review* 2014; 33(2): 144–151.
35. Dedert EA, McDuffie JR, Stein R, McNeil JM, Kosinski AS, Freiermuth CE, Hemminger A, Williams JW Jr. Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review. *Annals of internal medicine* 2015; 163(3): 205–214.
36. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Alkoholabhängigkeit. 2013. Suchtmedizinische Reihe, Bd. 1.
37. Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and European evidence synthesis. *European addiction research* 2016; 22(1): 17–35.
38. Dietrich T, Rundle-Thiele S, Schuster L, Drennan J, Russell-Bennett R, Leo C, Gullo MJ, Connor JP. Differential segmentation responses to an alcohol social marketing program. *Addictive behaviors* 2015; 49: 68–77.
39. DiFulvio GT, Linowski SA, Mazziotti JS, Puleo E. Effectiveness of the brief alcohol and screening intervention for college students (BASICS) program with a mandated population. *Journal of American College Health* 2012; 60(4): 269–280.
40. Donovan E, Wood M, Frayjo K, Black RA, Surette DA. A randomized, controlled trial to test the efficacy of an online, parent-based intervention for reducing the risks associated with college-student alcohol use. *Addictive behaviors* 2012; 37(1): 25–35.
41. Dumas DM, Hausheer R, Esp S. Age of drinking initiation as a moderator of the efficacy of a web-based alcohol intervention for high school students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2014; 38: 129A.
42. Drost RM, Paulus AT, Jander AF, Mercken L, de Vries H, Ruwaard D, Evers SM. A web-based computer-tailored alcohol prevention program for adolescents: cost-effectiveness and inter-sectoral costs and benefits. *Journal of medical internet research* 2016; 18(4): e93.
43. Drummond C, Deluca P, Coulton S, Bland M, Cassidy P, Crawford M, Dale V, Gilvarry E, Godfrey C, Heather N, McGovern R, Myles J, Newbury-Birch D, Oyefeso A, Parrott S, Patton R, Perryman K, Philips T, Shepherd J, Touquet R, Kaner E. The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS one* 2014; 9(6): e99463.
44. Fernandez-Hermida JR, Calafat A, Becona E, Tsertsvadze A, Foxcroft DR. Assessment of generalizability, applicability and predictability (GAP) for evaluating external validity in studies of universal family-based prevention of alcohol misuse in young people: systematic methodological review of randomized controlled trials. *Addiction* 2012; 107(9): 1570–1579.
45. Flewelling RL, Grube JW, Paschall MJ, Biglan A, Kraft A, Black C, Hanley SM, Ringwalt C, Wiesen C, Ruscoe J. Reducing youth access to alcohol: findings from a community-based randomized trial. *American journal of community psychology* 2013; 51(1-2): 264–277.
46. Flewelling RL, Hanley SM. Assessing community coalition capacity and its association with underage drinking prevention effectiveness in the context of the SPF SIG. *Prevention science* 2016; 17(7): 830–840.
47. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santiamo NML, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 7: CD007025.

48. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 8: CD007025.
49. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: Cochrane systematic review. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34(4): 758–759.
50. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9: CD009308.
51. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9: CD009307.
52. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 5: CD009113.
53. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in public health* 2012; 132(3): 128–134.
54. Gaume J, Gmel G, Faouzi M, Bertholet N, Daeppen JB. Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 2011; 35(10): 1822–1830.
55. Giannotta F, Vigna-Taglianti F, Galanti MR, Scatigna M, Faggiano F. Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2014; 54(5): 565–573.
56. Glatz T, Koning IM. The outcomes of an alcohol prevention program on parents' rule setting and self-efficacy: a bidirectional model. *Prevention science* 2016; 17(3): 377–385.
57. Gmel G, Venzin V, Marmet K, Danko G, Labhart F. A quasi-randomized group trial of a brief alcohol intervention on risky single occasion drinking among secondary school students. *International journal of public health* 2012; 57(6): 935–944.
58. Grant S, Pedersen ER, Osilla KC, Kulesza M, D'Amico EJ. Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. *Addiction* 2015; 111(9): 1521–1527.
59. Hallgren M, Andréasson S. The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effects on youth drinking. *Drug and alcohol review* 2013; 32(5): 504–511.
60. Henson JM, Pearson MR, Carey KB. Defining and characterizing differences in college alcohol intervention efficacy: a growth mixture modeling application. *Journal of consulting and clinical psychology* 2015; 83(2): 370–381.
61. Hernández-Serrano O, Griffin KW, García-Fernández JM, Orgilés M, Espada JP. Public commitment, resistance to advertising, and leisure promotion in a school-based drug abuse prevention program: a component dismantling study. *Journal of drug education* 2013; 43(4): 331–351.
62. Hongthong D, Areesantichai C. The effect of the PALMSS alcohol prevention program among high school students in a rural area of Thailand. *Journal of substance use* 2016; 21(5): 460–465.
63. Jansen SC, Haveman-Nies A, Bos-Oude Groeniger I, Izeboud C, de Rover C, van't Veer P. Effectiveness of a Dutch community-based alcohol intervention: changes in alcohol use of adolescents after 1 and 5 years. *Drug and alcohol dependence* 2016; 159: 125–132.
64. Johnston BD, Rivara FP, Driesch RM, Dunn C, Copass MK. Behavior change counseling in the emergency department to reduce injury risk: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002; 110: 267–274.
65. Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C, Hartley S, Godfrey C. Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction* 2010; 106(2): 267–282.



66. Koning IM, Lugtig P, Vollebergh WA. Differential effects of baseline drinking status: effects of an alcohol prevention program targeting students and/or parents (PAS) among weekly drinking students. *Journal of substance abuse treatment* 2014; 46(4): 522–527.
67. Koning IM, Maric M, MacKinnon D, Vollebergh WA. Effects of a combined parent-student alcohol prevention program on intermediate factors and adolescents' drinking behavior: a sequential mediation model. *Journal of consulting and clinical psychology* 2015; 83(4): 719–727.
68. Koning IM, van den Eijnden RJ, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive behaviors* 2012; 38(4): 2032–2039.
69. Koning IM, Verdurmen JE, Engels RC, van den Eijnden RJ, Vollebergh WA. Differential impact of a Dutch alcohol prevention program targeting adolescents and parents separately and simultaneously: low self-control and lenient parenting at baseline predict effectiveness. *Prevention science* 2012; 13(3): 278–287.
70. Korczak D, Steinhauser G, Dietl M. Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2011. Köln, DIMDI, Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 112.
71. Koutakis N, Stattin H, Kerr M. Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Programme. *Addiction* 2008; 33: 93–100.
72. Kypri K, Vater T, Bowe SJ, Saunders JB, Cunningham JA, Horton NJ, McCambridge J. Web-based alcohol screening and brief intervention for university students: a randomized trial. *JAMA* 2014; 311(12): 1218–1224.
73. LaBrie JW, Lewis MA, Atkins DC, Neighbors C, Zheng C, Kenney SR, Napper LE, Walter T, Kilmer JR, Hummer JF, Grossbard J, Ghaidarov TM, Desai S, Lee CM, Larimer ME. RCT of web-based personalized normative feedback for college drinking prevention: are typical student norms good enough? *Journal of consulting and clinical psychology* 2013; 81(6): 1074–1086.
74. Lammers J, Goossens F, Conrod P, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M. Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction* 2015; 110(7): 1101–1109.
75. Lindenmeyer J, Hanewinkel R. Evaluationsbericht „Lieber schlau als blau.“ Alkoholprävention für Jugendliche in Schulen. 2012.
76. Lindgren KP, Wiers RW, Teachman BA, Gasser ML, Westgate EC, Cousijn J, Enkema MC, Neighbors C. Attempted training of alcohol approach and drinking identity associations in US undergraduate drinkers: null results from two studies. *PLoS one* 2015; 10(8): e0134642.
77. Lipp A. Universal school-based prevention programmes for alcohol misuse in young people. *International journal of evidence-based healthcare* 2011; 9(4): 452–453.
78. Maio RF, Shope JT, Blow FC, Gregor MA, Zakrajsek JS, Weber JE, Nypaver MM. A randomized controlled trial of an emergency department-based interactive computer program to prevent alcohol misuse among injured adolescents. *Annals of emergency medicine* 2005; 45: 420–429.
79. Mares SHW, Lichtwarck-Aschoff A, Verdurmen J, Schulten I, Engels RCME. Home-based alcohol prevention program for parents and children: a randomized controlled trial. *Preventive medicine* 2016; 88: 224–229.
80. Mason WA, Spoth RL. Sequence of alcohol involvement from early onset to young adult alcohol abuse: differential predictors and moderation by family-focused preventive intervention. *Addiction* 2012; 107(12): 2137–2148.
81. McKay JR, Van Horn D, Oslin DW, Ivey M, Drapkin ML, Coviello DM, Yu Q, Lynch KG. Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses. *Addiction* 2011; 106(10): 1760–1769.

82. Merrill JE, Reid AE, Carey MP, Carey KB. Gender and depression moderate response to brief motivational intervention for alcohol misuse among college students. *Journal of consulting and clinical psychology* 2014; 82(6): 984–992.
83. Merz V, Baptista J, Haller DM. Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health* 2015; 69(9): 912–917.
84. Miller MB, Leavens EL, Meier E, Lombardi N, Leffingwell TR. Enhancing the efficacy of computerized feedback interventions for college alcohol misuse: an exploratory randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2016; 84(2): 122–133.
85. Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Gwaltney CJ, Spirito A, Rohsenow DJ, Woolard R. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction* 2007; 102: 1234–1243.
86. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard R, Lewander W. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology* 1999; 67: 989–994.
87. Moreira MT, Oskrochi R, Foxcroft DR. Personalised normative feedback for preventing alcohol misuse in university students: Solomon three-group randomised controlled trial. *PLoS one* 2012; 7(9): e44120.
88. Mun EY, Atkins DC, Walters ST. Is motivational interviewing effective at reducing alcohol misuse in young adults? A critical review of Foxcroft et al. (2014). *Psychology of addictive behaviors* 2015; 29(4): 836–846.
89. Neighbors C, Lee CM, Atkins DC, Lewis MA, Kaysen D, Mittmann A, Fossos N, Geisner IM, Zheng C, Larimer ME. A randomized controlled trial of event-specific prevention strategies for reducing problematic drinking associated with 21st birthday celebrations. *Journal of consulting and clinical psychology* 2012; 80(5): 850–862.
90. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, Vandermeer B, Tjosvold L, Hartling L, Wild TC. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatric emergency care* 2013; 29(5): 673–684.
91. Newton NC, Barrett EL, Swaffield L, Teesson M. Risky cognitions associated with adolescent alcohol misuse: moral disengagement, alcohol expectancies and perceived self-regulatory efficacy. *Addictive behaviors* 2014; 39(1): 165–172.
92. Newton NC, Conrod PJ, Slade T, Carragher N, Champion KE, Barrett EL, Kelly EV, Nair NK, Stapinski L, Teesson M. The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry* 2016; 57(9): 1056–1065.
93. Norström T, Pape H. Associations between adolescent heavy drinking and problem drinking in early adulthood: implications for prevention. *Journal of studies on alcohol and drugs* 2012; 73(4): 542–548.
94. Ostafin BD, Palfai TP. When wanting to change is not enough: automatic appetitive processes moderate the effects of a brief alcohol intervention in hazardous-drinking college students. *Addiction science & clinical practice* 2012; 7: 25.
95. Özdemir M, Koutakis N. Does promoting parents' negative attitudes to underage drinking reduce adolescents' drinking? The mediating process and moderators of the effects of the Örebro Prevention Programme. *Addiction* 2016; 111(2): 263–271.
96. Palfai TP, Winter M, Lu J, Rosenbloom D, Saitz R. Personalized feedback as a universal prevention approach for college drinking: a randomized trial of an e-mail linked universal web-based alcohol intervention. *The journal of primary prevention* 2014; 35(2): 75–84.



97. Paschall MJ, Antin T, Ringwalt CL, Saltz RF. Evaluation of an Internet-based alcohol misuse prevention course for college freshmen: findings of a randomized multi-campus trial. *American journal of preventive medicine* 2011; 41(3): 300–308.
98. Pengpid S, Peltzer K, Skaal L, Van der Heever H. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. *BMC public health* 2013; 13: 644.
99. Pengpid S, Peltzer K, Van der Heever H, Skaal L. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health* 2013; 10(5): 2043–2057.
100. Pettersson C, Özdemir M, Eriksson C. Effects of a parental program for preventing underage drinking - the NGO program strong and clear. *BMC public health* 2011; 11: 251.
101. Postel MG, ter Hurrne ED, de Haan HA, van der Palen J, de Jong CA. A 9-month follow-up of a 3-month web-based alcohol treatment program using intensive asynchronous therapeutic support. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2015; 41(4): 309–316.
102. Quek LH, White A, Low C, Brown J, Dalton N, Dow D, Connor JP. Good choices, great future: an applied theatre prevention program to reduce alcohol-related risky behaviours during Schoolies. *Drug and alcohol review* 2012; 31(7): 897–902.
103. Schuckit MA, Smith TL, Clausen P, Fromme K, Skidmore J, Shafir A, Kalmijn J. The low level of response to alcohol-based heavy drinking prevention program: one-year follow-up. *Journal of studies on alcohol* 2016; 77(1): 25–37.
104. Segatto ML, Andreoni S, de Souza e Silva R, Diehl A, Pinsky I. Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol-related problems: a randomized single-blind clinical trial. *Revista brasileira de psiquiatria* 2011; 33: 225–233.
105. Shakeshaft A, Doran C, Petrie D, Breen C, Havard A, Abudeen A, Harwood E, Clifford A, D'Este C, Gilmour S, Sanson-Fisher R. The effectiveness of community action in reducing risky alcohol consumption and harm: a cluster randomised controlled trial. *PLoS medicine* 2014; 11(3): e1001617.
106. Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE, Volmink J, Kredo T, Jere M, Parry CD. Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 11: CD010704.
107. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, Barros HM. Efficacy of the telephone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria* 2013; 35(3): 254–261.
108. Smith AJ, Hodgson RJ, Bridgeman K, Shepherd JP. A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol related facial injury. *Addiction* 2003; 98: 43–52.
109. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, Colby SM, Sindelar H, Rohsenow DJ, Lewander W, Myers M. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The journal of pediatrics* 2004; 145: 396–402.
110. Spirito A, Sindelar-Manning H, Colby S, Barnett NP, Lewander W, Rohsenow DJ, Monti PM. Individual and family-motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2011; 165: 269–274.
111. Spoth R, Trudeau L, Redmond C, Shin C. Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. *Journal of consulting and clinical psychology* 2014; 82(6): 949–963.

112. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, Patton G, Degenhardt L. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(N3): 280–296.
113. Suchert V, Hanewinkel R, Morgenstern M. Wahrgenommene Verfügbarkeit und Alkoholkonsum Jugendlicher im Längsschnitt. *Sucht* 2014; 60(5): 279–287.
114. Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB. A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: a randomized clinical trial. *Annals of emergency medicine* 2014; 64(6): 664–672.e4.
115. Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and alcohol dependence* 2004; 74: 289–296.
116. Teeters JB, Borsari B, Martens MP, Murphy JG. Brief motivational interventions are associated with reductions in alcohol-impaired driving among college drinkers. *Journal of studies on alcohol and drugs* 2015; 76(5): 700–709.
117. Tomczyk S, Isensee B, Hanewinkel R. Moderation, mediation – or even both? School climate and the association between peer and adolescent alcohol use. *Addictive behaviors* 2015; 51: 120–126.
118. Toumbourou JW, Gregg ME, Shortt AL, Hutchinson DM, Slaviero TM. Reduction of adolescent alcohol use through family-school intervention: a randomized trial. *Journal of Adolescent Health* 2013; 53(6): 778–784.
119. Voogt CV, Kleinjan M, Poelen EA, Lemmers LA, Engels RC. The effectiveness of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among adolescents aged 15-20 years with a low educational background: a two-arm parallel group cluster randomized controlled trial. *BMC public health* 2013; 13: 694.
120. Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Engels RC. The effect of the ‚What Do You Drink‘ web-based brief alcohol intervention on self-efficacy to better understand changes in alcohol use over time: randomized controlled trial using ecological momentary assessment. *Drug and alcohol dependence* 2014; 138: 89–97.
121. Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Poelen E, Engels R. Using ecological momentary assessment to test the effectiveness of a web-based brief alcohol intervention over time among heavy-drinking students: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research* 2014; 16(1): e5.
122. Voogt CV, Kuntsche E, Kleinjan M, Poelen EAP, Lemmers LACJ, Engels RCME. Using ecological momentary assessment in testing the effectiveness of an alcohol intervention: a two-arm parallel group randomized controlled trial. *PLoS one* 2013; 8(11): e78436.
123. Voogt CV, Poelen EA, Kleinjan M, Lemmers LA, Engels RC. The effectiveness of the ‚what do you drink‘ web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among students: a two-arm parallel group randomized controlled trial. *Alcohol and alcoholism* 2013; 48(3): 312–321.
124. Walton MA, Chermack ST, Blow FC, Ehrlich PF, Barry KL, Booth BM, Cunningham RM. Components of brief alcohol interventions for youth in the emergency department. *Substance abuse* 2015; 36(3): 339–349.
125. Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC, Cunningham RM. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010; 304: 527–535.
126. Wodarski JS, Macmaster S, Miller NK. The use of computer technology to reduce and prevent college drinking. *Social work in public health* 2012; 27(3): 270–282.

127. Wolfson M, Champion H, McCoy TP, Rhodes SD, Ip EH, Blocker JN, Martin BA, Wagoner KG, O'Brien MC, Sutfin EL, Mitra A, Durant RH. Impact of a randomized campus/community trial to prevent high-risk drinking among college students. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2012; 36(10): 1767–1678.
128. Xuan Z, Blanchette JG, Nelson TF, Nguyen TH, Hadland SE, Oussayef NL, Heeren TC, Naimi TS. Youth drinking in the United States: relationships with alcohol policies and adult drinking. *Pediatrics* 2015; 136(1): 18–27.
129. Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM, von Sternberg K, Maxon T, Garcia N. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012; 130(1): 115–122.

## 9 Anhang

### 9.1 Suchbegriffe

Tabelle 80: Suchbegriffe

<b>A (Alkohol)</b>	<b>B (Prävention)</b>	<b>C (Behandlung)</b>
CT Alcohol Abuse CT Alcohol Misuse CT Alcohol Dependency CT Binge Drinking Alcohol Abuse Alcohol Misuse Binge Drinking or hazardous drinking or harmful drinking or At-risk drinking	CT Prevention CT Prophylaxis CT Protection Prevention Drinking Prevention Prophylaxis Protection Community-based prevention School-based prevention	CT Treatment CT Therapy CT Psychotherapy CT Social therapy Treatment Therapy Psychotherapy Social therapy or family therapy or Functional Family Therapy (FFT) Purdue Brief Family Therapy (PBFT) Behaviour therapy or cognitive behavioural therapy Systemic therapy Brief strategic family therapy (BSFT) Structural Ecosystems Therapy (SET) Multisystemic therapy (MST) Ecologically Based Family Therapy (EBFT) Multidimensional Family Therapy (MFT)
CT Alkoholmissbrauch CT Alkoholabusus CT Alkoholabhängigkeit CT Rauschtrinken CT Jugendalkoholismus CT Trinksucht Alkoholmissbrauch Alkoholabusus Alkoholabhängigkeit or akute Intoxikation Alkoholvergiftung Rauschtrinken or exzessives Trinken or Komatrinken or Koma-Saufen Jugendalkoholismus Problematischer Alkoholkonsum or riskanter Alkoholkonsum Riskante Alkoholkonsummuster Alkoholbezogene Probleme	CT Prävention CT Prophylaxe CT Schutz Prävention Prophylaxe Schutz oder Verhinderung oder Vorbeugung Verhaltensprävention Verhältnisprävention Schule Gemeindenahe Prävention orsektorübergreifende Prävention Universelle or selektive or indizierte Prävention	CT Behandlung CT Therapie CT Psychotherapie CT Sozialtherapie Behandlung Therapie Einzeltherapie or Gruppentherapie Psychotherapie Sozialtherapie or Familientherapie Verhaltenbezogene Maßnahmen or Verhaltensstörung Verhaltenstherapie Soziale Betreuung Motivierungsprogramm Systemische Therapie or systemische Familientherapie Systemische Einzeltherapie or systemische Paartherapie or systemische Gruppentherapie Systemische Multi-Familien-Gruppen-Therapie Kognitive Verhaltenstherapie or KVT-Gruppentherapie Mailänder Modell Brügge-Modell

<b>D (Kinder, Jugendliche und Junge Erwachsene)</b>	<b>E (Kosteneffektivität)</b>	<b>F (Ethik)</b>
CT Child CT Children CT Adolescent CT Adolescence CT Juvenile CT Teen# CT Teenage# Youngster Young adult Child or Children or infant or girl or boy Teen# or teenage# Early Adulthood Pre-Teen Underage Youth kids	CT Economics CT Socioeconomics CT Economic aspect CT Medical economics CT Health economics CT Cost CT Efficienc# CT Benefit Economics or costs Efficienc# Effectiveness Economic evaluation	CT Ethics Ethic
CT Kind# CT Jugendliche# CT Halbwüchsige# CT Heranwachsende# CT Junge# Erwachsene# Kind# or Junge or Mädchen Jugend# Halbwüchsige# or Heranwachsende# or junge Erwachsene#	CT Ökonomie CT Kosten CT Effizienz CT Nutzen Kosten or Ökonomie or Effizienz or Effektivität	CT Ethik Ethik Ethische Aspekte

<b>G (Recht)</b>	<b>H (Soziales)</b>
CT Law Law	CT Social aspects Aggressiveness
CT Gesetz CT Juristisch Recht or Gesetz or juristisch JuristischeAspekte	CT SozialeAspekte Soziales Umfeld or Soziale Kompetenz Aggressionspotential Ressourcen or Ressourcenrealisierung or Ressourcenpotential Steuererhöhung# or Alkoholbesteuerung or Sondersteuer or Alkoholsteuer

## 9.2 Rechercheergebnisse

**Tabelle 81:** Rechercheergebnisse

	<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
C=	1	45418748	ME10; BA10; CDAR94; CDSR93; CCTR93; DAHTA; EM10; ED93; AZ72; GA03; NHSEED; PI67; PY81; IS10; II10
S=	2	78	CT=ALCOHOL MISUSE
	3	5756	CT=BINGE DRINKING
	4	3855	ABUSE # ALCOHOL
	5	6284	ALCOHOL MISUSE
	6	940	MISUSE # ALCOHOL
	7	7416	PROBLEM # DRINK###
	8	1302	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL INTAKE
	9	664	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL DRINKING
	10	5558	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL CONSUMPTION
	11	3810	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL USE
	12	22	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL MISUSE
	13	54	(HAZARDOUS OR RISKY OR EXCESSIVE OR HARMFUL) ALCOHOL ABUSE
	14	15722	BINGE DRINKING
	15	2894	HAZARDOUS DRINKING
	16	1105	HARMFUL DRINKING
	17	922	AT-RISK DRINKING
	18	2841	COLLEGE # DRINK###
	19	95	CAMPUS # DRINK###
	20	299	SCHOOL # DRINK###
	21	158	HIGH SCHOOL # DRINK###
	22	298	TEEN### # DRINK###
	23	2722	ADOLESCEN### # DRINK###
	24	1968	UNDERAGE # DRINK###
	25	215	UNDERAGE ALCOHOL (USE OR INTAKE OR CONSUMPTION OR DRINK###)
	26	70	CHILD##### ALCOHOL (USE OR INTAKE OR CONSUMPTION OR DRINK###)
	27	9	TEEN### ALCOHOLISM
	28	27383	CT=ALKOHOLMI##BRAUCH OR CTG=ALKOHOLMI##BRAUCH
	29	0	CT=ALKOHOLABH##NGIGKEIT OR CTG=ALKOHOLABH##NGIGKEIT
	30	859	CT=RAUSCHTRINKEN OR CTG=RAUSCHTRINKEN
	31	0	CT=JUGENDALKOHOLISMUS OR CTG=JUGENDALKOHOLISMUS
	32	0	CT=TR#NKSUCHT OR CTG=TR#NKSUCHT
	33	1446	ALKOHOLMI##BRAUCH
	34	973	ALKOHOLABH##NGIGKEIT
	35	82	ALKOHOLABUSUS
	36	5	AKUTE ALKOHOLINTOXIKATION

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
37	29	AKUTE ALKOHOLVERGIFTUNG?
38	1995	ALKOHOLVERGIFTUNG?
39	64	ALKOHOLINTOXIKATION
40	916	RAUSCHTRINKEN
41	10	KOMASAUFEN OR KOMA-SAUFEN OR KOMA#S##UFE#
42	1	KOMATRINKE# OR KOMA-TRINKE# OR KOMA#TRINKE#
43	1	KAMPFTRINKE# OR KAMPF-TRINKE#
44	12	EXZESSIVE# TRINKE#
45	16	JUGENDALKOHOLISMUS OR JUGEND#ALKOHOLISMUS OR JUGEND-ALKOHOLISMUS
46	68	PROBLEMATISCHE# ALKOHOLKONSUM?
47	98	RISKANTE# ALKOHOLKONSUM?
48	31	ALKOHOLBEZOGENE# PROBLEM?
49	70660	2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30
50	5213	31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48
51	73203	49 OR 50
52	1072586	CT=CHILD
53	1091996	CT=CHILDREN
54	35762	CT=CHILDHOOD
55	1210143	CT=ADOLESCENT
56	567623	CT=ADOLESCENCE
57	16933	CT=JUVENILE
58	507511	CT=TEEN#
59	985675	CT=TEENAGE#
60	663401	CT=YOUNG ADULT#
61	835	YOUNGSTER#/TI
62	1072515	(CHILD### OR BOY# OR GIRL#)/TI
63	14228	TEEN####/TI
64	16943	YOUNG PEOPLE/TI
65	56949	YOUNG ADULT#/TI
66	2600	EARLY ADULTHOOD/TI
67	81	PRE-TEEN#/TI
68	1127	UNDERAGE/TI
69	72735	YOUTH#/TI
70	5640	KIDS/TI
71	289713	CT=KIND## OR CTG=KIND##
72	412962	CT=JUGENDLICHER OR CTG=JUGENDLICHER
73	0	CT=HALBW##CHSIGE# OR CTG=HALBW##CHSIGE#
74	412962	CT=HERANWACHSENDE# OR CTG=HERANWACHSENDE#

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
75	0	CT=JUGENDLICHE# ERWACHSENE# OR CTG=JUGENDLICHE# ERWACHSENE#
76	27172	(KIND## OR JUNGS OR KNABE# OR M##DCHEN)/TI
77	11785	(JUGEND OR JUGENDLICHE#)/TI
78	306	(HALBW##CHSIGE# OR HERANWACHSENDE# OR JUNGE ERWACHSENE#)/TI
79	3027431	52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70 OR 71 OR 72 OR 73 OR 74 OR 75 OR 76 OR 77 OR 78
80	16109	51 AND 79
81	243025	PR##VENTION/TI
82	2358	DRINKING PREVENTION?
83	55	UNDERAGE # DRINKING PREVENTION?
84	0	TEEN### # DRINKING PREVENTION?
85	429	(PREVENTION AND ALCOHOL MISUSE)/SAME SENT
86	731	(PREVENTION AND ALCOHOL DEPENDEN###)/SAME SENT
87	17	((PRÄVENTION OR PRAEVENTION) AND ALKOHOLMI##BRAUCH)/SAME SENT
88	16	((PRÄVENTION OR PRAEVENTION) AND ALKOHOLABH##NGIGKEIT)/SAME SENT
89	813	COMMUNITY-BASED PREVENTION?
90	1428	SCHOOL-BASED PREVENTION?
91	33397	CT=PRÄVENTION OR CTG=PRÄVENTION
92	33397	CT=PRAEVENTION OR CTG=PRAEVENTION
93	0	CT=PROPHYLAXE OR CTG=PROPHYLAXE
94	0	CT=SCHUTZ OR CTG=SCHUTZ
95	3773	SCHUTZ OR VERHINDERUNG## OR VORBEUGUNG##
96	76	VERHALTENSPR##VENTION
97	94	VERH##LTNISPR##VENTION
98	28876	SCHULE#
99	7	GEMEINDENAHE PR##VENTION
100	2	SEKTOR#####BERGREIFENDE# PR##VENTION?
101	8	SELEKTIVE PR##VENTION?
102	94	INDIZIERTE# PR##VENTION?
103	297563	81 OR 82 OR 83 OR 84 OR 85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89 OR 90 OR 91 OR 92 OR 93 OR 94 OR 95 OR 96 OR 97 OR 98 OR 99 OR 100 OR 101 OR 102
104	1350	80 AND 103
105	1308	104 AND LA=(ENGL OR GERM)
106	967	105 AND PY> =2010
107	690	check duplicates: unique in s=106
108	492	107 AND (ALCOHOL? OR PREVENTION?)/TI
109	2	107 AND CT D TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL
110	0	107 AND CT D BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT



<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
111	0	107 AND CT=EVALUATION STUDIES AND CT D TECHNOLOGY
112	0	107 AND HEALTH CARE, TECHNOLOGY ASSESS?
113	3	107 AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESS?
114	0	107 AND HEALTH CARE TECHNOLOGY EVALUAT?
115	0	107 AND HEALTH TECHNOLOGY EVALUAT?
116	3	107 AND BIOMEDICAL, TECHNOLOGY ASSESS?
117	3	107 AND HTA
118	0	107 AND MEDICAL, TECHNOLOGY ASSESS?
119	3	107 AND TECHNOLOGY, ASSESS? ? BIOMEDICAL?
120	0	107 AND TECHNOLOGI?, BEWERT?
121	0	107 AND TECHNOLOGI?, BEURTEIL?
122	2	107 AND EVALUATION#, MEDICAL?
123	0	107 AND EVALUATION#, HEALTH CARE
124	0	107 AND EVALUATION#, BIOMEDICAL?
125	3	109 OR 110 OR 111 OR 112 OR 113 OR 114 OR 115 OR 116 OR 117 OR 118 OR 119 OR 120 OR 121 OR 122 OR 123 OR 124
126	0	107 AND CT=REVIEW LITERATURE
127	0	107 AND CT=SYSTEMATIC REVIEW
129	43	107 AND DT=REVIEW LITERATURE
130	0	107 AND REVIEW, ACADEMIC
131	27	107 AND REVIEW#/TI
132	3	107 AND REVIEW LITERATURE
133	0	107 AND REVIEW ACADEMIC
134	0	107 AND REVIEW SYSTEMATIC
135	12	107 AND LITERATURE REVIEW
136	22	107 AND SYSTEMATIC REVIEW
137	2	107 AND ACADEMIC REVIEW
138	2	107 AND ÜBERSICHTSARBEIT##
139	2	107 AND U#BERSICHTSARBEIT##
140	66	129 OR 130 OR 131 OR 132 OR 133 OR 134 OR 135 OR 136 OR 137 OR 138 OR 139
141	0	107 AND CT=META ANALYSIS
142	0	107 AND CT=META-ANALYSIS
143	17	107 AND (METAANALY? OR META-ANALY? OR META ANALY? OR META#ANALY?)
144	9	107 AND DT=META-ANALYSIS
145	17	141 OR 142 OR 143 OR 144
146	68	140 OR 145
147	148	107 AND DT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
148	5	107 AND CT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
149	3	107 AND CTG=RANDOMISIERUNG
150	2	107 AND CT=ALLOCATION, RANDOM

Nr.	Hits	Suchformulierung
151	0	107 AND CT=SINGLE BLIND PROCEDERE
152	6	107 AND SINGLE BLIND METHOD
153	5	107 AND CT=SINGLE BLIND METHOD
154	1	107 AND CT=DOUBLE BLIND PROCEDURE
155	8	107 AND CT=DOUBLE BLIND METHOD
156	9	107 AND DOUBLE BLIND METHOD
157	4	107 AND CT=PLACEBO?
158	2	107 AND CT=CROSS-OVER STUDIES
159	0	107 AND CT=CROSSOVER PROCEDURE
160	18	107 AND RCT
161	205	107 AND (RANDOMISED? ? CONTROLLED? ? TRIAL? OR RANDOMISED? ? CONTROLLED? ? STUD?)
162	24	107 AND (RANDOMISED? ? CLINICAL? ? TRIAL? OR RANDOMISED? ? CLINICAL? ? STUD?)
163	214	107 AND (RANDOMISED? ? TRIAL? OR RANDOMISED? ? STUD?)
164	23	107 AND (RANDOMISIERT? ? STUDIE? OR RANDOMISIERT? ? VERSUCH?)
165	30	107 AND (RANDOM? ? ALLOCAT? OR ALLOCAT? ? RANDOM?)
166	6	107 AND (SINGLE#BLIND? OR SINGLE BLIND?)
167	12	107 AND (DOUBLE#BLIND? OR DOUBLE BLIND?)
168	0	107 AND (TRIPLE#BLIND? OR TRIPLE BLIND?)
169	1	107 AND ZUFALL?
170	3	107 AND (CROSS#OVER? OR CROSS OVER?)
171	0	107 AND (U#BERKREUZ? OR ÜBERKREUZ?)
172	9	107 AND PLA%EBO?
173	1	107 AND MASK?
174	221	147 OR 148 OR 149 OR 150 OR 151 OR 152 OR 153 OR 154 OR 155 OR 156 OR 157 OR 158 OR 159 OR 160 OR 161 OR 162 OR 163 OR 164 OR 165 OR 167 OR 168 OR 169 OR 170 OR 171 OR 172 OR 173
175	3	107 AND (DT=CCT OR DT=CLINICAL TRIAL)
176	25	107 AND (CONTROLLED? ? CLINICAL? ? TRIAL? OR CONTROLLED? ?CLINICAL? ? STUD?)
177	2	107 AND (KONTROLLIERT? ? KLINISCH? ? STUDIE? OR KONTROLLIERT? ?KLINISCH? ? VERSUCH?)
178	220	107 AND (CONTROLLED? ? TRIAL? OR CONTROLLED? ? STUD?)
179	223	175 OR 176 OR 177 OR 178
180	13	107 AND CTG=PROSPEKTIVE STUDIEN
181	18	107 AND PROSPE#TIVE (STUD? OR TRIAL?)
182	18	180 OR 181
183	237	174 OR 179
184	234	174 OR 182
185	234	179 OR 182
186	248	174 OR 179 OR 182

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
187	0	107 AND CT=(STUDY OR STUDIES)
188	5	107 AND DT=VALIDATION STUDIES
189	0	107 AND DT=REPORT
190	3	107 AND DT=CLINICAL TRIAL
191	9	107 AND DT=EVALUATION STUDIES
192	0	107 AND DT=(RESEARCH ARTICLE OR RESEARC-ARTICLE)
193	31	107 AND DT=MULTICENTER STUDY
194	0	107 AND DT=TECHNICAL REPORT
195	530	107 AND (STUDY OR STUDIE?)
196	229	107 AND (TRIAL? OR VERSUCH?)
197	263	107 AND REPORT?
198	3	107 AND RESEARCH ARTICLE?
199	2	107 AND TECHNICAL REPORT?
200	587	187 OR 188 OR 189 OR 190 OR 191 OR 192 OR 193 OR 194 OR 195 OR 196 OR 197 OR 198 OR 199
201	605	125 OR 146 OR 186 OR 200
202	18	107 AND CT D ECONOMICS
203	18	107 AND CTG D ÖKONOMIE
204	16	107 AND CTG D OEKONOMIE
205	1	107 AND CT D SOCIOECONOMICS
206	5	107 AND CT D MODELS, ECONOMIC
207	3	107 AND CT D ECONOMIC MODEL#
208	2	107 AND ECONOMIC ASPECT#
209	6	107 AND ECONOMIC EVALUATION#
210	3	107 AND CT D ECONOMICS, MEDICAL
211	1	107 AND CT D HEALTH ECONOMICS
212	19	107 AND CT D COST?
213	17	107 AND CTG D KOSTEN?
214	6	107 AND CT D EFFICIENCY?
215	15	107 AND CT D COST ANALYSIS
216	57	107 AND (ECONOMI? OR OEKONOMI? OR ÖKONOMI?)
217	2	107 AND (GESUNDHEITSO#KONOMI? OR GESUNDHEITSÖKONOMI?)
218	4	107 AND EFFICIENC?
219	0	107 AND HEALTH CARE FINANCING?
220	0	107 AND (COST? ? UTILIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
221	15	107 AND (COST? ? BENEFIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
222	3	107 AND (COST? ? EFFICIENC? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
223	14	107 AND (COST? ? EFFECTIVENESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
224	16	107 AND (COST? ? CONTROL? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))

Nr.	Hits	Suchformulierung
225	0	107 AND (COST? ? MINIMI%ATION? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
226	3	107 AND (COST? ? ILLNESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
227	16	107 AND (COST? ? ANALYS? AND (STUD? OR TRIAL?))
228	11	107 AND (KOSTEN? ? NUTZEN? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
229	0	107 AND (KOSTEN? ? NUTZWERT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
230	2	107 AND (KOSTEN? ? WIRKSAMKEIT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
231	2	107 AND (KOSTEN? ? EFFEKTIVIT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
232	2	107 AND (KOSTEN? ? EFFIZIENZ? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
233	4	107 AND (KOSTEN? ? ANALYSE?) AND STUDIE?
234	69	202 OR 203 OR 204 OR 205 OR 206 OR 207 OR 208 OR 209 OR 210 OR 211 OR 212 OR 213 OR 214 OR 215 OR 216 OR 217 OR 218 OR 219 OR 220 OR 221 OR 222 OR 223 OR 224 OR 225 OR 226 OR 227 OR 228 OR 229 OR 230 OR 231 OR 232 OR 233
235	0	107 AND CT=PHARMACOECONOMICS
236	0	107 AND (PHARMACO#ECONOMI? OR PHARMAKOO#KONOMI? OR PHARMAKOÖKONOMI?)
237	69	234 OR 235 OR 236
238	3	107 AND CT D ETHICS
239	2	107 AND CT D MORAL#
240	1	107 AND CT D INFORMED CONSENT
241	2	107 AND CT=MORALITY
242	0	107 AND CT=SOCIAL JUSTICE
243	8	107 AND ACCESSIBILITY
244	0	107 AND HEALTH CARE ACCESSIBILITY
245	0	107 AND CT=HEALTH CARE ACCESS
246	0	107 AND CT=ETHICAL ASPECT?
247	2	107 AND ETHICAL ASPECT#
248	1	107 AND CT=FREEDOM
249	0	107 AND ALTRUISM
250	1	107 AND CT=HUMAN RIGHTS
251	9	107 AND ETHIC?
252	0	107 AND BIOETHI?
253	0	107 AND PATIENT# RIGHT#
254	14	107 AND CONSUMER?
255	12	107 AND JUSTICE
256	0	107 AND GERECHTIGKEIT?
257	2	107 AND (CT=ETHIK OR CTG=ETHIK)
258	2	107 AND MORAL?
259	0	107 AND (AUTONOMY OR AUTONOMIE)
260	0	107 AND BENEFICIENC?
261	2	107 AND ETHIK?

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
262	1	107 AND ETHISCH##
263	0	107 AND ETHISCHE# ASPEKT#
264	1	107 AND MENSCHENRECHT?
265	39	107 AND RECHTSPRECHUNG?
266	3	107 AND JURISDICTION?
267	42	107 AND LEGAL?
268	30	107 AND LAW#
269	0	107 AND SCHADEN#VERMEIDUNG?
270	0	107 AND NON-MALEFICIENC?
271	0	107 AND VERH##LTNISM####GKEIT?
272	0	107 AND PRIMUM-NON-NOCERE
273	3	107 AND LEBENSQUALIT##T?
274	7	107 AND QUALITY-OF-LIFE?
275	122	238 OR 239 OR 240 OR 241 OR 242 OR 243 OR 244 OR 245 OR 246 OR 247 OR 248 OR 249 OR 250 OR 251 OR 252 OR 253 OR 254 OR 255 OR 256 OR 257 OR 258 OR 259 OR 260 OR 261 OR 262 OR 263 OR 264 OR 265 OR 266 OR 267 OR 268 OR 269 OR 270 OR 271 OR 272 OR 273 OR 274
276	2	107 AND CT=SOCIAL ASPECT#
277	0	107 AND (CT=SOZIALE ASPEKTE OR CTG=SOZIALE ASPEKTE)
278	4	107 AND SOCIAL ASPECT?
279	1	107 AND SOZIALE# ASPEKT?
280	3	107 AND SOCIAL COMPETENCE?
281	1	107 AND SOZIALE# KOMPETEN?
282	28	107 AND SOZIALES UMFELD
283	2	107 AND AGGRESSIVENESS?
284	6	107 AND AGGRESSIV?
285	1	107 AND AGGRESSIONSPOTENTIAL?
286	40	276 OR 277 OR 278 OR 279 OR 280 OR 281 OR 282 OR 283 OR 284 OR 285
287	631	201 OR 237 OR 275 OR 286
288	59	107 NOT 287
289	460	287 AND (ALCOHOL? OR PREVENT?)/TI
290	5225	CT=TREATMENT AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#)
291	15339	CT=THERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#)
292	3397	CT=PSYCHOTHERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#)
293	575	CT=SOCIAL THERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#)
294	27489	(THERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#))/SAME SENT
295	1633	(PSYCHOTHERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#))/SAME SENT
296	18	(SOCIAL THERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#))/SAME SENT
297	374	(FAMILY THERAPY AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#))/SAME SENT

Nr.	Hits	Suchformulierung
298	73710	(TREATMENT AND (ALCOHOL? OR DRINKING OR DRINKER#))/SAME SENT
299	3018	(INTERVENTION OR TREATMENT OR THERAPY) AND ALCOHOL MISUSE/ SAME SENT
300	22801	(INTERVENTION OR TREATMENT OR THERAPY) AND ALCOHOL DEPENDEN###/SAME SENT
301	248	FUNCTIONAL FAMILY THERAPY
302	4	PURDUE BRIEF FAMILY THERAPY
303	160	BRIEF STRATEGIC FAMILY THERAPY
304	49	STRUCTURAL ECOSYSTEM### THERAPY
305	837	MULTISYSTEMIC THERAPY
306	28	ECOLOGICAL## BASED FAMILY THERAPY
307	287	MULTIDIMENSIONAL## FAMILY THERAPY
308	0	(CT=BEHANDLUNG OR CTG=BEHANDLUNG) AND ALKOHOL?
309	662	(CT=PSYCHOTHERAPIE OR CTG=PSYCHOTHERAPIE) AND ALKOHOL?
310	662	(CT=THERAPIE OR CTG=THERAPIE) AND ALKOHOL?
311	73	(CT=SOZIALTHERAPIE OR CTG=SOZIALTHERAPIE) AND ALKOHOL?
312	240	(CT=FAMILIENTHERAPIE OR CTG=FAMILIENTHERAPIE) AND ALKOHOL?
313	952	(BEHANDLUNG AND (ALKOHOL? OR TRINK?))/SAME SENT
314	2510	(THERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?))/SAME SENT
315	135	(PSYCHOTHERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?))/SAME SENT
316	2	(SOZIALTHERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?))/SAME SENT
317	23	(FAMILIENTHERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?))/SAME SENT
318	56	EINZELTHERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?)/SAME SENT
319	150	GRUPPENTHERAPIE AND (ALKOHOL? OR TRINK?)/SAME SENT
320	532	(INTERVENTION OR BEHANDLUNG OR THERAPIE) AND ALKOHOLMI##BRAUCH/SAME SENT
321	0	(INTERVENTION OR BEHANDLUNG OR THERAPIE) AND ALKOHOLABH##NGIGKEIT/SAME SENT
322	10	VERHALTENSBEZOGENE# MA##NAHME?
323	441	VERHALTENSST##RUNG? AND (ALKOHOL? OR TRINK?)
324	715	VERHALTENSTHERAPIE? AND (ALKOHOL? OR TRINK?)
325	47	SOZIALE# BETREUUNG?
326	10	MOTIVIERUNGSPROGRAMM?
327	27	SYSTEMISCHE# EINZELTHERAPIE?
328	53	SYSTEMISCHE# PAARTHERAPIE?
329	15	SYSTEMISCHE# GRUPPENTHERAPIE?
330	36	KOGNITIVE# VERHALTENSTHERAPE?
331	0	KVT-GRUPPENTHERAPIE?
332	26	MAIL##NDER MODELL?
333	15	BR##GE# MODELL?

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
334	115679	290 OR 291 OR 292 OR 293 OR 294 OR 295 OR 296 OR 297 OR 298 OR 299 OR 300 OR 301 OR 302 OR 303 OR 304 OR 305 OR 306 OR 307 OR 308 OR 309 OR 310 OR 311
335	5088	312 OR 313 OR 314 OR 315 OR 316 OR 317 OR 318 OR 319 OR 320 OR 321 OR 322 OR 323 OR 324 OR 325 OR 326 OR 327 OR 328 OR 329 OR 330 OR 331 OR 332 OR 333
336	117238	334 OR 335
337	2655	336 AND 80
338	2008	337 AND PY> =2010
339	1492	check duplicates: unique in s=338
340	1451	339 AND LA=(ENGL OR GERM)
341	1033	340 AND (ALCOHOL? OR THERAP? OR TREAT?)/TI
342	2	340 AND CT D TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL
343	0	340 AND CT D BIOMEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT
344	0	340 AND CT=EVALUATION STUDIES AND CT D TECHNOLOGY
345	0	340 AND HEALTH CARE, TECHNOLOGY ASSESS?
346	3	340 AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESS?
347	0	340 AND HEALTH CARE TECHNOLOGY EVALUAT?
348	0	340 AND HEALTH TECHNOLOGY EVALUAT?
349	3	340 AND BIOMEDICAL, TECHNOLOGY ASSESS?
350	3	340 AND HTA
351	0	340 AND MEDICAL, TECHNOLOGY ASSESS?
352	3	340 AND TECHNOLOGY, ASSESS? ? BIOMEDICAL?
353	0	340 AND TECHNOLOGI?, BEWERT?
354	0	340 AND TECHNOLOGI?, BEURTEIL?
355	2	340 AND EVALUATION#, MEDICAL?
356	0	340 AND EVALUATION#, HEALTH CARE
357	0	340 AND EVALUATION#, BIOMEDICAL?
358	3	342 OR 343 OR 345 OR 346 OR 347 OR 348 OR 349 OR 350 OR 351 OR 352 OR 353 OR 354 OR 355 OR 356 OR 357
359	0	340 AND CT=REVIEW LITERATURE
360	1	340 AND CT=SYSTEMATIC REVIEW
361	44	340 AND DT=REVIEW LITERATURE
362	2	340 AND REVIEW, ACADEMIC
363	38	340 AND REVIEW#/TI
364	3	340 AND REVIEW LITERATURE
365	0	340 AND REVIEW ACADEMIC
366	0	340 AND REVIEW SYSTEMATIC
367	22	340 AND LITERATURE REVIEW
368	32	340 AND SYSTEMATIC REVIEW
369	2	340 AND ACADEMIC REVIEW
370	1	340 AND ÜBERSICHTSARBEIT##

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
371	1	340 AND U#BERSICHTSARBEIT##
372	82	359 OR 360 OR 361 OR 362 OR 363 OR 364 OR 365 OR 366 OR 367 OR 368 OR 369 OR 370 OR 371
373	2	340 AND CT=META#ANALYSIS
374	28	340 AND (METAANALY? OR META-ANALY? OR META ANALY? OR META#ANALY?)
375	9	340 AND DT=META-ANALYSIS
376	28	373 OR 374 OR 375
377	90	372 OR 376
378	230	340 AND DT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
379	20	340 AND CT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
380	2	340 AND CTG=RANDOMISIERUNG
381	3	340 AND ALLOCATION, RANDOM
382	0	340 AND CT=SINGLE BLIND PROCEDERE
383	15	340 AND SINGLE BLIND METHOD
384	14	340 AND CT=SINGLE BLIND METHOD
385	3	340 AND CT=DOUBLE BLIND PROCEDURE
386	44	340 AND CT=DOUBLE BLIND METHOD
387	45	340 AND DOUBLE BLIND METHOD
388	16	340 AND CT=PLACEBO?
389	9	340 AND CT=CROSS-OVER STUDIES
390	0	340 AND CT=CROSSOVER PROCEDURE
391	23	340 AND RCT
392	320	340 AND (RANDOMI%ED? ? CONTROLLED? ? TRIAL? OR RANDOMI%ED? ? CONTROLLED? STUD?)
393	65	340 AND (RANDOMI%ED? ? CLINICAL? ? TRIAL? OR RANDOMI%ED? ? CLINI-CAL? STUD?)
394	338	340 AND (RANDOMI%ED? ? TRIAL? OR RANDOMI%ED? ? STUD?)
395	15	340 AND (RANDOMISIERT? ? STUDIE? OR RANDOMISIERT? ? VERSUCH?)
396	35	340 AND (RANDOM? ? ALLOCAT? OR ALLOCAT? ? RANDOM?)
397	17	340 AND (SINGLE#BLIND? OR SINGLE BLIND?)
398	56	340 AND (DOUBLE#BLIND? OR DOUBLE BLIND?)
399	0	340 AND (TRIPLE#BLIND? OR TRIPLE BLIND?)
400	1	340 AND ZUFALL?
401	13	340 AND (CROSS#OVER? OR CROSS OVER?)
402	0	340 AND (U#BERKREUZ? OR ÜBERKREUZ?)
403	73	340 AND PLA%EBO?
404	4	340 AND MASK?
405	360	378 OR 379 OR 380 OR 381 OR 382 OR 383 OR 384 OR 385 OR 386 OR 387 OR 388 OR 389 OR 390 OR 391 OR 392 OR 393 OR 394 OR 395 OR 396 OR 397 OR 398 OR 399 OR 400 OR 401 OR 402 OR 403 OR 404
406	16	340 AND (DT=CCT OR DT=CLINICAL TRIAL)



<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
407	69	340 AND (CONTROLLED? ? CLINICAL? ? TRIAL? OR CONTROLLED? ?CLINICAL? ? STUD?)
408	2	340 AND (KONTROLLIERT? ? KLINISCH? ? STUDIE? OR KONTROLLIERT? ?KLINISCH? ? VERSUCH?)
409	362	340 AND (CONTROLLED? ? TRIAL? OR CONTROLLED? ? STUD?)
410	376	406 OR 407 OR 408 OR 409
411	36	340 AND CTG=PROSPEKTIVE STUDIEN
412	46	340 AND PROSPE#TIVE (STUD? OR TRIAL?)
413	46	411 OR 412
414	405	405 OR 410
415	8	405 AND 413
416	10	410 AND 413
417	405	414 OR 415 OR 416
418	0	340 AND CT=(STUDY OR STUDIES)
419	5	340 AND DT=VALIDATION STUDIES
420	0	340 AND DT=REPORT
421	101	340 AND CLINICAL TRIAL
422	16	340 AND DT=CLINICAL TRIAL
423	9	340 AND DT=EVALUATION STUDIES
424	0	340 AND DT=(RESEARCH ARTICLE OR RESEARCH-ARTICLE)
425	45	340 AND DT=MULTICENTER STUDY
426	0	340 AND DT=TECHNICAL REPORT
427	1191	340 AND (STUDY OR STUDIE?)
428	409	340 AND (TRIAL? OR VERSUCH?)
429	559	340 AND REPORT?
430	0	340 AND RESEARCHH ARTICLE?
431	2	340 AND TECHNICAL REPORT?
432	1309	418 OR 419 OR 420 OR 421 OR 422 OR 423 OR 424 OR 425 OR 426 OR 427 OR 428 OR 429 OR 430 OR 431
433	1322	358 OR 377 OR 417 OR 432
434	42	340 AND CT D ECONOMICS
435	28	340 AND CTG D ÖKONOMIE
436	26	340 AND CTG D OEKONOMIE
437	3	340 AND SOCIOECONOMICS
438	2	340 AND CT D MODELS, ECONOMIC
439	0	340 AND CT D ECONOMIC MODEL#
440	3	340 AND ECONOMIC ASPECT#
441	4	340 AND ECONOMIC EVALUATION#
442	8	340 AND CT D ECONOMICS, MEDICAL
443	6	340 AND CT D HEALTH ECONOMICS
444	34	340 AND CT D COST?
445	23	340 AND CTG D KOSTEN?

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
446	11	340 AND CT D EFFICIENCY?
447	20	340 AND CT D COST ANALYSIS
448	95	340 AND (ECONOMI? OR OEKONOMI? OR ÖKONOMI?)
449	2	340 AND (GESUNDHEITSO#KONOMI? OR GESUNDHHEITSÖKONOMI?)
450	12	340 AND EFFICIENC?
451	0	340 AND HEALTH CARE FINANCING?
452	0	340 AND (COST? ? UTILIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
453	24	340 AND (COST? ? BENEFIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
454	3	340 AND (COST? ? EFFICIENC? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
455	23	340 AND (COST? ? EFFECTIVENESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
456	24	340 AND (COST? ? CONTROL? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
457	0	340 AND (COST? ? MINIMI%ATION? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
458	10	340 AND (COST? ? ILLNESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
459	24	340 AND (COST? ? ANALY? AND (STUD? OR TRIAL?))
460	11	340 AND (KOSTEN? ? NUTZEN? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
461	0	340 AND (KOSTEN? ? NUTZWERT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
462	2	340 AND (KOSTEN? ? WIRKSAMKEIT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
463	2	340 AND (KOSTEN? ? EFFEKTIVIT? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
464	2	340 AND (KOSTEN? ? EFFIZIENZ? AND (STUDIE? OR ANALYSE?))
465	4	340 AND (KOSTEN? ? ANALYSE?) AND STUDIE?
466	143	434 OR 435 OR 436 OR 437 OR 438 OR 439 OR 440 OR 441 OR 442 OR 443 OR 444 OR 445 OR 446 OR 447 OR 448 OR 449 OR 450 OR 452 OR 451 OR 453 OR 454 OR 456 OR 457 OR 458 OR 459 OR 460 OR 461 OR 462 OR 463 OR 464 OR 465
467	0	340 AND PHARMACOECONOMICS
468	0	340 AND (PARMACO#ECONOMI? OR PHARMAKOO#KONOMI? OR PHARMAKOÖKONOMI?)
469	7	340 AND CT D ETHICS
470	3	340 AND CT D MORAL#
471	3	340 AND CT D INFORMED CONSENT
472	1	340 AND CT=MORALITY
473	0	340 AND CT=SOCIAL JUSTICE
474	20	340 AND ACCESSIBILITY
475	0	340 AND HEALTH CARE ACCESSIBILITY
476	0	340 AND CT=HEALTH CARE ACCESS?
477	0	340 AND CT=ETHICAL ASPECT?
478	2	340 AND ETHICAL ASPECT#
479	0	340 AND CT=FREEDOM
480	1	340 AND CT=HUMAN RIGHTS

<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
481	11	340 AND ETHIC?
482	0	340 AND BIOETHI?
483	0	340 AND PATIENT# RIGHT#
484	12	340 AND CONSUMER?
485	25	340 AND JUSTICE
486	0	340 AND GERECHTIGKEIT?
487	2	340 AND (CT=ETHIK OR CTG=ETHIK)
488	4	340 AND MORAL?
489	4	340 AND (AUTONOMY OR AUTONOMIE)
490	0	340 AND BENEFICIENC?
491	3	340 AND ETHIK?
492	0	340 AND ETISCH##
493	0	340 AND ETHISCHE# ASPEKT#
494	1	340 AND MENSCHENRECHT?
495	12	340 AND RECHTSPRECHUNG?
496	0	340 AND JURISDICTION?
497	37	340 AND LEGAL?
498	13	340 AND LAW#
499	0	340 AND SCHADEN#VERMEIDUNG?
500	0	340 AND NON-MALEFICIENC?
501	0	340 AND VERH##LTNISM#####IGKEIT?
502	0	340 AND PRIMUM-NON-NOCERE
503	16	340 AND LEBENSQUALIT##T?
504	30	340 AND QUALITY-OF-LIFE?
505	146	467 OR 468 OR 469 OR 470 OR 471 OR 472 OR 473 OR 474 OR 475 OR 476 OR 477 OR 478 OR 479 OR 480 OR 481 OR 482 OR 483 OR 484 OR 485 OR 486 OR 487 OR 488 OR 489 OR 490 OR 491 OR 492 OR 493 OR 494 OR 495 OR 496 OR 497 OR 498 OR 499 OR 500 OR 501 OR 502 OR 503 OR 504
506	3	340 AND CT=SOCIAL ASPECT#
507	0	340 AND (CT=SOZIALE ASPEKTE OR CTG=SOZIALE ASPEKTE)
508	5	340 AND SOCIAL ASPECT?
509	1	340 AND SOZIALE# ASPEKT?
510	1	340 AND SOCIAL COMPETENCE?
511	1	340 AND SOZIALE# KOMPETEN?
512	17	340 AND SOZIALES UMFELD
513	3	340 AND AGGRESSIVENESS?
514	15	340 AND AGGRESSIV?
515	1	340 AND AGGRESSIONSPOTEN%IAL?
516	37	506 OR 507 OR 508 OR 509 OR 510 OR 511 OR 512 OR 513 OR 514 OR 515
517	1347	433 OR 466 OR 505 OR 516
518	104	340 NOT 517
519	1322	433

	<b>Nr.</b>	<b>Hits</b>	<b>Suchformulierung</b>
	520	143	466
	521	146	505
	522	37	516
	523	861	519 AND (AL%OHOL? OR THERAP?)/TI
	524	67	523 AND (EFFICAC? OR EFFECTIV? OR EVALUAT?)/TI
	525	0	523 AND WIRKSAMKEIT?/TI
	526	217	523 AND (EFFICACY OR EFFECTIVENESS OR EVALUATION)
	527	221	526 OR 524
	528	157	527 OR 289

### 9.3 Ausgeschlossene Literatur

**Tabelle 82:** Ausgeschlossene Studien

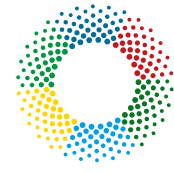
<b>Autor, Quelle</b>	<b>Titel</b>	<b>Ausschlussgrund</b>
Abar CC, Hernandez L, Rodriguez AM, Spirito A. <sup>1</sup>	Trajectories of adolescent alcohol use in the year following a brief alcohol intervention	Keine Präventionsstudie
Becker SJ, Jones RN, Hernandez L, Graves HR, Spirito A. <sup>6</sup>	Moderators of brief motivation-enhancing treatments for alcohol-positive adolescents presenting to the emergency department	Explorative Studie
Brown EC, Hawkins JD, Rhew IC, Shapiro VB, Abbott RD, Oesterle S, Arthur MW, Briney JS, Catalano RF. <sup>16</sup>	Prevention system mediation of communities that care effects on youth outcomes	Befragung von kommunalen Meinungsführern
Cairns G, Purves R, McKell J. <sup>18</sup>	Combining school and family alcohol education: a systematic review of the evidence	Studie nicht lieferbar
Chinman M, Ebener P, Burkhart Q, Osilla KC, Imm P, Paddock SM, Wright PA. <sup>24</sup>	Evaluating the impact of getting to outcomes-underage drinking on prevention capacity and alcohol merchant attitudes and selling behaviors	Keine Verhaltenspräventionsstudie
Cousins K, Connor JL, Kypri K. <sup>29</sup>	Effects of the Campus Watch intervention on alcohol consumption and related harm in a university population	Minderheit Maoris
Cunningham R, Chermack S, Ehrlich P, Carter P, Booth B, Blow F, Barry K, Walton M. <sup>30</sup>	Project U connect: Efficacy of brief interventions delivered by a computer or therapist for underage drinkers in the ED	Abstract
D'Amico EJ, Houck JM, Hunter SB, Miles JN, Osilla KC, Ewing BA. <sup>32</sup>	Group motivational interviewing for adolescents: change talk and alcohol and marijuana outcomes	Gemischter Drogengebrauch

<b>Autor, Quelle</b>	<b>Titel</b>	<b>Ausschlussgrund</b>
Dawyniak S, Lange T, Adam S. <sup>33</sup>	Effect of school-based prevention programs on alcohol consumption of adolescents in Europe – a systematic review	Abstract
de Visser RO, Hart A, Abraham C, Memon A, Graber R, Scanlon T. <sup>34</sup>	Which alcohol control strategies do young people think are effective?	Keine Interventionsstudie
Doumas DM, Hausheer R, Esp S. <sup>41</sup>	Age of drinking initiation as a moderator of the efficacy of a web-based alcohol intervention for high school students	Nur als Abstract geliefert
Fernandez-Hermida JR, Calafat A, Becoña E, Tsertsvadze A, Foxcroft DR. <sup>44</sup>	Assessment of generalizability, applicability and predictability (GAP) for evaluating external validity in studies of universal family-based prevention of alcohol misuse in young people: systematic methodological review of randomized controlled trials	Methodenpapier
Flewelling RL, Hanley SM. <sup>46</sup>	Assessing community coalition capacity and its association with underage drinking prevention effectiveness in the context of the SPF SIG	Nur korrelative Daten
Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM. <sup>48</sup>	Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults	Artikel zurückgezogen
Foxcroft DR, Tsertsvadze A. <sup>53</sup>	Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews	Zusammenfassung der drei Studien von Foxcroft und Tsertsvadze <sup>50-52</sup>
Giannotta F, Vigna-Taglianti F, Galanti MR, Scatigna M, Faggiano F. <sup>55</sup>	Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe	Keine reine Alkoholstudie
Glatz T, Koning IM. <sup>56</sup>	The outcomes of an alcohol prevention program on parents' rule setting and self-efficacy: a bidirectional model	Keine Jugendinterventionsstudie
Grant S, Pedersen ER, Osilla KC, Kulesza M, D'Amico EJ. <sup>58</sup>	Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults	Methodenpapier
Hongthong D, Areesantichai C. <sup>62</sup>	The effect of the PALMSS alcohol prevention program among high school students in a rural area of Thailand	Studie nicht lieferbar

Autor, Quelle	Titel	Ausschlussgrund
Jansen SC, Haveman-Nies A, Bos-Oude Groeniger I, Izeboud C, de Rover C, van't Veer P. <sup>63</sup>	Effectiveness of a Dutch community-based alcohol intervention: Changes in alcohol use of adolescents after 1 and 5 years	Umfragedaten
Koning IM, Maric M, MacKinnon D, Vollebergh WA. <sup>67</sup>	Effects of a combined parent-student alcohol prevention program on intermediate factors and adolescents' drinking behavior: A sequential mediation model	Identisch mit Koning et al. <sup>69</sup>
Lindgren KP, Wiers RW, Teachman BA, Gasser ML, Westgate EC, Cousijn J, Enkema MC, Neighbors C. <sup>76</sup>	Attempted training of alcohol approach and drinking identity associations in US undergraduate drinkers: null results from two studies	Keine Alkoholkonsum-Outcome-Daten
Lipp A. <sup>77</sup>	Universal school-based prevention programmes for alcohol misuse in young people	Zusammenfassung von Foxcroft <sup>52</sup>
McKay JR, Van Horn D, Oslin DW, Ivey M, Drapkin ML, Coviello DM, Yu Q, Lynch KG. <sup>81</sup>	Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses	Keine Jugendstudie
Mun EY, Atkins DC, Walters ST. <sup>88</sup>	Is motivational interviewing effective at reducing alcohol misuse in young adults? A critical review of Foxcroft et al. (2014)	Meinungsartikel
Newton NC, Barrett EL, Swaffield L, Teesson M. <sup>91</sup>	Risky cognitions associated with adolescent alcohol misuse: Moral disengagement, alcohol expectancies and perceived self-regulatory efficacy	Keine Interventionsstudie
Norström T, Pape H. <sup>93</sup>	Associations between adolescent heavy drinking and problem drinking in early adulthood: implications for prevention	Keine Interventionsstudie
Ostafin BD; Palfai TP. <sup>94</sup>	When wanting to change is not enough: automatic appetitive process moderate the effects of a brief alcohol intervention in hazardous-drinking college students	Methodenstudie
Pengpid S, Peltzer K, Skaal L, Van der Heever H. <sup>98</sup>	Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial	Keine Jugendlichen

<b>Autor, Quelle</b>	<b>Titel</b>	<b>Ausschlussgrund</b>
Postel MG, ter Huurne ED, de Haan HA, van der Palen J, de Jong CA. <sup>101</sup>	A 9-month follow-up of a 3-month web-based alcohol treatment program using intensive asynchronous therapeutic support.	Keine Jugendlichen
Quek LH, White A, Low C, Brown J, Dalton N, Dow D, Connor JP. <sup>102</sup>	Good choices, great future: an applied theatre prevention program to reduce alcohol-related risky behaviours during Schoolies	Umfrage
Schuckit MA, Smith TL, Clausen P, Fromme K, Skidmore J, Shafir A, Kalmijn J. <sup>103</sup>	The low level of response to alcohol-based heavy drinking prevention program: one-year follow-up	Experimentelle Studie
Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE, Volmink J, Kredo T, Jere M, Parry CD. <sup>106</sup>	Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents	Keine Verhaltensintervention
Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, Barros HM. <sup>107</sup>	Efficacy of the telephone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil	Kombinierte Alkohol-/Drogenstudie
Tomczyk S, Isensee B, Hanewinkel R. <sup>117</sup>	Moderation, mediation – or even both? School climate and the association between peer and adolescent alcohol use.	Keine Interventionsstudie
Xuan Z, Blanchette JG, Nelson TF, Nguyen TH, Hadland SE, Oussayef NL, Heeren TC, Naimi TS. <sup>128</sup>	Youth drinking in the United States: relationships with alcohol policies and adult drinking	Regulatorische Studie





GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

