

# **Abschlussbericht**

**August 2004**

## **Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen**

*im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung*

**Abschlussbericht zum Forschungsprojekt**

„Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen“



**Projektleitung:**

Prof. Dr. Michael Klein (federführend)

Prof. Dr. Martin Hörning

Prof. Dr. Lothar Krapohl

Prof. Dr. Ute Lammel

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin:**

Dipl.-Soz.päd. Anne Pauly

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 1705702 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieses Berichts liegt beim Autor.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Fachhochschule NW, Abt. Köln

Wörthstraße 10

50668 Köln

Tel. 0221-7757-156

Fax. 0221-7757-180

E-Mail: [mikle@kfhnw.de](mailto:mikle@kfhnw.de)



## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	10
1. Einleitung	11
2. Ausgangslage und Projektziele	18
3. Theoretischer Hintergrund	25
3.1 Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter	25
3.2 Die allgemeine Situation von Studierenden	28
3.3 Psychische Schwierigkeiten von Studierenden	34
3.3.1 Riskanter Substanzgebrauch im jungen Erwachsenenalter	34
3.3.2 Psychiatrische Erkrankungen	41
3.3.3 Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen	45
4. Untersuchungsmethodik	50
4.1 Fragestellung	50
4.2 Untersuchungsdesign	51
4.2.1 Epidemiologische Querschnittsstudie	51
4.2.2 Teilstrukturiertes Interview zur individuellen Problemausprägung	55
4.2.3 Experteninterview	58
4.2.4 Reanalyse epidemiologischer Datensätze	59
4.2.5 Bestandserhebung der Unterstützungsangebote	61
4.3 Untersuchungsverlauf	62
4.3.1 Zeitlicher Ablauf	62
4.3.2 Gewinnung der Untersuchungsgruppen	68
4.4 Soziodemografische Daten	71
4.4.1 Kölner Studie	72
4.4.2 Drogenaffinitätsstudie	80
4.4.3 Repräsentativerhebung IFT	81
4.5 Bewertung des Gesamtverlaufs	83
5. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	87
5.1 Problematischer Konsum von Suchtmitteln	88
5.1.1 Bestimmung des Alkoholkonsums und der Konsummenge	89
5.1.2 Bestimmung der DSM-IV-Kriterien	93
5.1.3 Bestimmung des Nikotinkonsums und der Konsummenge	99

---

5.1.4	Bestimmung des Konsums illegaler Drogen	101
5.1.5	Fazit	112
5.2	Komorbidität	113
5.2.1	Bestimmung der psychischen Beeinträchtigung	114
5.2.2	Bestimmung der Komorbidität psychischer Beeinträchtigung mit einem Suchtproblem	125
5.2.3	Bestimmung der substanzbezogenen Einstellungen	130
5.2.4	Fazit	137
5.3	Analyse der Suchthilfemöglichkeiten	138
5.3.1	Fazit	141
5.4	Beratungsbedarf bei Studierenden	142
5.4.1	Beratungserfahrung	149
5.4.2	Suchtprobleme	155
5.4.3	Fazit	157
5.5	Ableitung innovativer Beratungs- und Hilfeprogramme	157
5.5.1	Innovatives Kurzinterventionsprogramm (IKU) für Studierende mit Substanzkonsumstörungen und suchtnahen Verhaltensweisen	160
6.	Schluss	163
7.	Literaturverzeichnis	168
8.	Zusammenarbeit mit anderen Stellen	178

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1.	Methodenabfolge der Untersuchung	51
Abbildung 2.	Zeitplan	67
Abbildung 3.	Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	90
Abbildung 4.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 18-24-Jährigen	105
Abbildung 5.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 24-30-Jährigen	106
Abbildung 6.	Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 18-24-Jährigen	107
Abbildung 7.	Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 25-30-Jährigen	108
Abbildung 8.	Verfügbarkeit illegaler Drogen – Kölner Studie	109
Abbildung 9.	Verfügbarkeit illegaler Drogen – BZgA-Studie	109
Abbildung 10.	Verfügbarkeit illegaler Drogen – IFT-Studie	110
Abbildung 11.	Physische Befindlichkeit	117
Abbildung 12.	Psychische Befindlichkeit	117
Abbildung 13.	Physische Befindlichkeit im Vergleich	118
Abbildung 14.	Psychische Befindlichkeit im Vergleich	119
Abbildung 15.	Ressourcen der studentischen Klientel im Beratungskontext	141

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Demografische und studienbezogene Daten der Querschnittsstudie	72
Tabelle 2.	Vergleich der Hauptstudienfachwahl	74
Tabelle 3.	Demografische und studienbezogene Daten der Interviews	76
Tabelle 4.	Demografische Daten des Experteninterviews	80
Tabelle 5.	Demografische Daten der Drogenaffinitätsstudie	80
Tabelle 6.	Demografische Daten der Repräsentativerhebung	81
Tabelle 7.	Trinktage und Trinkmenge in den letzten 30 Tagen	89
Tabelle 8.	Trinktage in den letzten 30 Tagen	90
Tabelle 9.	„Binge drinking“ bei einer durchschnittlichen Trinkgelegenheit	91
Tabelle 10.	Alkoholkonsummenge und –geschwindigkeit bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen	92
Tabelle 11.	DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch	94
Tabelle 12.	DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit	96
Tabelle 13.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol	97
Tabelle 14.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol in der Repräsentativerhebung	98
Tabelle 15.	Raucherstatus	99
Tabelle 16.	Raucherstatus der Vergleichsstudien	100
Tabelle 17.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen	102
Tabelle 18.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen: Gesamtvergleich	102
Tabelle 19.	Konsumänderung seit dem 1. Semester	111
Tabelle 20.	Prävalenz von Suchtproblemen	112
Tabelle 21.	Physische und psychische Befindlichkeit: Epidemiologische Befragung	114
Tabelle 22.	Physische und psychische Befindlichkeit aufgeteilt nach Geschlecht: Epidemiologische Befragung	114
Tabelle 23.	Physische und psychische Befindlichkeit: Interviews	116
Tabelle 24.	Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Studierenden der Risikogruppe	120
Tabelle 25.	Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei Studierenden aufgeteilt nach Alter	121
Tabelle 26.	Persönlichkeitsmerkmale der Interviewprobanden	124
Tabelle 27.	DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch bei den Interviewprobanden	126
Tabelle 28.	DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei den Interviewprobanden	128
Tabelle 29.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden	129
Tabelle 30.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	129
Tabelle 31.	Skalen des Brief AEQ-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	131
Tabelle 32.	Ergebnis des BDA bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	133
Tabelle 33.	Skalen des SER-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	134
Tabelle 34.	Skalen des DBR-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	136



---

Tabelle 35.	Skalen des FÄR bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	137
Tabelle 36.	Angebote der untersuchten Studentenberatungsstellen	139
Tabelle 37.	Psychische Belastung der Klientel der untersuchten Studentenberatungsstellen	139
Tabelle 38.	Einschätzung der studentischen Gesundheit durch die Experten	140
Tabelle 39.	Beratungsbedarf	143
Tabelle 40.	Beratungserfahrung bei den Probanden der Kölner Studie	149
Tabelle 41.	Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie	149
Tabelle 42.	Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie	150
Tabelle 43.	Behandlungsaspekte der Interviewprobanden	153
Tabelle 44.	Suchtprobleme bei den Probanden der Kölner Studie	155

## Zusammenfassung

Der vorliegende Abschlussbericht untersucht sowohl das Sucht- als auch das damit in Verbindung stehende Studierverhalten von Studierenden an drei Hochschulstandorten in NRW. Drei Befragungsmethoden erbringen Datenmaterial u. a. zu den Substanzkonsumaspekten einer epidemiologischen Querschnittsstichprobe von Studierenden an Universitäten und Fachhochschulen. Darüber hinaus werden Daten zu den Themenbereichen Studium und psychische Gesundheit erhoben und ausgewertet. Insgesamt bietet die vorliegende Studie einen Überblick, wie Studierende im Vergleich mit der gleichaltrigen, nicht studierenden Bevölkerung Suchtmittel konsumieren und wie sich psychische Beeinträchtigungen alleine oder in Kombination mit Suchtproblemen auf das Leben und das Studium auswirken.

Nach ausführlicher Datenanalyse kann postuliert werden, dass sich die studentischen *Konsummuster* von denen Nicht-Studierender unterscheiden: Studierende neigen eher zu Rauschtrinken und zu missbräuchlichem Substanzkonsum, während Nicht-Studierende häufiger rauchen und häufiger als alkoholabhängig zu bezeichnen sind. Suchtprobleme sind bei Studierenden im Bereich des Substanzmissbrauchs häufiger zu finden als bei der vergleichbaren Altersgruppe der Nicht-Studierenden.

Komorbide Studierende weisen einen stärker ausgeprägten Substanzmissbrauch auf als Studierende mit einer ausschließlich substanzbezogenen Diagnose, komorbide Frauen zeigen eine ausgeprägtere Alkoholabhängigkeit als Frauen mit einer ausschließlich alkoholbezogenen Diagnose.

Die allgemeine Tendenz zum Substanzmissbrauch, die unabhängig von psychischen Störungen bei der Gruppe der Studierenden in höherem Maße entdeckt wird als bei der Gruppe der gleichaltrigen Nicht-Studierenden, spiegelt sich demnach auch bei den zusätzlich psychisch kranken Studierenden wider.

Psychische Probleme und Suchtprobleme, auch eine Kombination dieser beiden, wirken sich negativ auf den Studienverlauf und auch das Studierverhalten aus. Der gesamte Lebenskontext des betroffenen Studierenden ist beeinträchtigt, was zu einer Leistungseinbuße führt.

## 1. Einleitung

Die 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (BMBF 1998) erbrachte Ergebnisse, die das Bild des deutschen Studierenden in ein neues Licht rücken. Die Studie zeigt, dass die Lebensphase dieser jungen Erwachsenen oft durch schwere psychische Konflikte gekennzeichnet ist. Diese nicht zu lösen, kann sowohl die Leistungsfähigkeit im Studium und die Erfolgsaussichten auf einen regulären Studienabschluss beeinträchtigen als auch die gesamte Lebenssituation der betroffenen Studierenden nachhaltig verschlechtern (vgl. Bachmann et al. 1999).

Die Lebenssituation der Studierenden ist durch eine Vielzahl von Umbrüchen und Veränderungen charakterisiert: Der Statuswechsel vom Schüler zum Studierenden sowie vom Jugendlichen zum Erwachsenen findet im Rahmen einer umfassenden Neuorientierung statt, wobei eine große Zahl neuer Entwicklungsaufgaben (wie z.B. selbstständiges Lernen, alleine wohnen) in der Studiensituation wie auch in der persönlichen Situation zu lösen ist. Die Lebenssituation der Studierenden ist durch Ambivalenz und Konflikte gekennzeichnet: So gilt z.B. der Studierende altersgemäß als mündiger Bürger, ist aber in vielfacher Hinsicht existenziell noch von den Eltern abhängig. Es überrascht deshalb nicht, dass der Krisencharakter dieser Lebensphase, speziell die damit verbundene erhöhte Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen, durch einige empirische Studien belegt ist (vgl. Soeder et al. 2001; Bachmann et al. 1999, Holm-Hadulla und Soeder 1997). Studierende weisen dabei im Vergleich zu Gleichaltrigen, die schon im Erwerbsleben stehen, eine stärkere Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung, einen geringeren Zugang zu materiellen Ressourcen und Statussymbolen sowie eine geringere Kontrolle und Steuerung durch hierarchisch strukturierte Sozialsysteme auf. Bei wachsendem Leistungsversagen oder deviantem Lebensstil (wie dem Konsum illegaler Drogen) erhalten sie später und unsystematischer negative Feedbacks als Gleichaltrige, die bereits im Erwerbsleben stehen.

Oft neidet man den angehenden Akademikern ihr vermeintlich „lockeres Studentenleben“. Und auch diese sehen ihre nahe Zukunft bei der Einschreibung häufig recht positiv. Doch der studentische Alltag kann anders

aussehen: Manche Studierende leiden unter sozialer Isolation, mangelnder Betreuung oder Prüfungsängsten, sie denken an Fachrichtungswechsel oder gar Studienabbruch. Sie befinden sich eher in einem Zustand des *Feedback-Vakuums* bzw. der *Feedback-Latenz*, was die Entwicklung gegenregulatorischer Lebensstilprozesse behindern dürfte (vgl. Pauly 2003).

Eine genauere Analyse des Gesundheitszustands der betreffenden Altersgruppe erbrachte (Weber et al.1990, zit. nach Allgöwer 2000), dass die 15- bis 24-Jährigen sich nicht der zunächst vermuteten gesundheitlichen Unbekümmertheit erfreuen, sondern bereits folgende wichtige altersstufenspezifische Gesundheitsprobleme und -risiken aufweisen:

Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch, psychogene Essstörungen, ungewollte Schwangerschaften, Zahnfleischentzündungen, unfallbedingte Verletzungen, Suizide und Suizidversuche. [Originalreihenfolge aus Weber 1990, zit. nach Allgöwer 2000]

Körperliche Beschwerden spielen in diesem Zusammenhang keine bedeutende Rolle, auffällig ist vielmehr die Tendenz zu riskantem Verhalten wie z.B. dem Drogenkonsum, und zu chronischen Gesundheitsproblemen mit starkem psychischem Problemanteil wie dem z.B. Rauchen und Essstörungen. Dass gerade die Altersspanne der Adoleszenz zwischen 18 und 21 Jahren eine sensible Phase für den Konsumbeginn illegaler Drogen ist, belegt eine Verlaufsstudie der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf bezüglich des durchschnittlichen Einstiegsalters in den Konsum verschiedener Substanzen (Verthein et al. 1998).

Betrachtet man die Konsumfrequenzen suchtauslösender Substanzen, so belegen epidemiologische Daten, dass nach DSM IV-Kriterien die Alterskohorte der 18-20-Jährigen die Gruppe mit den höchsten 12-Monats-Prävalenz-Werten überhaupt im Bereich Alkoholmissbrauch, und die Kohorte der 21- bis 24-Jährigen die Gruppe mit den höchsten Werten im Bereich der Alkoholabhängigkeit ist. Im Bereich der illegalen Drogen sieht es ähnlich aus, allerdings ergeben sich hier für die 18- bis 20-Jährigen die höchste 12-Monats-Prävalenz im Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen, während die 21- bis 24-Jährigen die höchste Missbrauchsrate aufweisen (Kraus & Bauernfeind 1998).

Der Altersbereich zwischen 18 und 24 Jahren, in dem sich ein Großteil der Studierenden befindet, ist demnach eine sensible Periode, innerhalb derer sich am ehesten dysfunktionale Konsummuster herausbilden und stabilisieren können. Es ist daher nahe liegend, gerade diese Altersgruppe innerhalb der in der Sucht- und Präventionsforschung kaum thematisierten studentischen Population näher zu untersuchen. Eine der wenigen deutschsprachigen Studien, die 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes, stellte fest, dass im Jahre 1997 49% der Studierenden bis zu 25 Jahren alt waren (BMBF 1998). Diese Gruppe findet sich demnach unter Studierenden an Hochschulen besonders häufig und soll somit im Hauptfokus der vorliegenden Untersuchung sein.

Für die jüngeren Altersgruppen (Kinder und Jugendliche in Schulen und anderen jugendspezifischen Institutionen) greift inzwischen ein ausgefeiltes suchtpreventives Vorgehen: Schulen haben diesbezügliche Beratungslehrer, es gibt spezielle Suchtpreventionsstellen, die Programme für Jugendliche bis etwa 18 Jahren entwickelt haben und anbieten. Doch die hoch gefährdete Altersgruppe der ab 18-Jährigen fällt mit Verlassen der Schule aus dem Fokus für Präventionsbemühungen völlig heraus. Für diejenigen, die nach der Schule nicht studieren, schließen sich dagegen häufig arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen an, so dass nur die Studierenden gänzlich ohne präventive Versorgung auskommen müssen. Die Berater psychologischer Beratungsstellen für Studierende konzentrieren sich sehr stark auf Probleme in den Bereichen Leistungsversagen, Prüfungs- und Lebensängste sowie Depressionen. In einer schriftlichen Kurzbefragung, die im Herbst 2001 vom Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule NW durchgeführt wurde, geben sie darüber hinaus an, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit unter ihrer Klientel nur im Umfang zwischen 1% und 5% auftritt, was weit unter den oben genannten Erwartungswerten für diese Alterskohorte liegt.

Speziell zur Suchtproblematik zeigt die Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung (Hahne et al. 1999), dass in der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen durchschnittlich 3,6 % der befragten Studierenden, und in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen und älter im Durchschnitt 5,5 % eine Suchtproblematik angeben. Die Probleme mit Alkohol, Medikamenten und

Drogen steigen in dieser Untersuchung mit zunehmendem Alter an. Dabei ist darauf zu verweisen, dass die Befragten repräsentativ ausgewählte Studierende und nicht Klienten aus der Beratung waren.

In der Allgemeinbevölkerung dagegen zeigt sich in der Altersgruppe der 12-25-Jährigen eine Prävalenz von 11% bei denen, die mehrmals in der Woche Alkohol trinken und von 1% bei denen, die täglich trinken. Beim Konsum illegaler Drogen sind ähnliche Werte zu verzeichnen. Auch hier erhöht sich die Konsumintensität mit steigendem Alter.

Kommt man zurück auf die erfragten Schwierigkeiten im jungen Erwachsenenalter, so zeigte eine Untersuchung des gemeinnützigen „Centrums für Hochschulentwicklung“ CHE, dass 3,6% der befragten Studierenden ihr Studium wegen allgemeiner Orientierungslosigkeit abbrachen, 1% nannte soziale Gründe,

0,5 % waren von gesundheitlichen Gründen betroffen (Radtke et al. 1998). Bachmann et al. (1999) fanden heraus, dass unter depressiven Symptomen leidende Studierende eher aus dem Studium ausscheiden.

In der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks wurde außerdem festgestellt, dass psychische Erkrankungen mit Abstand der häufigste Grund zur Studienunterbrechung sind (BMBF 1998, 486), ohne dass dieser Aspekt jedoch in der Forschung bislang weiter Berücksichtigung fand.

Der oben aufgeführte Substanzkonsum der studentischen Altersgruppe kann in diesem Zusammenhang als ein Problemlösungsversuch psychischer Beeinträchtigungen bewertet werden. An dieser Stelle tritt das Problem der Komorbidität zutage: Das Ausmaß des Konsums psychotroper Substanzen hängt zusammen mit dem Verlauf und der Intensität von psychischen Störungen (Krausz 1994). Die bereits erwähnte Befragung der studentischen Beratungsstellen in Deutschland hatte ergeben, dass für deren Beratungsklientel nur bei durchschnittlich 1,1% explizit eine Abhängigkeitsproblematik vermutet wird. Vergleicht man diese Daten mit den bereits zitierten, so fällt ein Ungleichgewicht auf, was auf eine Unterschätzung von Suchtproblemen im Kontext studentischer Beratung hinweisen könnte. Ursachen dafür könnten die Schwierigkeiten bei der Erkennung der Störung, die meist schambedingte Tendenz der Betroffenen zur Kaschierung und Tabuisierung und eine mangelnde Reichweite der Beratungsangebote sowie

Motivierungsprobleme zur Beratung sein. An dieser Stelle liegt außerdem die Betrachtung des Problems der Komorbidität nahe: Eine recht hohe Vorkommenshäufigkeit psychischer Störungen geht nachgewiesenermaßen einher mit einer verdeckten hohen Prävalenz abgängigkeitsbezogener Probleme (Verheul et al. 1995).

Die 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks hat gezeigt, wie verbreitet psychische Probleme bei Studierenden sind: 27% aller Studierenden gaben an, dass sie durch psychische Beeinträchtigungen Schwierigkeiten in ihrem Studium hatten, davon 24% der Männer und 31% der Frauen (Hahne et al. 1999). Eine Untersuchung von Holm-Hadulla & Soeder (1997) ergab, dass als psychische Diagnosen einer studentischen Feldstichprobe überwiegend depressive Syndrome, Arbeitsstörungen, diffuse Ängste und interpersonelle Konflikte festzustellen waren.

Holm-Hadulla (2001) berichtet, dass 25% der 1,8 Millionen Studierenden in Deutschland die Hochschule ohne Abschluss verlassen. Die Themen Studienabbruch, Studienversagen und überlanges Studieren werden auch von ihm als relevante Probleme angesehen. Das Deutsche Studentenwerk konstatierte, dass psychische Probleme, hier besonders der Mangel an Selbstwertgefühl, teilweise um mehr als das Doppelte, bezogen auf die Anfangswerte zunehmen (Hahne et al. 1999). Diese Phänomene gehen nach wissenschaftlicher und klinischer Erfahrung oft mit Suchtproblemen einher (Tretter 2001).

Die befragten Studierenden setzten in einer retrospektiv erhobenen Rangfolge der Schwierigkeiten im Studium die Probleme mit psychotropen Substanzen zwar nur auf Rang 11 (Männer) bzw. 14 (Frauen). Die Untersuchung ergab aber weiterhin, dass bei einer sich entwickelnden Suchtproblematik häufig ein ausgeprägtes Schamgefühl vorhanden ist (Hahne et al., 1999). Daher kann, wie auch bei anderen Suchtkranken, zunächst von einer Abwehr bzw. Leugnung des Problems (Müller 2001) ausgegangen werden, was wiederum zu einer systematischen allgemeinen Unterschätzung der Prävalenzen führt. Eine Beratungsmöglichkeit wird daher von den Betroffenen zunächst eher selten in Betracht gezogen. Daraus kann sich vielfach auch die Gefahr einer Verfestigung bzw. Chronifizierung der Störung ergeben.

Abgesehen von den Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks gibt es keine deutschsprachige Untersuchung, die die psychische Gesundheit bei Studierenden vertieft untersucht hat. Aufgrund dieses offensichtlichen Defizits war eine wissenschaftliche Bearbeitung dieses Themas unabdingbar, damit suchtpräventive Vorgehensweisen entwickelt werden können, die sich positiv auf die psychische Gesundheit von Studierenden auswirken.

Die Studie soll zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht (Missbrauch und Abhängigkeit) bei Studierenden anregen, sowie zu einer Installation von suchtpräventiven und ggf. -therapeutischen Maßnahmen im Alltag der deutschen Hochschulinstitutionen führen.

Eine erste Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit von Studierenden wurde vom Deutschen Studentenwerk erst sehr spät (Hahne et al., 1999) durchgeführt und lädt dringend ein zu einer aktiveren Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht (Missbrauch und Abhängigkeit) bei Studierenden, sowie zu einer Installation von suchtpräventiven und ggf. -therapeutischen Maßnahmen im Alltag der heutigen Hochschulinstitutionen.

Die vorliegende Untersuchung soll in einem ersten Schritt als valide Situationsanalyse den anzunehmenden Umfang von Suchtproblemen bei Studierenden erheben und dadurch eine Bedarfsermittlung durchführen sowie Versorgungslücken durch eine parallel durchzuführende Bestandserhebung in Bezug auf Hilfe- und Beratungsansätze aufdecken. In einem zweiten Schritt können dann gezielte Optimierungen der Versorgungslandschaft abgeleitet werden, z.B. durch Entwicklung bedarfsgerechter Methoden der Frühintervention und Motivierung.

Das einführende **Kapitel 1** des Projektabschlussberichts erläutert die theoretische Ausgangslage der Thematik Sucht und Studierende. Die vorliegende Studie soll zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht bei Studierenden anregen und in einem ersten Schritt als valide Situationsanalyse den anzunehmenden Umfang von Suchtproblemen bei Studierenden aufzeigen.

Dazu werden in **Kapitel 2** die Ausgangslage und die untersuchungsrelevanten Projektziele hergeleitet und formuliert. **Kapitel 3** umfasst einen Überblick zu den aktuellen Forschungsbefunden hinsichtlich der Entwicklungsthemen im



frühen Erwachsenenalter und untersucht die allgemeine Situation von Studierenden sowie psychische Schwierigkeiten bei dieser Gruppe.

**Kapitel 4** beschreibt die Untersuchungsmethodik, welche die Darstellung der Fragestellungen und des Untersuchungsdesigns umfasst, sowie den Untersuchungsverlauf und die einzelnen Stichproben umschreibt. In **Kapitel 5** erfolgt die Darstellung und die Diskussion der Ergebnisse der Studie, wonach im abschließenden **Kapitel 6** Schlussfolgerungen gezogen und ein auf den Ergebnissen basierender Ausblick in die Zukunft angestellt wird.

Vorab möchten wir uns bei allen Psychosozialen Beratungsstellen und Mensen des Deutschen Studentenwerks für ihre Kooperation bedanken. Wir danken außerdem allen an der Untersuchung teilnehmenden Studierenden für ihre Offenheit, sowie den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre Mithilfe bei der Durchführung der umfangreichen epidemiologischen Erhebung und der daran anschließenden Forschungsinterviews. Bedanken möchten wir uns außerdem bei unseren Kooperationspartnern, die uns wertvolle Unterstützung gewährten.

Nicht zuletzt danken wir dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die finanzielle Förderung des Projekts.

## 2. Ausgangslage und Projektziele

Angelehnt an die förderpolitischen Ziele des aFuE-Programms war das Projekt „Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen“, dessen Abschlussbericht nun vorgelegt wird, ein Vorhaben anwendungsorientierter Forschung. Es umfasste die wissenschaftliche Aufarbeitung einer anwendungsorientierten Problemstellung bzgl. der Analyse von gesundheitsrelevanten Daten, der diesbezüglichen Bedarfsermittlung und Vorbereitungen zur Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen im Problemfeld „Sucht“ in der Hochschullandschaft Deutschlands.

Eine erste Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit von Studierenden wurde vom Deutschen Studentenwerk erst sehr spät (Hahne et al. 1999) durchgeführt und lud dringend ein zu einer aktiveren Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht (Missbrauch und Abhängigkeit) bei Studierenden, sowie zu Vorbereitung einer Installation von suchtpreventiven und ggf. -therapeutischen Maßnahmen im Alltag der heutigen Hochschulinstitutionen. Das Forschungsvorhaben erhob in einem ersten Schritt als *valide Situationsanalyse* den *Umfang von Suchtproblemen bei Studierenden* und führte dadurch eine Bedarfsermittlung durch. Außerdem deckte es durch eine parallel durchgeführte Bestandserhebung *Versorgungslücken in Bezug auf Hilfe- und Beratungsansätze* auf. In einem zweiten Schritt wurden *gezielte Optimierungen der Versorgungslandschaft* abgeleitet, z.B. durch Entwicklung bedarfsgerechter Methoden der Frühintervention und Motivierung.

Oberziel des Projektes war es, die seelische Gesundheit von Studierenden durch Entwicklung bzw. Verbesserung von suchtpreventiven Maßnahmen im Lebensfeld der Betroffenen zu fördern bzw. zu verbessern. Dazu wurden sowohl Situations- als auch Bedarfsanalysen erstellt. Die Studie setzte an bestehende Hilfeangebote der Hochschulen in Nordrhein-Westfalen an und soll einen Beitrag zu deren Fortentwicklung leisten.

Die wissenschaftlichen Ziele waren:

- Die Analyse der Situation von Studierenden in Deutschland bezüglich des problematischen Konsums von Suchtmitteln und weiterer, nicht-stoffgebundener Suchtformen;

- die Analyse der Komorbiditätsrate psychischer Störungen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen;
- die Analyse der Suchthilfemöglichkeiten sowie der Präventionsansätze für die speziell gefährdete Altersgruppe der Studierenden;
- die Ermittlung des (Sucht-) Beratungsbedarfs bei Studierenden unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte;
- die Ableitung und Entwicklung von innovativen Beratungs- und Hilfeprogrammen, die an den studentischen Lebensraum angepasst sind, gemeinsam mit Kooperationspartnern aus der Praxis; hierfür wird die Herausgabe eines auf den Forschungsergebnissen basierenden Praxismanuals als geeignet angesehen.

Folgende Schritte und Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt:

### **1. Erfassung und Auswertung der Fachliteratur zu Sucht- und Drogenproblemen bei Studierenden**

Hierbei handelte es sich in erster Linie um amerikanische Studien, die aufgrund des dortigen Präventionsschwerpunkts in den letzten Jahren vermehrt durchgeführt und publiziert wurden. Neben dem bereits vorhandenen Wissen bildeten die Ergebnisse dieser „Review“-Phase die theoretische Basis der weiteren, folgenden Phasen. Es wurden an dieser Stelle die Indikatoren für Sucht- und Drogenprobleme unter Studierenden deutlich, außerdem konnten die konsekutiv durchgeführten Analysen auf der Basis der bereits durchgeführten amerikanischen Studien valide und reliabel durchgeführt werden.

### **2. Reanalyse vorhandener Datensätze bzgl. Epidemiologie und Prävalenz von Sucht- und Drogenproblemen bei Nicht-Studierenden**

Die Prävalenzerhebung des Alkohol- und Drogenkonsums unter Studierenden sollte laut Projektantrag idealiter durch die Reanalyse vorhandener epidemiologischer Datenbanken durchgeführt werden. Als solche kamen insbesondere in Frage:

- Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland des Instituts für Therapieforschung IFT im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
- Die Klientenstatistik EBIS der Träger der ambulanten Suchthilfen in der Bundesrepublik Deutschland.
- Das stationäre Dokumentationssystem SEDOS der Entwöhnungseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland.

In diesen Datenfiles sind größtenteils Angaben über verschiedene Alters- und Berufsgruppen enthalten. Es lagen jedoch bislang keine studierendenspezifischen Auswertungen aus diesen Basen vor. Als diese im Rahmen des Projektes vorgenommen wurden, wurde recht schnell deutlich, dass auf dieser Grundlage keine allgemeingültigen Aussagen über das Substanzkonsumverhalten von Studierenden gemacht werden können, da die Anzahl der Studierenden einerseits sehr gering war und andererseits die Studien untereinander zu heterogen waren, als dass eine realitätsnahe Auswertung möglich gewesen wäre. Im Projektantrag wurde konstatiert, dass bei nicht ausreichenden oder zu geringen Ergebnissen zusätzliche Telefon- und Internetbefragungen zufällig ausgewählter Studierender und Nicht-Studierender bezüglich ihres Substanzkonsums und psychischer Störungen durchgeführt werden sollten. Weil jedoch eine Fragebogenuntersuchung validere Ergebnisse mit sich bringt als eine Telefonbefragung und die Praktikabilität der Internetbefragung aufgrund der zur Verfügung stehenden Mittel nicht erzielt werden konnte, wurde eine eigene epidemiologische Fragebogenerhebung durchgeführt, deren Instrumente auf der Grundlage der erwähnten Studien basierten. So wurde es erstmals möglich, den studentischen Substanzkonsum in Deutschland in detaillierter Genauigkeit zu erfassen. Anhand der vorhandenen epidemiologischen Datensätze konnten die studentischen Substanzkonsumdaten mit den Daten gleichaltriger Nicht-Studierender verglichen werden. Die dadurch entstandene Möglichkeit des Vergleichs studentischer mit nicht-studentischer Klientel wirkte sich auf die Studie mehr als bereichernd aus. Alle Reanalysen wurden unter geschlechtsspezifischer

Betrachtung vorgenommen, d.h. wie hoch die Prävalenzen für die einzelnen Substanzgruppen (insbesondere Alkohol, Nikotin, Drogen) für Frauen und Männer sind.

Gleichzeitig sollten die Dokumentationen psychologischer Beratungsstellen für Studierende an Hochschulen exemplarisch fallweise ausgewertet werden, um Hinweise auf möglicherweise vorhandene oder übersehene, d.h. kaschierte oder dissimulierte, Suchtprobleme bei beratenen Klienten zu erhalten. Leider war dies nicht möglich, da die angefragten Studentenberatungsstellen keine Suchtklienten unter ihren Klienten vermuteten und aus diesem Grund eine Akteneinsicht nicht befürworteten.

Die ursprünglich geplante detaillierte Analyse von Krankenkassendaten konnte ebenfalls nicht durchgeführt werden, da sich keine der angefragten Kassen dazu bereit erklärte, verschlüsselte Daten zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus argumentierten die Krankenkassen dahingehend, dass Studierende in der Mehrzahl familienversichert sind und so die Einzeldaten nur unter hohem Aufwand auszuwerten sind.

Diese Rückantworten sind für das Erkenntnisinteresse unserer Studie als äußerst unerfreulich zu bewerten.

Die Forschungsphase ermöglichte insgesamt eine valide Einschätzung des Sucht- und Drogenproblems unter Studierenden in Deutschland, auch im Vergleich zu gleichaltrigen Nicht-Studierenden. Von den resultierenden Prävalenzen ausgehend, die in dieser Form bislang nicht verlässlich erhoben bzw. geschätzt worden waren, war eine Strategie zur Feinanalyse betroffener Einzelfälle (Risikoprobanden) ableitbar.

### **3. Eigene Datenerhebungen zu psychischen Störungen, Suchtverhalten und Komorbidität bei Studierenden in den Untersuchungsregionen**

In dieser Forschungsphase sollten die in Phase 2 gewonnenen Ergebnisse und Fragestellungen durch eigene gezielte Erhebungen an studentischen Risikoprobanden vertieft und weiter validiert werden. Entsprechend der Aufteilung des Forschungsteams geschahen die Erhebungen in drei Schwerpunktregionen: Aachen; Köln/Bonn; Paderborn. Nach vorsichtigen Schätzungen studieren in diesen drei Untersuchungsregionen zusammen mehr

als 300.000 Personen an Universitäten und Fachhochschulen, das sind etwa 15% aller Studierenden in Deutschland.

Im Mittelpunkt der Erhebung stand die Ermittlung, Diagnostik und Dokumentation exemplarischer Fälle von Studierenden mit einer Suchtproblematik und ggf. primären psychischen Störungen im Sinne von Komorbidität durch

1. eine qualitative Befragung der Studierendenberater zum Beratungsanlass und -problem auf Grundlage der subjektiven Einschätzungen der Berater und der Aktenangaben (N= 15). Die psychosozialen Beratungsstellen der Studentenwerke in Köln, Bonn, Heidelberg, Paderborn und Oldenburg kooperierten hierbei und stellten ihr Fachwissen zur Verfügung.
2. eine qualitative Befragung 100 ausgewählter Studierender (insbes. Langzeitstudierende, Studienabbrecher und Studierende mit Leistungsproblemen) zum subjektiven Gesundheitszustand, zu Substanzabhängigkeit, Essstörungen, Onlinesucht, Komorbidität; Erfassung von Angaben zu Studienabbruch, Gründe für Langzeitstudium, Beratungs- und Therapieerfahrungen und -wünsche, Bedarf nach Hilfeangeboten in den Untersuchungsregionen. Es sollten dabei zur Hälfte Frauen und Männer befragt werden, was sich jedoch in der Praxis als äußerst schwierig erwies, da die ausgewählten männlichen Probanden sehr häufig nicht zu den vereinbarten Interviewterminen erschienen. Aus diesem Grund sind letztlich 59% der Stichprobe weiblich und 41% männlich.

Es wurden von beiden Zielgruppen (Fachkräfte und Studierende mit Hochrisikoprofil) u. a. Fragen zu folgenden Themen bearbeitet:

- Gesundheitsverhalten der Studierenden
- subjektiver Gesundheitszustand der Studierenden
- gesundheitliche und soziale Ressourcen der Studierenden
- Lebenssituation der Einzelnen
- Konsumverhalten bzgl. suchtfördernder Stoffe oder Verhaltensweisen
- Beratungsverhalten

- Beratungsbedarf
- Beratungswahrscheinlichkeit.

Als wichtiges Motivierungsinstrument diente die Gewährung einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 € für jedes Interview, welches zwischen 60 und 90 Minuten dauerte. Dies ist in vergleichbaren internationalen Studien ein etabliertes und übliches Verfahren.

#### **4. Bestandserhebung der Unterstützungsangebote in den Untersuchungsregionen**

In Korrespondenz zur Prävalenz der Sucht- und Drogenproblematik bei Studierenden stand die Erhebung des Bestands an Hilfe- und Präventionsangeboten:

- Erfassung der bestehenden Beratungsangebote.
- Erfassung der Spezialangebote durch Beratungsstellen für Studierende (z.B. Gruppenangebote o.ä.).
- Analyse der ermittelten Angebote auf der Grundlage suchtpräventiver Strategien.

Mit Abschluss der Forschungsphasen 3 und 4 ist die Voraussetzung zur Entwicklung optimierender Praxisstrategien geschaffen.

#### **5. Entwicklung von Handlungsempfehlungen, einschließlich eines Praxismanuals**

Die Entwicklung von Handlungsempfehlungen erfolgte auf der Basis der ermittelten Daten (Reanalyse, Interviews) in enger Abstimmung mit den Partnern des Vorhabens.

Um die subjektive Gesundheit der Befragten zu untersuchen, wurden standardisierte Fragebögen aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung verwendet.

Die qualitativen Interviews wurden anhand eines Interviewleitfadens geführt und mittels Tonband aufgezeichnet. Die Auswertung erfolgte durch Transkription

und qualitativer Inhaltsanalyse (Zusammenfassung und Systematisierung der Textbestandteile aufgrund ausgewählter Fragestellungen, vgl. Wittowski 1994). Besonderer Stellenwert wird der Entwicklung eines praxisnahen Manuals für Beratungsfachkräfte beigemessen. Dieses soll diagnostische Basiskenntnisse, Methoden der Früh- bzw. Kurzintervention und der Motivierung zur Verhaltensänderung (Miller & Rollnick 1991) vermitteln.



### **3. Theoretischer Hintergrund**

Im folgenden Kapitel wird eine umfassende Übersicht des theoretischen Hintergrunds gegeben, der für die vorliegende Forschungsstudie von Bedeutung ist. Das erste Unterkapitel (Kapitel 3.1) liefert eine Einführung in die Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter, Kapitel 3.2 wird sich mit der allgemeinen Situation von Studierenden befassen. Es folgt in Kapitel 3.3 eine ausführliche Beschreibung psychischer Schwierigkeiten von Studierenden.

#### **3.1 Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter**

Das frühe Erwachsenenalter wird formal und pragmatisch durch den Altersbereich von 18 bis 29 Jahren definiert. Dabei sind die Altersübergänge fließend (vgl. Krampen & Reichle 2002). Zentrale Aufgabe dieser Periode ist es, die Entwicklungsphase der Adoleszenz definitiv zum Abschluss zu bringen, wobei eine endgültige Trennung von den „Eltern der Kindheit“ sowie weitere Schritte in Richtung Unabhängigkeit und Selbstständigkeit erfolgen müssen (vgl. Berna-Glantz 1980, Teuwsen 1990). Entscheidend für den Ablösungsprozess sind auch die vorhandenen inneren und äußeren Machtmöglichkeiten der Eltern sowie der vorhandene Grad an Autonomie des Jugendlichen. Letztere kann in ihrer Entwicklung insbesondere durch Verlust- und Trennungsängste erheblich beeinträchtigt werden (vgl. Teuwsen 1990). Zunächst muss der Jugendliche vor allem eine eigene Identität aufbauen, die es ihm ermöglicht, seine Familienherkunft, seine Werte und Einstellungen, seine Fähigkeiten etc. in ein konsistentes Selbstbild zu integrieren. Er muss dazu präödpale und ödpale Identifikationen sowie gegenwärtige innere und äußere Verhaltenserwartungen und Ideale aufnehmen. Das bedeutet auch, dass traumatische Erfahrungen aus der Kindheit in diese Identitätsbildung mit eingehen, und ihre Bewältigung eine Lebensaufgabe bleibt (vgl. Bohleber 1982, Bürgin & Biebricher 1993). Falls die Aufgabe der Identitätsbildung misslingt, kommt es zu einer Rollendiffusion, „die durch Unverträglichkeiten und Unausgewogenheiten zwischen Haltungen und Werten, zwischen Aspiration und Möglichkeiten, durch Instabilität von Zielen, gelegentlich zu ideologischer Einseitigkeit, häufig zu oberflächlichen und unstabilen Engagements und nicht selten zu abweichendem Verhalten wie Drogengebrauch und Delinquenz führt“

(Montada 1998, 65). Eine gut integrierte Intimität ist auch die Voraussetzung für eine weitere wichtige Entwicklungsaufgabe des jungen Erwachsenen: Der Intimität mit anderen. Vor allem für den Aufbau von Solidarität sowie die Abwehr von Menschen oder Einflüssen, die dem eigenen Wesen schaden könnten, ist dies von Bedeutung. Zudem stabilisieren intime Beziehungen wiederum die Identität. Ein Misslingen bringt dagegen Isolation mit sich (vgl. Montada 1998, 65). Bürgin und Biebricher (1993) sprechen im Zusammenhang mit der Phase der Spätadoleszenz auch von einer „Zeit der Konsolidierung“, wobei sich das erreichte Gleichgewicht innerhalb gewisser Grenzen hält, da die Toleranz für Konflikte und Angst enorm variiert (Bürgin & Biebricher 1993, 94). Sie bezeichnen die erworbene Reife daher als „relativ“. Die damit einhergehende Selbstständigkeit bedeutet für den Jugendlichen oder jungen Erwachsenen einerseits Bestätigung, Anerkennung und Sicherheit, was allerdings als Ausgleich für den Verlust der Geborgenheit in der Familie auch notwendig ist. Andererseits bringt dies aber auch die Forderung mit sich, die Vielzahl offener Möglichkeiten und Interessen zu Gunsten einer bestimmten Auswahl derselben zu reduzieren (vgl. Berna-Glantz 1980). Die getroffenen Festlegungen haben einen unausweichlichen, oftmals irreversiblen Charakter. Dieser Umstand kann für den Jugendlichen leicht als bedrohlich im Hinblick auf die Entfaltung seiner Persönlichkeit und der Gestaltung seines Lebens empfunden werden (vgl. Berna-Glantz 1980, Bohleber 1982), weshalb mancher Heranwachsende versucht, für immer in diesem Übergangsstadium zu bleiben. Dieses Phänomen nennt Blois (1962/1973) die Phase der verlängerten Adoleszenz. Die in dieser Zeit auffallende intensive Selbstbeobachtung der jungen Menschen ist nach Berna-Glantz (1980) ein wichtiger Teil des Prozesses zu innerer Selbstständigkeit. Dabei werden die eigenen Neigungen und Abneigungen, ebenso wie eigenen Stärken und Schwächen wahrgenommen. Die Beschäftigung mit der Beziehung zu den Eltern sowie deren Auswirkung auf das eigene Verhalten bezüglich Berufs- und Partnerwahl oder Partnerbeziehung dient dabei der weiteren äußeren Überwindung der kindlichen Abhängigkeit. Es handelt sich hierbei um einen entscheidenden Wendepunkt der Entwicklung, in der die Endgültigkeit den jungen Erwachsenen sehr erschüttert. Man spricht daher auch von der Spätadoleszenz als „Zeit der Krise“ (vgl. Blois 1962/1973, Bürgin & Biebricher 1993). Die bereits im Vorfeld

beschriebene Integrationsfähigkeit des Individuums stellt sich heraus, und adaptives Versagen, Ich-Missbildungen und psychopathologische Veränderungen können auftreten. In diesem Zusammenhang nennt Blois (1962/1973, 52) das Syndrom der verlängerten Adoleszenz auch den Widerwillen, „die letzte Phase der Kindheit, nämlich die Adoleszenz, zum Abschluss zu bringen“. Die Integration der weiter oben erwähnten Traumata ist insofern von Bedeutung, da Traumatareste eine Beziehung zwischen der Gegenwart und einer dynamisch aktiven Vergangenheit darstellen und so die historische Kontinuität im Ich aufrichten, die für ein Gefühl von Sicherheit, Ziel und Harmonie zwischen Gefühl und Handlung verantwortlich ist (vgl. ebd.). Dabei verstärkt und stabilisiert jede, oftmals konfliktreiche, Auseinandersetzung mit einem Rest-Trauma die Selbstachtung, die einen beträchtlichen Teil der Ich-Identität ausmacht.

Die Spätadoleszenz enthält neben Festlegung und Integration außerordentlich viele Freiheitsgrade in Bezug auf Selbstverwirklichung oder Wegfall der elterlichen und Peergroup-Normen. Um diese Freiräume optimal nutzen zu können, sind genaue und eigenverantwortliche Zielsetzungen notwendig. Gerade in dieser Hinsicht kommt es für die jungen Erwachsenen oftmals zu einer Entscheidungsnot, da sie sich nicht über angemessene oder optimale Lebensziele im Klaren sind. Sie bewegen sich zwischen der alten und der neuen sozialen Einbettung und ihnen wurde in der Regel noch keine klare gesellschaftliche Rolle zugeordnet, an der sie sich orientieren könnten. Dementsprechend sind viele Ausgänge ihrer Entwicklung möglich, wie etwa einer weitgehenden Abhängigkeit von den Eltern, beispielsweise beim Studium, oder einer absoluten Unabhängigkeit bei der Führung eines eigenen Betriebes, z.B. durch einen frühen Ausbildungsabschluss. Zu dieser Entwicklung kommt hinzu, dass gesellschaftliche Strukturen, wie der Wehr- bzw. Zivildienstpflicht oder der Erlangung des Führerscheins, den jungen Erwachsenen in erster Linie Pflichten und Verantwortung vermitteln, und nicht den Übergang zum Leben des Erwachsenen stabilisieren können (vgl. Bürgin & Biebricher 1993).

Folgende charakteristische Kriterien für den Übergang vom Jugendalter zum frühen Erwachsenenalter lassen sich nach Krampen & Reichle (2002, 319) unterscheiden:

1. Formale und rechtliche Kriterien, die sich etwa auf die Volljährigkeit und das aktive Wahlrecht beziehen.
2. Objektive, verhaltensnahe Kriterien, wie etwa der Auszug aus dem Elternhaus, finanzielle Unabhängigkeit, Heirat oder Elternschaft.
3. Psychologische Kriterien, wie Ablösung, emotionale Autonomie oder psychologische Reife, die zwar plausibel erscheinen, aber mehrdeutig und nur unter Bezug auf eine normative Entwicklungstheorie operationalisierbar sind.
4. Subjektive Kriterien, bei denen nach der Selbstklassifikation von Personen zu einer Altersgruppe gefragt wird.

Der Übergang zum Erwachsenenalter ist einer der wichtigen sozialen Übergänge, die ein Mensch im Laufe seines Lebens durchläuft. Der junge Erwachsene ist mit vielfältigen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die zum einen noch aus der Jugend transferiert werden, zum anderen aus der unübersichtlichen und herausfordernden Erwachsenenwelt auf ihn einströmen (vgl. Krampen & Reichle 2002). Hurrelmann (1991) versteht unter Entwicklungsaufgaben gesellschaftliche Anforderungen, die sich einer Person in einem bestimmten Lebensabschnitt stellen.

Entwicklungsaufgaben, die die Lebensphase des frühen Erwachsenenalters prägen, sind vor allem die Intensivierung und Differenzierung sozialer Beziehungen und die zunehmende Übernahme von Verantwortlichkeit im Hinblick auf das Privatleben und das Freizeitverhalten, auf soziale und gesellschaftliche Gruppen sowie auf den Berufseintritt und die Berufstätigkeit (vgl. Krampen & Reichle 2002). Der junge Erwachsene ist dabei mit der Aufgabe konfrontiert, die Entwicklungsphase der Adoleszenz definitiv zum Abschluss zu bringen. Das bedeutet allerdings, sich endgültig von den Eltern zu lösen, und verlangt zunehmend Unabhängigkeit und Selbstständigkeit (vgl. Teuwsen 2001).

### **3.2 Die allgemeine Situation von Studierenden**

Der Übergang in die Studienzeit ist, wie alle Übergangs- bzw. Transitionsphasen, eine potenzielle Krisensituation, da er eine Anpassung an neue Bedingungen und Umstände erfordert. Bei erfolgreicher Bewältigung wirkt

sich dies positiv auf die Identitätsbildung aus. Gelingt dieser Übergang nicht, können daraus psychische oder körperliche Beschwerden sowie Drogenkonsum entstehen (vgl. Hornung 1999). Hinzu kommt, dass der Übertritt vom Jugend- ins Erwachsenenalter bei Studierenden besonders ausgeprägt und lang andauernd ist (vgl. Krejci 1982). Speziell Studierende erkennen nach vielen Semestern ohne abgelegte Prüfungen oftmals, dass sie sich mit ihrem Versuch, weiterhin alles offen zu halten, obwohl eigentlich in dieser Phase Festlegungen erforderlich wären, letztlich viele Möglichkeiten unwiderruflich genommen haben (vgl. Bohleber 1982). Auf die verloren gegangenen Spielräume reagieren viele Studierende mit Vermeidungsverhalten, depressiven Verstimmungen oder diffusen Ängsten (vgl. Holm-Hadulla 2001). Leuzinger-Bohleber & Mahler (1993) haben in diesem Zusammenhang verschiedene Schwierigkeiten dargestellt, die im Folgenden wiedergegeben werden sollen.

Zunächst besteht die Gefahr einer verkürzten Identitätsbildung. Studierende können sich, vor allem bedingt durch die ständig wachsenden Anforderungen und ungünstigen Entwicklungen im Beschäftigungssystem (vgl. Hornung 1999), häufig nicht einmal einen kurzen Urlaub gönnen. Während der so genannten Semesterferien arbeiten die meisten Studierenden eine längere Zeit am Stück, so dass sie nicht in der Lage sind, in notwendige Zeit zu investieren, die für ihre Selbstreflexion unverzichtbar wäre. Sie setzen sich so einer andauernden enormen Druck- und Stresssituation aus, bei der häufig auch soziale Beziehungen vernachlässigt werden. Im Extremfall führt dies zu Vereinzelung und Isolation, wobei für den Identitätsbildungsprozess wichtige Begegnungen und Erfahrungen verloren gehen. Dementsprechend kann es zu einer starken Verkürzung oder sogar zu einem Abbruch dieses Prozesses kommen. Das zeigt sich vor allem in unvorhergesehenen Situationen bzw. notwendigen Anpassungsleistungen (z.B. beruflich oder im privaten Bereich), auf die diese Studierenden dann mit einer schweren psychischen Krise und einer tiefen Verunsicherung reagieren (vgl. Leuzinger-Bohleber & Mahler 1993).

Eine weitere Schwierigkeit besteht in einer schweren *Identitätskrise* bzw. *Identitätsdiffusion*. Bei mangelnden Erfolgserlebnissen, oder dem anhaltenden Gefühl im Zuge von Massenveranstaltungen nur „einer unter vielen zu sein“, von dem keine Kenntnis genommen wird, kann es zu Ohnmachts- und Insuffizienzgefühlen kommen. Die Studierenden, die diesen

Selbstwahrnehmungen keine kompensatorischen sozialen Erfahrungen und gut entwickelten psychischen Regulationsprozesse entgegensetzen können, werden sich immer mehr zurückziehen und isolieren. Die daraus resultierende Abnahme realer Situationen und Interaktionen verringert die Chance, Erfolgserlebnisse zu erzielen, die ein Gegengewicht zu der als belastend empfundenen Situation bilden könnten. Schließlich kommt es nach Leuzinger-Bohleber & Mahler (1993) zu der so genannten *Identitätsdiffusion*, in der die Grenzen zwischen Selbst und Objekt fließend werden. In diesem Zustand ist die Anfälligkeit für psychische Störungen oder Drogenkonsum als Kompensator häufig.

Die strukturellen Bedingungen der Hochschulen bergen für Studierende zusätzlich eine Vielzahl von Entwicklungschancen, vor allem hinsichtlich Entwurf und Reflexion von Normen und Interaktionsformen, aber auch Risiken. So verfügen Studierende beispielsweise einerseits, auf Grund ihrer autonomen Einteilung von Zeit und Raum, über ein beträchtliches Interaktionspotenzial, andererseits erfordern jedoch die unstrukturierten Bedingungen *eine hohe Fähigkeit zur Selbststeuerung* (vgl. Keupp, 1985). Ob die zahlreichen Freiräume letztlich progressiv oder regressiv genutzt werden, hängt unter anderem von den sinnstiftenden Kompetenzen des einzelnen Studierenden, sowie von der im Rahmen der Institution möglichen Sinnstiftung ab.

Kind & Kohler teilten studentische Belastungen bereits 1972 in sechs Bereiche ein:

1. **Schwierigkeiten beim Studium**, wie z.B. ungünstige Lernmethoden oder außerhochschulische Belastungen, die das Studium behindern.
2. **Examensschwierigkeiten**, die in Form von Überanstrengung, Panikreaktionen bis hin zu Angst auftreten können. Letztlich bewirkt diese Angst den permanenten Aufschub der Prüfungen.
3. **Sexuelle Probleme** treten oftmals als zusätzlicher Faktor zu Examensschwierigkeiten in Erscheinung, ohne dass sie als spezifisch für Studierende angesehen werden können.
4. **Schwierigkeiten in der Familie** schließen Ablösungsprozesse, die finanzielle Abhängigkeit von den Eltern oder Autoritätsprobleme mit ein.
5. **Persönliche Probleme**, wie mangelnde persönliche Reifung und innere Selbstständigkeit, entscheiden über das Ausmaß von Stress und die Reaktion

darauf. Daher kann die Fähigkeit zur Eingliederung, je nach Herkunft, sehr verschieden sein.

**6. Spezielle Faktoren, welche zusätzliche Belastungen bilden können** sind beispielsweise durch Krankheit bedingte Behinderungen, ungünstige äußere Lebensbedingungen, Zwang zur Erwerbstätigkeit oder Trink- und Rauchgewohnheiten.

Die durch Kind & Kohler (1972) aufgezeigten Bereiche weisen darauf hin, dass Studiensituation und Struktur der Hochschule zu einem wesentlichen Teil an der Entstehung von Stress beteiligt sind. Dabei handelt es sich „immer um eine enge Wechselwirkung von individuellen Persönlichkeitsfaktoren mit Bedingungen der sozialen Umwelt“ (Kind & Kohler 1972, 15). In Bezug auf die Hochschule kommt für Studierende die hohe Zunahme der Studierendenzahl erschwerend hinzu. Diese Entwicklung beeinträchtigt die Arbeitsbedingungen und prägt Wahrnehmung und Erleben des Einzelnen im Hinblick auf eine schwindende Integrations- und Sozialisationsstruktur. Die schwierige Lage auf dem Arbeitsmarkt wirkt sich ebenfalls ungünstig auf das persönliche Erleben der Studierenden aus. Befürchtungen in Bezug auf Arbeitslosigkeit oder Dequalifizierung belasten die Studierenden während des gesamten Studiums, was schließlich zu einer Desorientierung bezüglich Studienzielen, -planung, -wechsel und -abbruch führen kann (vgl. Hornung 1999).

Wie eingangs bereits dargestellt, zögert die Studienzeit nicht zuletzt durch den verlängerten Bildungsprozess den Abschluss der Spätadoleszenz erheblich hinaus. Besondere Bedeutung ist dabei auch der speziellen ökonomischen Situation beizumessen. Wie durch die Belastungen nach Kind & Kohler (1972) bereits dargestellt, sind die Studierenden in der Regel von ihren Eltern finanziell abhängig. Diese Situation erzeugt oftmals ambivalente Gefühle. Auf der einen Seite ist es äußerst angenehm, durch die monatliche Zahlungen ein Gefühl des „Versorgt-Werdens“ vermittelt zu bekommen, auf der anderen Seite wird es jedoch leicht als infantilisierend erlebt, Nahrung, Kleidung und sonstige Lebenshaltungskosten durch die Eltern gedeckt zu sehen (vgl. Krejci, 1982). Durch die Entwicklung eigener Vorstellungen, Werte und Normen sind Abgrenzung und Konfrontation mit den Eltern nicht selten, was vorhandene Schuldgefühle im Hinblick auf die „Versorgerfunktion“ der Eltern noch verstärkt. Die häufig mit den Zahlungen verknüpfte Erwartungs- und Kontrollhaltung der

Eltern, die sich auf sämtliche Lebensbereiche beziehen kann, lösen in diesem Zusammenhang Macht- bzw. Ohnmachtskonflikte aus. Bei Studierenden, die den vollen BAföG-Satz bekommen, sind diese Konflikte zwar nicht ausgeschlossen, aber es fällt ihnen zum Beispiel leichter, die *materielle und psychische Abhängigkeit* nicht ständig gegeneinander auszuspielen oder miteinander zu verwechseln.

Selbst wenn die „geforderten“ Leistungsnachweise erbracht werden, ist damit nicht automatisch gesichert, dass diese auch akzeptiert, geschweige denn verstanden werden. Gerade im Bereich bäuerlicher oder Arbeiterfamilien wird der Umgang mit Büchern oftmals nicht als Arbeit aufgefasst und die Schwierigkeiten Studierender stoßen selten auf Verständnis. „Lernen und intellektuelles Arbeiten ist aber eine hoch organisierte, geistig-seelische Tätigkeit und wegen ihrer Komplexität äußerst störanfällig und von Versagen bedroht“ (Krejci 1982, 55). Während ausbleibender Erfolg das Selbstbewusstsein von Studierenden gefährdet und die Abhängigkeit von den Eltern durch die inneren Verpflichtungen verstärkt, trägt eintretender Erfolg dagegen zur Ablösung bei. Im Hinblick auf die emotionale Unterstützung durch die Eltern ist noch von Bedeutung, ob diese das Studium „ihres Kindes“ als dessen eigenen Weg sehen, oder lediglich als die Erfüllung ihrer eigenen Wünsche. Nur im ersten Fall wird die Unterstützung als positiv und bestärkend erlebt, und nicht als Bedrohung der eigenen Autonomie gesehen. Bei weiblichen Studierenden kommt zusätzlich eine häufiger auftretende Angst vor Erfolg hinzu (vgl. Selling 2001). Grund dafür kann z.B. eine intensivere Verstrickung in innere Loyalitäten sein, wie der Beziehungsorientierung einerseits und dem Wunsch nach Autonomie andererseits. Aber auch zu hohe und perfektionistische Ansprüche an sich selbst oder zu viele Ziele auf einmal können Erfolgsangst begünstigen. Selling vermutet dahinter eine unbewusste Strategie, bei einem möglichen Scheitern eine vernünftige Erklärung und Entschuldigung zu haben, sowie den Erfolg in einem Bereich durch den Einsatz in zu vielen Bereichen zu verhindern. Weitere mögliche Gründe für die Erfolgsangst bei Frauen können beispielsweise der oftmals fehlende emotionale Rückhalt in Bezug auf die Karriere sein, oder auch das Problem vieler Frauen, ihre Leistungen auf ihre eigenen Fähigkeiten zurückzuführen (vgl. ebd.).



Krejci (1982) bezeichnet die Studentenzeit auch als „psychosoziales Moratorium“, in dem zahlreiche Faktoren auf die Studierenden einwirken, die die natürliche Entwicklung verzögern. Eine wichtige Rolle spielen dabei auch der Vorgang des Lernens und die akademischen Prüfungen. Durch die Gewichtung von Zehntel-Noten verlangen Studierende oftmals die Vermittlung abfragbarer Fakten, was Krejci als Musterbeispiel für die Verstärkung von regressiven Verhaltensweisen durch administrative Maßnahmen sieht. Prüfungen, die lediglich isolierte Informationen abfragen, veranlassen Studierende diese auch so zu lernen. Nach Krejci sind solche Prüfungen ein Faktor zur Verkindlichung von Studierenden, da die passive Gehorsamshaltung honoriert wird.

Um die dargestellten vielfältigen Anforderungen und teilweise ambivalenten Situationen zu bewältigen, gibt es neben den eingangs bereits erwähnten Reaktionen in Form körperlichen bzw. psychischen Leidens oder Drogenkonsums noch weitere Krisenverarbeitungsmuster bei Studierenden. Keupp (1985) hat diese in vier Grundmuster unterteilt:

1. Ein großer Teil der Studierenden hat eine Art Arbeitnehmermentalität in Bezug auf das Studium aufgebaut. Die Hochschule wird dabei als Kanalisationssystem angesehen, das es schnellstmöglich und ohne größere Zwischenfälle zu durchlaufen gilt. Ziel dabei ist ein formaler Qualifikationsnachweis, der eine Eignung für höher qualifizierte Stellen bestätigt.
2. Auf Grund mangelnder Identifikationsmöglichkeiten mit dem vielfältig fragmentierten Wissensstoff und der fortschreitenden Durchrationalisierung des Hochschulbereichs, die auch als Bedrohung erlebt wird, reagieren einige Studierende mit der Suche nach kollektiver Selbstbetroffenheit. Es erfolgt eine Überidentifikation mit Angeboten wie Selbsterfahrung oder Gruppenprozessen, die Keupp als „Aufstand der Sinne gegen ein Studium ohne Sinn“ (1985, 327) bezeichnet.
3. Eine andere Möglichkeit bietet die Flucht ins Gegenstandsinteresse, wobei die wissenschaftliche Erkenntnis zur Lebensaufgabe gemacht wird.
4. Eine deutlich zunehmende Art, auf die Situation zu reagieren, ist die hohe Anzahl Studierender, die zwar formal weiterhin eingeschrieben sind, faktisch

aber nicht mehr in der Hochschule in Erscheinung treten, was auch als „Absentismus“ bezeichnet werden kann. (vgl. ebd., 326 ff.).

Genau genommen hat keine der hier dargestellten Varianten studentischer Reaktionsformen eine Chance, „die Einheit des Subjekts in der gegenwärtigen Universität zu retten“ (ebd., 328).

### **3.3 Psychische Schwierigkeiten von Studierenden**

Im frühen Erwachsenenalter werden oft die „...entscheidenden Weichen hin zu einer stabilen Verfassung einerseits oder aber zur pathologischen Entwicklung andererseits gestellt“ (Leuzinger-Bohleber 2001, 14). Deshalb wird das junge Erwachsenenalter als potenzielle Krisensituation deklariert. Jedoch bedeutet Krise auch Chance zur Entwicklung, denn ohne sie kann Entwicklung kaum stattfinden (vgl. Holm-Hadulla 2001). Sie ist notwendig und sinnvoll für die Ausgestaltung der eigenen Identität (vgl. Hahne 1999).

In den folgenden Unterkapiteln sollen zunächst Begriffsbestimmung, Prävalenz und Ätiologie der jeweiligen Störungsbilder erläutert werden, bevor die Ergebnisse konkret auf die Studierenden transferiert werden.

#### **3.3.1 Riskanter Substanzgebrauch im jungen Erwachsenenalter**

##### *Begriffsbestimmung*

Die Begriffe „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ sind in der heutigen Fachliteratur als die allgemein anerkannten Termini zur Charakterisierung übermäßigen Drogengebrauchs zu finden. Der Begriff „Abhängigkeit“ ist 1964 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Zusammenhang mit dem Konsum chemischer Substanzen ins Leben gerufen worden, um den eher unscharfen und mehrdeutigen Begriff „Sucht“ abzulösen (vgl. Trost 2000). Abhängigkeit wird heute als Krankheit anerkannt. Jedoch wird der Begriff Krankheit sehr unterschiedlich definiert, so dass er in den modernen Diagnoseinstrumenten durch den neutraleren Begriff „Störung“ ersetzt worden ist und dort von Störungen durch Substanzkonsum gesprochen wird (vgl. Wittchen & Argandona 2000). Auch die Bezeichnung „Missbrauch“ sollte gemäß der WHO durch den Begriff „schädlicher Gebrauch“ ersetzt werden. Doch werden die beiden Begriffe sowohl im allgemeinen Sprachgebrauch als auch im „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ in seiner vierten Fassung (DSM-IV) als

eines der derzeit gängigen Klassifikationssysteme für psychische Probleme noch weitgehend als inhaltlich deckungsgleich verwendet (vgl. Uchtenhagen 2000). Neben Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, schädlichem Gebrauch und Sucht gibt es noch weitere Bezeichnungen, wie „riskanter“ oder „problematischer Substanzkonsum“. Sie sollen das beschreiben, was sowohl Missbrauch als auch Abhängigkeit definieren. Damit ist eine eindeutige Unterscheidung zwischen beiden Bezeichnungen aufgehoben, die dazu verleitet, zu glauben, dass „...sich vom Missbrauch zur Abhängigkeit ein qualitativer Sprung vollzieht und es sich um klinisch völlig differente Gruppen handelt“ (Kruse et al. 2000, 46). Die oben genannten Begrifflichkeiten werden in der Literatur sehr breit und vielfach synonym benutzt. Da es im vorliegenden Abschlussbericht nicht darum gehen soll, allumfassende Definitionen herauszuarbeiten oder zu bestimmen, ist es naheliegend, im Folgenden einige der Begriffe ebenfalls parallel zu verwenden. Nach welchen diagnostischen Kriterien sich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit klassifizieren lassen, soll Gegenstand der folgenden Ausführungen sein. Bevor dann auf die ätiologischen Aspekte von Missbrauch und Abhängigkeit einschließlich deren Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen wird, erscheint es sinnvoll, zunächst ein Bild davon zu vermitteln, wie sich Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Cannabis bezüglich ihrer Prävalenzen und Wirkungsweisen darstellen.

### *Alkohol*

Aus fachlicher Sicht ist Alkohol neben Genuss- und Nahrungsmittel eine Droge, die sowohl körperlich als auch psychisch abhängig machen kann. Der Konsum von Alkohol gilt dann als problematisch, wenn schweres Trinken (fünf oder mehr typische Einheiten eines Getränks hintereinander) regelmäßig (mehrmals im Monat) erfolgt und mit negativen Verhaltenskonsequenzen (etwa Schuleschwänzen, Absentismus) einhergeht (Silbereisen 1998).

Obwohl Alkohol legal ist, ist er eine der gefährlichsten Freizeitdrogen, da er schon von Grundschulkindern probiert wird und noch im hohen Erwachsenenalter zum Problem werden kann (vgl. Comer 2001). 1991 wiesen nach einer europaweiten Studie bereits 20% der 11- bis 15- Jährigen schweres Trinken auf (vgl. Silbereisen 1998). 1995 hat eine Bundesstudie zum

Alkoholkonsum in Deutschland ergeben, dass 13,3% (6,5 Mio.) der 18- bis 59-Jährigen Alkoholmissbrauch (Punktprävalenz) betreiben. Die Zahl der Alkoholabhängigen wird auf 2,5 Millionen Personen geschätzt. Dabei sind die Werte schädlichen Konsums bei Männern durchweg höher als bei Frauen (vgl. Bühringer et al. 2000).

Bei keiner anderen psychotropen Substanz gibt es so umfassende Folgeschäden wie beim Alkohol. Diese schlagen sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene nieder. Infolge chronischen oder übermäßigen Alkoholkonsums stellen sich den ganzen Körper betreffende Störungen ein: Arterienverkalkung, Impotenz, Nervenentzündungen sowie bleibende Hirn-, Herz- oder Leberschäden sind nur einige der möglichen Folgen (vgl. Trost 2000). Eine durch Alkoholmissbrauch bedingte Hirnschädigung kann darüber hinaus etliche psychische Störungen verursachen, wie z.B. ein Alkoholdelir oder ein Korsakow-Syndrom (vgl. Feuerlein et al. 1999). Schließlich gefährdet übermäßiges Trinken primäre Bezugssysteme wie Familie und Freunde genauso wie die Gesellschaft insgesamt. Im sozialen Umfeld kann es zu Streit und Abkapselung kommen. Die Gesellschaft trägt z.B. durch Erwerbsunfähigkeit vieler Bürger enorme volkswirtschaftliche Kosten. Eine verkürzte Lebenserwartung, Obdachlosigkeit und das Abgleiten in kriminelle Handlungen sind ebenfalls soziale Folgen von riskantem Alkoholgebrauch (vgl. Trost 2000). Auch Menschen, die keinen missbräuchlichen Alkoholkonsum aufweisen, können in Mitleidenschaft gezogen werden. Das sind zum einen die Verkehrsteilnehmer, die durch Alkoholunfälle geschädigt werden. Zum anderen sind das die Kinder von Alkoholsüchtigen, die in gestörten Familienverhältnissen aufwachsen, wo sie oft Streit, sexuellem Missbrauch und körperlichen Misshandlungen ausgesetzt sind. Leider sind es meist erst die körperlichen Folgeschäden des übermäßigen Alkoholkonsums, die ein gewisses Problembewusstsein und eine Behandlungsbereitschaft erwirken (vgl. Kruse et al., 2000).

### *Tabak*

Die heute bei weitem häufigste Form des Tabakkonsums ist das Zigarettenrauchen.

Heute gilt Tabak als eine der weltweit am stärksten konsumierten Drogen (vgl. Bornhäuser 2002). Nach einer Repräsentativerhebung im Jahr 2000 rauchten in Deutschland 34,8% (16,7 Mio.) der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren (vgl. Kraus & Bauernfeind 1998). Davon rauchten 87% täglich. Im Jahr 2001 bezeichneten sich 38% der 12- bis 15-Jährigen als gelegentliche oder ständige Raucher. Davon waren 11% beim Konsum ihrer ersten Zigarette jünger als 11 Jahre. Bis zum Alter von 20 bis 21 steigt die Prävalenzrate kontinuierlich auf 48% an, bleibt in den Altersgruppen bis 40 Jahre relativ konstant und sinkt in den höheren Altersgruppen bis auf 30% bei den 50- bis 59-Jährigen wieder ab. Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen. Unter den jungen Menschen rauchen ebenso viele Frauen wie Männer (vgl. Bornhäuser 2002, Kröger et al. 2002).

Rauchen stellt eine der häufigsten Ursachen von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod dar. So tragen Raucher gegenüber Nichtrauchern nicht nur ein doppelt so hohes Krebsrisiko, sondern sie sind langfristig auch stärker gefährdet für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Lungenerkrankungen wie Bronchitis. Auch Passivraucher können beträchtliche Gesundheitsschäden wie Lungenkrebs oder Herzerkrankungen davon tragen (vgl. Bühringer 2002). Übermäßiger Tabakkonsum hat nicht so schwerwiegende soziale Konsequenzen wie erhöhter Alkoholgebrauch. Sozialer Abstieg oder eine Gefährdung sozialer Beziehungen infolge hohen Zigarettengebrauchs werden in der Literatur nicht genannt. Nichts desto trotz entstehen, ähnlich wie beim Alkoholmissbrauch, durch die vorzeitige Sterblichkeit der Raucher und Gesundheitsleistungen, die den Tabakkonsum betreffen, auch große gesellschaftliche Schäden. Nach Bergmann & Horch (2000) entstehen der Volkswirtschaft aufgrund des Missbrauchs der „Alltagsdrogen“ Alkohol und Tabak jährliche Schäden in Höhe von fast 40 Mrd. Euro. Dem standen im Jahre 2002 Einnahmen an Alkoholsteuern in Höhe von lediglich 3,38 Mrd. Euro und an Tabaksteuern in Höhe von 13,77 Mrd. Euro gegenüber.

### *Cannabis*

Keine andere Droge wird im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit, gesundheitlichen Folgeschäden und ihr Abhängigkeitspotential so kontrovers diskutiert wie Cannabis (lateinisch für Hanf). Cannabis bezeichnet die aus der Hanfpflanze gewonnenen Rauschmittel Haschisch und Marihuana. Beim Haschisch handelt es sich um gepresste Platten oder Stangen, die aus dem Harz der weiblichen Hanfblüte hergestellt werden. Marihuana besteht aus den zermahlenden Blättern der weiblichen Hanfpflanze (vgl. MFJFG 2001, Pallenbach & Ditzel 2003). Haschisch und Marihuana unterscheiden sich vor allem durch ihre verschiedenen hohen Wirkstoffkonzentrationen und werden meist mit Tabak gemischt als „Joint“ geraucht. Ob Cannabis körperlich abhängig machen kann, ist heute umstritten, eine psychische Abhängigkeit ist jedoch möglich. Im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin ist Cannabis in Deutschland illegal (vgl. Krausz & Lambert 2000).

Nach Kraus & Bauernfeind (1998) stehen Haschisch- und Marihuanakonsum mit fast 90% an der Spitze illegalen Drogengebrauchs. 14,6% (5,8 Mio.) der 18- bis 59-jährigen Westdeutschen, davon 3,9 Millionen Männer und 1,9 Millionen Frauen, geben an, mindestens einmal im Leben eine illegale Droge genommen zu haben. Dabei ist der Konsum der 18- bis 29-Jährigen etwa doppelt so hoch wie bei den 30- bis 59-Jährigen. Allerdings müssen die schlechte Erreichbarkeit illegaler Drogennutzer und die dadurch entstehende Dunkelziffer in der Studie berücksichtigt werden.

Weil Cannabis meist geraucht wird, können nach langfristigem Konsum ähnliche gesundheitliche Risiken auftreten wie beim Tabakrauchen. Außerdem enthält der Cannabisrauch viele Schadstoffe, deren gesundheitliche Wirkung noch ungeklärt ist (vgl. Krausz & Lambert 2000). Ob der Konsum die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit verringert, ist umstritten. Bei vorhandener Veranlagung kann Cannabiskonsum wohl Auslöser, nicht jedoch Ursache, für psychiatrische Erkrankungen sein (drogeninduzierte Psychose). Bei seltenem Cannabisgebrauch konnten bislang keine Gesundheitsschäden ausgemacht werden (vgl. BzGA 2003). Allgemein wird Cannabis heute nicht mehr als Einstiegsdroge für „härtere“ Drogen wie Heroin betrachtet. Der Begriff „weiche“ Droge, der eine prinzipielle Harmlosigkeit der Substanz suggeriert, ist für Cannabis aber nicht passend. Immerhin wird mit seinem Gebrauch die

Schwelle zu den illegalen Drogen überschritten (vgl. Pallenbach & Ditzel 2003), und es bestehen zahlreiche neuropsychologische Risiken, insbesondere bei sehr jungen Konsumenten. Dem Konsum von Cannabis wiederum geht meist der Gebrauch legaler Substanzen wie Tabak voraus (vgl. z.B. Hurrelmann 1991; Silbereisen 1998, Krausz & Lambert 2000). Missbrauch und Abhängigkeit fangen nicht erst mit der Einnahme einer psychotropen Substanz an oder hören mit deren Absetzen auf. Die Entstehungsbedingungen sind weitaus vielfältiger und sollen im Folgenden behandelt werden.

Während die ersten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum vorwiegend in der Adoleszenz ausprobiert werden, bildet der mehr oder minder regelmäßige Konsum legaler Substanzen einen integralen Bestandteil der Sozialisation im jungen Erwachsenenalter (vgl. Hurrelmann 1991, Bornhäuser 2001). Die Jugendlichen, die lang anhaltenden Alkohol- und Drogengebrauch aufweisen, sind nach Silbereisen (1998) in der frühen Kindheit durch Anpassungsprobleme, wie Aggressivität, Aufmerksamkeitsstörungen oder Impulsivität belastet, während ihre Umgebung nicht entsprechend auf ihre Anforderungen reagieren kann. Oftmals leidet das familiäre Umfeld selbst an sozialer Randständigkeit und Problemverhalten, was bei diesen Kindern zu einer zusätzlichen Belastung führt. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich der Konsum von Alkohol und Drogen als ein Symptom einer Anpassungsstörung unter vielen. Dagegen spielen bei Jugendlichen, deren Konsum vor allem oder ausschließlich auf die Jugendphase beschränkt ist, eher strukturelle Probleme eine Rolle. Hierzu zählen beispielsweise die früher einsetzende sexuelle Entwicklung im Gegensatz zur verspäteten beruflichen Selbstständigkeit, die es den Jugendlichen erschwert, eine befriedigende soziale Rolle zu finden. Der Substanzkonsum vermittelt in diesem Zusammenhang vermeintlich die Aneignung der Attribute des vollständigen Erwachsenenstatus (vgl. Silbereisen 1998). Parallel steigt mit der Zunahme des Konsums aber auch die Gefahr einer Abhängigkeit. So müssen laut Allgöwer (2000) ca. 10% der 21- bis 24-Jährigen als alkoholgefährdet angesehen werden. Amerikanische Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass junge Erwachsene, die das Elternhaus verlassen, deutlich mehr Alkohol und Tabak konsumieren als zuvor. Der Drogengebrauch sei demnach eng geknüpft an die Bewältigung

lebensbezogener Übergangskrisen und ein Symbol erlangter Freiheit und Selbstständigkeit. Begünstigt wird der Alkohol- und Drogengebrauch zusätzlich durch negative Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. Probleme mit der Selbststeuerung. Dabei stellen die so genannten Alltagsdrogen (Alkohol, Nikotin) auf Grund der gesellschaftlichen Akzeptanz und leichten Erreichbarkeit eine erhebliche Gefahr für Jugendliche dar. Bei ihnen treten Folgeschäden schneller auf und eine Abhängigkeit kann sich leichter entwickeln (vgl. Petermann & Petermann 1992). Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten ist nach Petermann & Petermann im frühen Erwachsenenalter deutlich geringer als in der Jugend. Allerdings haben laut der Drogenaffinitätsstudie immerhin 37% der 18- bis 25-Jährigen schon mindestens einmal eine illegale Droge genommen, davon zu 96% Cannabis (vgl. BzgA 2001). Der Gebrauch von Cannabis ist vor allem eine entwicklungstypische Erscheinung, die mit zunehmendem Alter wieder in den Hintergrund tritt (vgl. Hurrelmann 1997). So konnte gezeigt werden, dass junge Menschen ihren Marihuanagebrauch als Folge oder in Erwartung von Heirat und Elternschaft reduzierten oder ganz einstellten (vgl. Silbereisen 1998). Jedoch kann sich ein solches Experimentierstadium auch zu einer Gewohnheitsphase entwickeln (BzgA 2001). Die zumeist noch mangelhafte soziale und berufliche Stabilität in diesem Lebensabschnitt stellt laut Bornhäuser (2001) eine ebenso schlechte Ausgangsposition für ein Leben ohne Drogen und einen negativen Prognosefaktor für eine Abhängigkeit dar. Weil diese Lebensphase durch das schrittweise Hineinwachsen in Vorrechte und Verantwortungen geprägt ist, gehört der verantwortliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu den Entwicklungsaufgaben des Jugendalters. Übermäßiger Drogengebrauch ist dabei als ein Symptom von Anpassungsstörungen zu verstehen (vgl. Hurrelmann 1997, Silbereisen 1998). Durch die vielseitigen Änderungen struktureller Merkmale in den verschiedenen Lebensbereichen dient der Substanzkonsum den jungen Erwachsenen oftmals als scheinbar einzige Bewältigungsstrategie. Sie haben relativ früh die Möglichkeit, im Freizeit- und Konsumbereich bei der Nutzung von Gebrauchs- und Verbrauchsgütern einschließlich von Genussmitteln sowie legalen und illegalen Drogen autonom zu handeln und zu entscheiden (vgl. Hurrelmann 1991). Jessor (1987) spricht im Zusammenhang mit problematischem Verhaltensweisen auch von der



Funktion, Solidarität mit der Peergroup auszudrücken, oder sich mit der entsprechenden Jugendkultur zu identifizieren. Diese Identifikation erfolgt dann beispielsweise durch das Rauchen von Zigaretten oder Cannabis, das Trinken von Alkohol oder das Fahren nach Alkoholkonsum. Als deutlichste Funktion problematischen Konsums bezeichnet Jessor (1987) jedoch die des „transition markers“ als Möglichkeit, in einen höheren Reifestatus zu gelangen. Diese Funktion ergibt sich aus den engen Bezügen zu den Lebensübergängen und -einschnitten. Vor diesem Hintergrund kann problematischer Konsum für die jungen Erwachsenen die Erfüllung wichtiger Ziele ihrer psychosozialen Entwicklung darstellen. Nach Leuzinger-Bohleber & Mahler (1993) besteht besonders für junge Erwachsene eine erhöhte Gefahr, chronischen Ohnmachts- und Insuffizienzgefühlen ausgesetzt zu sein und nur selten Erfolgserlebnisse zu erfahren. Schließlich kann es zu Perspektivlosigkeit und Zukunftsangst in Verbindung mit dem Gefühl der absoluten Bedeutungslosigkeit in Bezug auf die eigene Person kommen. Diese Erfahrung erhöht die Wahrscheinlichkeit von Fehlverhalten und Gewalthandlungen sowohl in Bezug auf andere als auch auf sich selbst, wie z.B. in Form des Substanzmissbrauchs. Die Bedeutung des Verlaufs der Identitätsbildungsprozesse, vor allem im Hinblick auf Alkohol- und Drogengebrauch, wurde bereits im Vorfeld mehrfach betont. Bohleber (1982) beschreibt in diesem Kontext starken Alkohol- bzw. Drogenkonsum als Verweigerung einer gesellschaftlichen Integration, das Vermeiden von Festlegungen. Die als konflikthaft erlebten Festlegungen werden auf diese Weise kompensiert.

### **3.3.2 Psychiatrische Erkrankungen**

#### *Affektive Störungen*

Der psychiatrische Sprachgebrauch ist im Gebiet der affektiven Erkrankungen nicht einheitlich. Außer von „affektiven Störungen“ wird auch von „affektiven Psychosen“ oder von „manisch-depressiven Erkrankungen“ gesprochen. All diese Begriffe umschreiben eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage, die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern kann: In eine krankhaft gehobene Stimmung (Manie) und in eine krankhaft niedergedrückte Stimmung (Depression) (vgl. Dilling et al. 2001). Treten beim gleichen Kranken depressive und manische Phasen auf, so wird von einer „bipolaren Störung“ gesprochen.

Ausschließlich depressive oder manische Episoden werden hingegen als „unipolare Störungen“ bezeichnet (vgl. Tölle & Windgassen 2003).

In Europa weisen etwa 0,2 bis 1% der Erwachsenen ein Lebenszeitrisiko auf, an einer affektiven Psychose zu erkranken (vgl. Jakubaschk 1997). Davon erkranken 66% an einer unipolaren Depression, die damit die häufigste affektive Störung darstellt. Das Lebenszeitrisiko bei bipolaren Störungen liegt bei 26% (vgl. Dörner et al. 2002). Während es bei den bipolaren affektiven Störungen keinen Unterschied der Erkrankungshäufigkeit bei den Geschlechtern gibt, erkranken bei den Depressionen doppelt so viele Frauen wie Männer. Bipolare Verläufe beginnen früher als unipolare Verläufe, d.h. meist schon in der Adoleszenz (vgl. Berger & van Calker 2004).

Weil die unipolare Depression die häufigste Form der affektiven Störungen darstellt, beschränkt sich dieses Kapitel weitgehend auf eben diese. Die Depression ist gekennzeichnet von einer Vielzahl von Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination. Die beiden internationalen Klassifikationsschemata DSM-IV und ICD-10 versuchen, die Symptome derzeit zu vereinheitlichen. Unterschieden wird dabei zwischen der rezidivierenden „Major Depression“ bzw. „depressiven Episode“, die nach DSM-IV mindestens zwei Wochen besteht und der „Dysthymie“ als einer Depressionsform in leichterem, aber chronischer Ausprägung von mindestens zwei Jahren (vgl. Berger & van Calker 2004). Weitere Ausführungen sollen sich auf depressive Episoden beschränken, da sie weitaus häufiger im jungen Erwachsenenalter vorkommen, als dysthyme Störungen (vgl. Kasper et al. 2002). Depressive Episoden im Jugendalter sind oft so kurz, dass sie sich gänzlich einer Diagnose entziehen und sich erst retrospektiv diagnostizieren lassen, zumal Stimmungsschwankungen im Reifungsalter etwas ganz „Normales“ sind (vgl. Tölle & Windgassen 2003). Selbst eine nur teilweise Besserung oder Chronifizierung depressiver Erkrankungen kann sowohl zu bleibenden sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen und sozialem Rückzug führen als auch zu dem Risiko, bisherige Interessen, die Arbeitsstelle und Bezugspersonen zu verlieren. Außerdem besteht im Rahmen misslungener Suizidversuche die Gefahr von Dauerschäden, wie z. B. durch selbst verursachte Verkehrsunfälle (vgl. Berger & van Calker 2004).

### *Angststörungen und Phobien*

Angst ist ein Phänomen, das bei allen gesunden Menschen anzutreffen ist. Wenn Ängste pathologisch geworden sind, wird von Angststörungen gesprochen. Angststörungen zählen zu den Neurosen, die im Unterschied zu den Psychosen mit einem ungestörten Realitätsbezug und Krankheitseinsicht einhergehen (vgl. Lackinger-Karger 2002). Der Begriff „Angststörung“, auch „Angsterkrankung“ genannt, entstammt dem 1895 von Freud geprägten Begriff der „Angstneurose“, von dem er die heute als „Phobie“ bezeichnete „Angsthysterie“ abgrenzte (vgl. Angenendt et al. 2004). Man spricht von Angststörung, wenn sich die Angst nicht an konkreten Dingen festmachen lässt, von Phobie, wenn sie an bestimmte Situationen oder Objekte gebunden ist (vgl. Tölle & Windgassen 2003). Die Angstneurose wird unterteilt in „Panikstörung“ und „generalisierte Angststörung“. Phobien gliedern sich in „Agoraphobie“, „soziale Phobie“ und „spezifische Phobie“. Im ICD-10 sind alle Formen, beispielsweise auch die Posttraumatische Belastungsstörung und die Zwangsstörung, unter dem Oberbegriff „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ zusammengefasst (vgl. Dilling et al. 1994).

Nach epidemiologischen Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben gehören Angsterkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% zu den häufigsten psychischen Störungen. Am weitesten verbreitet sind die Phobien. Von den Angsterkrankten leiden 13% an einer sozialen, 9% an einer spezifischen und 5% an einer Agoraphobie. Panikstörungen sind nach neueren Studien bei 3% der Allgemeinbevölkerung, generalisierte Angststörungen bei 5% zu finden. Insgesamt leiden Frauen doppelt so häufig an einer Angststörung wie Männer, wobei das Erstauftreten der Erkrankung in jedem Lebensalter, am häufigsten jedoch bis zum 20. Lebensjahr, möglich ist (vgl. Angenendt et al. 2004). Angststörungen und Phobien können beträchtliche Folgeschäden in seelischer, körperlicher, psychosozialer und ökonomischer Hinsicht haben. Menschen mit pathologischer Angst entwickeln nicht nur häufig Erwartungsängste, d.h. eine Angst vor der Angst, sondern versuchen auch, ihre Angst mit Drogen oder Gefahrensport zu kompensieren. Während Angststörungen meist mit Rückzugs- und Vermeidungsverhalten einhergehen, sind Phobien mit weniger Einschränkungen verbunden, weil die auslösende Situationen zum Teil

umgangen werden können (vgl. Faust 2000). Einbußen der Lebensqualität und Einbrüche des Selbstwerterlebens haben oft negative Einflüsse auf familiäre und soziale Beziehungen, erhöhen das Suizidrisiko und werden letztendlich zu einem finanziellen Wirtschaftsfaktor (vgl. Angenendt et al., 2004). Viele Symptome psychischer Krankheiten greifen ineinander über und lassen sich nur durch ihre spezifische Kombination untereinander als eine bestimmte Störung diagnostizieren. Ängste, Wahn und depressive Begleiterscheinungen können bei fast allen psychischen Erkrankungen zusätzlich auftreten. So liegen die psychischen Störungen nah beieinander und sind sich auch hinsichtlich ihrer Entstehungsbedingungen ähnlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Entstehung psychischer Störungen einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge unterliegt und ein breitgefächertes Spektrum an Folgeschäden aufweist (vgl. das biopsychosoziale Krankheitsmodell nach Engel 1977, 204-208).

Da der Ausbruch vieler psychischer Erkrankungen im frühen Erwachsenenalter liegt, sind sie für die besagte Lebensperiode ebenso bedeutend wie Substanzstörungen. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung zwischen 15 und 25% der jungen Menschen an einer psychischen Störung, darunter am häufigsten Angst- und affektive Störungen, erkranken (vgl. Soeder et al. 2001). Das junge Erwachsenenalter ist geprägt von einer Vielzahl an latenten Widersprüchen in der Gesellschaft, welche ausgehalten werden müssen. So sind z.B. Trennung von den Eltern und Bindung an fremde Menschen gleichzeitig Aufgabe. Für diese Widersprüche sind junge Erwachsene besonders anfällig. Die Trennung von den Eltern bedeutet auch, alte Liebesobjekte aufzugeben und den damit verbundenen vertrauten Halt im Leben zu verlieren. Deshalb ist der Trennungsprozess oft mit Trauer und Depressivität belastet, die in schwerer Ausformung sogar bis hin zum Suizid führen können (vgl. Teuwsen 2001).

### 3.3.3 Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen

#### *Begriffsbestimmung*

Die Begriffe „Komorbidität“, „multiple“, „Dual-“ oder „Doppeldiagnose“ meinen das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum (vgl. Moggi 2002, Stieglitz & Freyberger 2004). Demnach wird auch von Komorbidität gesprochen, wenn auf der einen Seite eine Störung durch Substanzkonsum wie Missbrauch oder Abhängigkeit vorliegt und gleichzeitig, oder auch über die Lebenszeit hinweg, eine weitere psychische Störung wie eine Schizophrenie, affektive Störung oder Angststörung diagnostiziert wird. Dabei ist die Komorbidität im Gegensatz zum heute nur noch selten verwendeten Begriff „Doppeldiagnose“ nicht grundsätzlich auf das Vorhandensein von zwei Störungen begrenzt (vgl. Wittchen 1996). Im Folgenden sollen die genannten Termini *synonym* benutzt werden. Allgemein kann im Hinblick auf zeitliche Zusammenhänge bei Doppeldiagnosen zwischen der *simultanen Komorbidität* und der *sukzessiven Komorbidität* unterschieden werden. Bei der simultanen Komorbidität liegen mehrere Störungen gleichzeitig bei einer Person vor. Die sukzessive Komorbidität ist durch das Auftreten verschiedener Störungen zu unterschiedlichen Zeiten gekennzeichnet (vgl. Wittfoot & Driessen 2000). Des Weiteren kann zwischen der *internen Komorbidität*, bei der die vorhandenen Störungen derselben diagnostischen Klasse angehören, z.B. soziale Phobie und Agoraphobie, und der *externen Komorbidität*, bei der Störungen unterschiedlicher Störungsgruppen vorliegen, z.B. Angststörung und Störungen durch Substanzkonsum, differenziert werden (ebd.). Der Schwerpunkt soll hier auf der externen Komorbidität liegen, bei der nicht zwischen simultan und sukzessiv unterschieden wird.

Komorbidität ist laut Krausz et al. (2000, 3) ein „...wissenschaftliches Schwerpunktthema der 90er Jahre...“ und stellt nach Löhner (2002) auch heute noch einen Forschungsschwerpunkt dar. Es wurde anhand internationaler evaluativer Untersuchungen aufgezeigt, dass unter Drogenabhängigen psychische Störungen wesentlich häufiger auftreten, als in der Normalbevölkerung. Ebenso auffällig ist der erhöhte zusätzliche

Substanzkonsum bei Patienten mit psychischen Störungen (Krausz et al. 2000). In der Literatur findet sich eine Reihe von deutschen Studien zur Komorbidität von Substanzstörungen mit anderen psychischen Störungen. Es handelt sich hier jedoch überwiegend um Untersuchungen, die sich auf stationär behandelte Patienten beziehen. Laut Lieb & Isensee (2002) kann eine Verzerrung der Befunde durch Stichprobenselektivität daher nicht ausgeschlossen werden. Das „National Comorbidity Survey“ (NCS) und das „Epidemiological Catchment Area Program“ (ECA), auf die in der aktuellen Fachliteratur zum Großteil zurückgegriffen wird, haben Komorbiditätsbefunde an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ermittelt. Sie liefern die bislang differenziertesten Ergebnisse zur Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum mit anderen psychischen Störungen (vgl. Gournay et al. 1997). Das NCS wurde zwischen 1990 und 1992 von Kessler et al. (1994) an 8.098 amerikanischen Bürgern im Alter von 15 bis 54 Jahren durchgeführt. Das ECA erfolgte zwischen 1980 und 1984 an 18.571 Personen zwischen 18 und 65 Jahren in den USA unter der Leitung von Regier et al. (1990). Da sich die beiden Studien in ihren Ergebnissen nicht wesentlich voneinander unterscheiden, bezüglich der Schizophrenie jedoch einzig das ECA bevölkerungsbezogene Befunde zur Komorbidität mit Alkoholstörungen vorlegt (vgl. Lieb & Isensee 2002), soll ihm der Vorzug bei der Darstellung der Prävalenzen gegeben werden. Komorbidität von problematischem Substanzkonsum mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Neuere Analysen der ECA-Studie zeigen, dass Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu nicht schizophrenen Menschen häufiger zusätzliche Störungen offenbaren, die durch Drogenkonsum bedingt sind. So weisen 47% der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose Schizophrenie gleichzeitig einen stofflichen Missbrauch oder eine Abhängigkeit, überwiegend von Alkohol oder Cannabis, auf. Auf der anderen Seite erkrankten Alkoholiker zu 3,8% zusätzlich an einer Schizophrenie. Die Studie bestätigt, dass Patienten mit dieser Komorbidität eher in klinischen Zusammenhängen auftauchen (vgl. Drake et al. 1994, Gournay et al. 1997). Die Untersuchung zeigt weiterhin auf, dass auch Depressionen, überzufällig häufig mit Substanzstörungen auftreten. 13,4% der Alkoholiker erkrankten zusätzlich an einer affektiven Störung und 21,8% der Probanden mit affektiven Störungen leiden zusätzlich an Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Unter den Abhängigen von illegalen

Drogen erfüllen 35% die Kriterien einer affektiven Störung. Auch Tabakabhängigkeit geht häufig mit affektiven Störungen einher (vgl. Lieb & Isensee 2002). Für die Komorbidität von Alkoholismus und Angststörungen sind von Regier et al. folgende Daten gefunden worden: 19,4% der Alkoholabhängigen und -missbraucher erkranken zusätzlich an einer Angststörung. 17,9% der Probanden mit einer Angststörung erkranken zusätzlich an problematischem Alkoholkonsum. Ebenso kann aufgezeigt werden, dass Menschen mit Missbrauchs- und Abhängigkeitsmustern von illegalen Drogen und Nikotin bemerkenswert häufig unter Angststörungen leiden (vgl. Lieb & Isensee 2002). Insgesamt stimmen die ECA- und die NCS-Befunde darin überein, dass mehr als die Hälfte (53,1% im ECA und 51,4% im NCS) der Probanden mit Störungen durch Substanzkonsum irgendwann einmal in ihrem Leben an mindestens einer weiteren psychischen Störung erkranken. Personen mit Substanzabhängigkeit, insbesondere von Alkohol, leiden eher an einer Komorbidität als Personen mit Substanzmissbrauch. Im Hinblick auf die zeitlichen Muster ergibt sich im ECA und im NCS, dass bei Schizophrenie und affektiven Störungen etwa gleich oft erst die psychische Störung oder erst die Abhängigkeitserkrankung vorliegt. Komorbide Angststörungen treten zu 79% vor der Abhängigkeit auf. Nur in 17% der Fälle geht die Substanzstörung der Angststörung voraus (vgl. Wittchen et al. 1996). Aktuellere Studien aus Deutschland mit klinischen Stichproben und einer geringeren Zahl an Probanden von etwa 300 bis 400 Patienten liegen z.B. von Driessen (1999), Günther et al. (2000), Schönell & Closset (2002) vor. Diese Untersuchungen bestätigen die Befundlage der ECA- und der NCS-Studie. Auch sie belegen einen signifikanten Zusammenhang von problematischem Substanzkonsum mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen und Angststörungen.

Bei Menschen, die neben einer Abhängigkeitserkrankung mit einer zusätzlichen psychischen Krankheit belastet sind, ist mit besonders schwierigen Krankheitsentwicklungen und extrem komplizierten Behandlungsabläufen zu rechnen. Viele Beobachtungen weisen laut Krausz et al. (2000) in die Richtung, dass gegenseitige Verlaufsbeeinflussungen eher negativ sind. Querschnittstudien deuten darauf hin, dass Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Personen mit psychischen Krankheiten zu weiteren

unangepassten Verhaltensweisen einschließlich verbaler Feindseligkeit, Aggression, kriminellem Verhalten und Suizidalität führen können (vgl. Drake et al. 1994). Darüber hinaus besteht eine erhöhte Gefahr für Unfälle, HIV-Infektionen und körperliche Krankheiten (vgl. Gornay 1997). Auch haben Patienten mit einer Doppeldiagnose größere Schwierigkeiten, die praktischen Aspekte ihres Lebens zu bewältigen. So sind ihre Wohnverhältnisse unbeständiger und sie sind häufiger obdachlos. Damit gehen oft Belastungen im sozialen Umfeld und rechtliche Probleme einher (vgl. Drake et al. 1994). Trotz der Tatsache, dass Menschen mit Doppeldiagnosen behandlungsunwilliger sind, nehmen sie häufiger allgemeinmedizinische, psychiatrische und suchttherapeutische Hilfen in Anspruch und verursachen dadurch mehr Kosten als Patienten mit nur einer Diagnose (vgl. Günther et al. 2000). Dennoch fallen sie immer wieder durch das Versorgungsnetz, denn sie passen nicht in die etablierten Behandlungsangebote, weder im psychiatrischen Versorgungssystem noch im Suchtbereich (vgl. Moggi 2002). Demnach laufen „...Patienten mit komorbiden Störungen ...erhöhte Gefahr, in ‚traditionellen‘ therapeutischen Settings Therapieversager zu werden“ (Stohler 2000, 272). Treten zwei Störungen überzufällig häufig zusammen auf, so ist aus ätiologischer Perspektive zu klären, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen besteht.

Krausz (2001) geht davon aus, „dass sich zwischen psychischer Befindlichkeit, dem Konsum psychotroper Substanzen und den allgemeinen, altersabhängigen Lebensanforderungen ein relatives Gleichgewicht einstellt, das in krisenhaften Situationen und Störungen individueller Bewältigungsmuster gefährdet ist“ (Krausz 2001, 5). So können schon junge Erwachsene gleichzeitig an Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und psychischen Störungen erkranken. In der von Wittchen et al. (1998) durchgeführten „Early Developmental Stages of Psychopathology“-Studie (EDSP), einer Längsschnittuntersuchung an 3021 in München lebenden 14- bis 24-Jährigen, beträgt die Lebenszeitprävalenz von komorbiden Störungen (Missbrauch oder Abhängigkeit und psychische Störungen) 33%, die Jahresprävalenz 27,4%. Die Studie zeigt, dass riskanter Drogenkonsum mit einer Lebenszeitprävalenz von 17,7% am häufigsten, Depressionen mit 16,8% am zweithäufigsten und Angststörungen mit 14,4% am dritthäufigsten vorkommen. Drogenmissbrauch



und –abhängigkeit sind eher bei den Männern und andere psychische Erkrankungen eher bei den Frauen zu finden, während es keine geschlechtlichen Differenzen bei komorbiden Störungen gibt. Personen mit Komorbidität sind mehr beeinträchtigt in ihrer Arbeitsleistung und haben einen größeren Bedarf an professioneller Hilfe, als Befragte mit nur einer Diagnose (ebd.). Im Rahmen einer repräsentativen Schizophreniestudie an 22- bis 27-jährigen Patienten in Mannheim wird aufgezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz für Drogenmissbrauch mit 14% in der Gruppe der schizophränen Erkrankten etwa doppelt so hoch ist wie in einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. Krausz 2001). Krausz erklärt den Befund mit der Selbstmedikationstheorie. Die Einnahme von Medikamenten sei die kulturelle Ausnahme, der Gebrauch psychotroper Substanzen in einer Peergroup dagegen identitätsstiftend. Er würde längst nicht so geächtet wie die Einnahme von Neuroleptika mit ohnehin schwer kontrollierbaren Nebenwirkungen. Finzen (2001) führt diesbezüglich an, dass die Diagnose einer psychischen Erkrankung oft hinter dem Drogenmissbrauch zurücktritt, da viele Therapeuten besonders bei jungen Menschen dazu neigen würden, die Symptome psychischer Erkrankungen soweit auszublenden, dass an ihrer Stelle meist weniger gravierende Diagnosen wie Adoleszenzkrise gestellt würden. Die Befunde bestätigen insgesamt, dass nicht nur riskanter Drogengebrauch und psychische Störungen, sondern vor allem auch Komorbidität bei jungen Erwachsenen verbreitete Phänomene sind. Ob solche Problemlagen auch bei Studierenden auftreten, soll Kapitel 5 klären.

## **4. Untersuchungsmethodik**

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst die Fragestellungen, die in der Studie untersucht wurden. Hiernach wird das Untersuchungsdesign aller Teilstudien sowie der epidemiologischen Vergleichsstudien erläutert.

### **4.1 Fragestellung**

Orientiert an den im Projektantrag formulierten Projektzielen ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen:

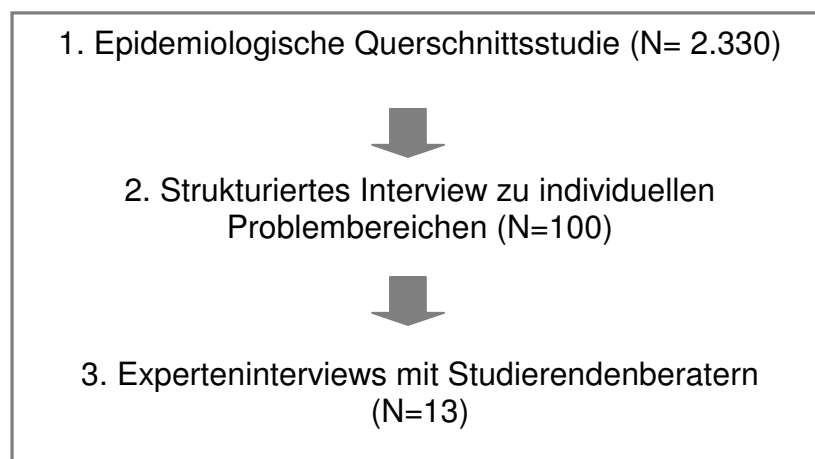
1. Wie ist die Situation von Studierenden in Deutschland bezüglich des problematischen Konsums von Suchtmitteln und weiterer, nicht stoffgebundener Suchtformen zu beschreiben? Es soll eine ausführliche Situationsanalyse vorgenommen werden. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse mit denen gleichaltriger Nicht-Studierender in Zusammenhang gebracht, um zu ermitteln, ob Studierende eine höhere Suchtproblematik aufweisen als Nicht-Studierende.
2. Wie hoch ist die Komorbiditätsrate psychischer Störungen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen? Auch hier soll eine ausführliche Situationsanalyse vorgenommen werden. Außerdem soll untersucht werden, ob Studierende mit einer Komorbidität eine stärkere Substanzkonsumproblematik aufweisen als Studierende mit einem ausschließlichen Suchtproblem.
3. Welche Suchthilfemöglichkeiten sowie Präventionsansätze gibt es für die speziell gefährdete Altersgruppe der Studierenden?
4. Wie hoch ist der (Sucht-) Beratungsbedarf bei Studierenden unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte? Sind Studierende mit Beratungserfahrungen von Substanzstörungen weniger betroffen als Studierende ohne Beratungserfahrung?

5. Welche innovativen Beratungs- und Hilfeprogramme können abgeleitet und entwickelt werden?

## 4.2 Untersuchungsdesign

Die Entwicklung des Untersuchungsdesigns ergab sich sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen als auch aus den methodischen Anforderungen der Fragestellungen. Um das komplexe Untersuchungsthema hinreichend und umfassend zu erforschen, waren *drei Untersuchungsphasen* notwendig, die jeweils aufeinander aufbauten und im Folgenden nacheinander dargestellt werden. Zur Übersichtlichkeit wird die Abfolge der verschiedenen Methoden zunächst schematisch dargestellt:

Abbildung 1. Methodenabfolge der Untersuchung



Die Prüfung der Fragestellungen wurde somit an drei verschiedenen Stichproben vollzogen.

### 4.2.1 Epidemiologische Querschnittsstudie

Im ersten Schritt wurde eine epidemiologische Querschnittsstudie mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt (siehe Anhang A). Es konnten Aussagen zur Konsumhäufigkeit und zur Epidemiologie bestimmter Verhaltensweisen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen getroffen werden (Screening). Außerdem wurde es möglich, bestimmte Hochrisikoprofile in

Bezug auf Substanzkonsum sowie suchtnahe Verhaltensweisen (Essstörungen) zu identifizieren.

### **Stichprobe**

Die Ursprungsstichprobe der epidemiologischen Querschnittsstudie setzte sich aus insgesamt 2.330 Studierenden der nordrhein-westfälischen Städte Köln, Paderborn und Aachen zusammen. Die Studierenden waren im Durchschnitt 22,85 Jahre alt (SD= 2,57 Jahre). Es handelte sich um 1.227 Frauen (52,7%) und um 1.103 Männer (47,3%). Die befragten Probanden befanden sich alle im Erststudium.

### **Messinstrument**

Zum Screening der Studierenden wurden Fragebogenverfahren eingesetzt, wobei größtenteils bereits etablierte Verfahren zum Einsatz kamen. Das Instrument ist in Anhang A einzusehen und wird im Folgenden kurz beschrieben:

#### *Demografische Daten*

Es wurden das Alter, das Geschlecht, die Wohnsituation sowie die Finanzsituation erfasst.

#### *Studienbezogene Daten*

Angaben zu Studienfach, aktuellem Fachsemester, Semesteranzahl insgesamt, Studiengangwechsel, Hochschulwechsel, Hochschulart und Hochschulort wurden bei dieser Kategorie erfragt.

#### *Konsumverhalten im sozialen Umfeld*

Die Probanden wurden nach familiärem Alkoholismus und zum Konsumverhalten der Peergruppe befragt. Letzteres wird mit der Einschätzungsbitte operationalisiert, wie oft und wie viel Studierende im Umfeld bzw. ob die Mehrzahl der Freunde Alkohol trinken. Außerdem sollen die Befragten ihr hochschulisches Umfeld in Bezug auf Substanzkonsum einschätzen.

### *Lebensstil*

Die Kategorie „Lebensstil“ beinhaltet Fragen zum Thema aktiver versus passiv-konsumierender Freizeitstil, zur Häufigkeit der Ausübung von Freizeitaktivitäten, zum angestrebten Abschluss, zu Studienunterbrechungen sowie zur Religionszugehörigkeit bzw. zur religiösen Identifikation.

### *Substanzkonsum*

Um sowohl internationale (z.B. Wechsler 2002, Hurlbut & Sher 1992) als auch nationale (z.B. Kraus & Augustin 2001, Hanewinkel & Wiborg 2002) Substanzkonsumergebnissen der Altersgruppe der Studierenden mit den Ergebnissen der vorliegenden Stichprobe in einen Zusammenhang setzen zu können, orientierten sich alle Fragen zum Substanzkonsum in Anlehnung an bereits evaluierte Befragungsinstrumente. Es wurden Angaben zu den psychoaktiven Substanzen Alkohol, Nikotin, Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmittel, Ecstasy, Kokain und Opiate erhoben.

Zusätzlich zu den Alkoholerhebungsinstrumenten wurde das Konstrukt „binge drinking“ gebildet. „Binge drinking“ bedeutet Rausch- oder Exzesstrinken und wird in den meisten internationalen Studien als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Gelegenheit definiert (vgl. Baer et al. 2001). Manchmal wird diese Definition nach der Geschlechtszugehörigkeit differenziert, bei der z.B. Wechsler & Wuethrich (2002) den Konsum von 4 oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit als „binge drinking“ bei Frauen bezeichnen, bei Männern dagegen bei 5 oder mehr alkoholischen Getränken von „binge drinking“ sprechen. In der vorliegenden Untersuchung wurde eine solche Differenzierung hinsichtlich des „binge drinking“ nicht vorgenommen, so dass - wie bei Baer et al. (2001) - bei allen Probanden von **5 oder mehr Getränken pro Gelegenheit** ausgegangen wird. Der Erfassungszeitraum bezieht sich bei den meisten Studien auf die jeweils letzten 30 Tage, wovon hier allerdings Abstand genommen wird. In der epidemiologischen Befragung wird der erinnerte Alkoholkonsum in den letzten 14 Tagen und auch in den letzten 30 Tagen erhoben, und es zeigt sich, dass die 14-Tages-Prävalenz mit den restlichen Angaben der Probanden in einem höheren Maße korreliert als mit der 30-Tage-Prävalenz. Aus dem *Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken bei mindestens einer Trinkgelegenheit*

*innerhalb der letzten 14 Tage* wird das „binge drinking“- Kriterium gebildet, wie es auch Dimeff et al. (1999) konstatieren.

Die DSM-IV-Kriterien des Alkoholmissbrauchs und der –abhängigkeit wurden über den Young Adult Alcohol Problems Screening Test (YAAPST, Hurlbut & Sher 1992) erhoben, der mit freundlicher Genehmigung der Autoren ins Deutsche übersetzt wurde. Dieser Test ermöglichte außerdem die Erfassung von Risikoverhaltensweisen in Verbindung mit Alkoholkonsum.

Erhoben wurden außerdem Daten zum letzten Trinkereignis, an dem 5 oder mehr Getränke konsumiert wurden: Getränkeart, Getränkmenge und Trinkgeschwindigkeit.

### *Suchtnahe Verhaltensweisen*

Um auch die Prävalenz suchtnaher Verhaltensweisen zu erheben, wurden im Bereich der Essstörungen zwei Screeninginstrumente zur Erfassung von charakteristischen Gedanken und Symptomen von Essstörungen bzw. zur Erfassung psychologischer Merkmale und Verhaltenscharakteristika anorektischer und bulimischer Patienten in den Fragebogen eingebaut: Der Eating Attitudes Test-26 (EAT-26; Garner & Garfinkel 1979, Garner et al. 1982) beinhaltet 26 Items. Aus dem Eating disorder Inventory-2 (EDI; Garner et al. 1982; deutsche Version von Thiel & Paul 1988) wurden die ersten drei Skalen („Schlankheitsstreben“, „Tendenz zu Bulimieattacken“ sowie „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“) verwendet. Diese Variante beinhaltet 23 Items. Hinzu kommen Angaben zur Beurteilungen des eigenen Aussehens, zum allgemeinen Ernährungsverhalten sowie zu Erfahrungen mit Essstörungen.

Im Bereich der Internetsucht wurde der „Internet Addiction Test“ in den Fragebogen aufgenommen, welcher der amerikanischen Internetsuchthilfeinstitution netaddiction.com entlehnt ist.

### *Beratungsbedarf*

Es wurden sowohl das Ausmaß verschiedener Interessen zu Beratungsangeboten zum Thema Gesundheit erfragt als auch Daten zur Beratungserfahrung und zum Beratungsverhalten erhoben.

### *Gesundheit*

In dieser Kategorie schätzen die Probanden die eigene psychische und physische Gesundheit ein.

#### **4.2.2 Teilstrukturiertes Interview zur individuellen Problemausprägung**

Die zweite Phase der Untersuchung umfasste ein teilstrukturiertes Interview. Aus der Untersuchungsgruppe der epidemiologischen Querschnittsstudie wurde eine Stichprobe von *Probanden mit einem Hochrisikoprofil* zu Biografie, Studium, Selbstwirksamkeit in Bezug auf verschiedene psychoaktive Substanzen, zur Ausprägung psychischer Erkrankungen sowie zu ihrer Beratungsbereitschaft befragt.

#### **Stichprobe**

Aus der ersten Untersuchungsgruppe (N=2.330) wurden insgesamt 100 Probanden rekrutiert, die ein so genanntes „Hochrisikoprofil“ aufweisen: Sie zeigten in den Bereichen Substanzkonsum oder Essverhalten Auffälligkeiten in Bezug auf die im Vergleich befragten Studierenden. Das Durchschnittsalter der Hochrisikoprobanden war 23,4 Jahre (SD=3,11), es waren 58 Frauen (58,0%) und 42 Männer (42,0%).

#### **Messinstrument**

In der Interviewsituation mischten sich zwei methodische Ansätze: Den Probanden wurden im Substanzkonsumteil strukturierte Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen vorgelegt. Alle anderen Bereiche wurden mittels eines teilstrukturierten Interviews erfragt (Näheres zur Interviewsituation in Kapitel 4.3, dem Untersuchungsverlauf).

#### *Demografische Daten*

Erhoben wurden zusätzlich zu Alter und Geschlecht Familienstand, Elternschaft, Staatsangehörigkeit, Geschwisteranzahl, monatliches Nettoeinkommen des Probanden, Beruf der Eltern, Schulabschluss der Eltern, monatliches Nettoeinkommen der Eltern. Die Angaben wurden durch den Interviewer erfragt.

### *Studium*

Der Themenbereich Studium umfasste Angaben zu Studienfach, Einschätzungen zur Situation im Studienfach in allgemeiner und persönlicher Hinsicht, Angaben zu Häufigkeit und Art des Kontaktes zu Lehrkräften und Angaben zum persönlichen Zeitmanagement. Außerdem erfragte der Interviewer, ob der Proband bislang an Studienabbruch gedacht hat, wie oft und warum er Lehrveranstaltungen hat ausfallen lassen und ob er mit dem persönlichen Studienverlauf zufrieden ist. Der Themenbereich wurde mit der offenen Frage, was im Studium zum persönlichen Wohlbefinden fehlt, abgeschlossen.

### *Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum unterteilt nach Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen*

Der Bereich des Substanzkonsums wurde mittels bereits etablierter Fragebogenverfahren vom Probanden selbstständig ausgefüllt. Die Instrumente werden im Folgenden aufgeführt:

#### **Bereich Alkohol: Fragebogen Alcohol Expectancy (Brief AEQ-G)**

Der Brief AEQ-G ist eine gekürzte deutsche Version des „Alcohol Expectancy Questionnaire“ (AEQ, Brown et al. 1980, Brown et al. 1985). Sowohl die subjektiv wahrgenommenen als auch die objektiv messbaren Effekte einer Alkoholgabe können in hohem Maße von psychologischen Faktoren abhängig sein: Frühere Erfahrungen (z.B. Konsumgewohnheiten) und kognitive Prozesse (z.B. situationsspezifische Erwartungen) bestimmen neben den pharmakologischen Eigenschaften einer psychotropen Substanz deren Wirkung. Die Ergebnisse einer Vielzahl empirischer Untersuchungen belegen, dass die Erwartung positiv oder negativ verstärkender Alkoholeffekte mit einem erhöhten Konsum einhergeht. Aufgrund der vorliegenden Literatur muss eine komplexe Wechselwirkung zwischen akuten Alkoholeffekten, habituellem Konsum und Alkoholwirkungserwartungen vorausgesetzt werden.



**Bereich illegale Drogen:** *Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)*

Nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind bei der Erfassung des Abhängigkeitsphänomens immer individualpsychologische, lerntheoretische, psychodynamische, sowie kulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Der Basler Drogen- und Alkoholfragebogen geht daher von einem mehrdimensionalen Abhängigkeits-Modell aus und stellt inhaltlich die Verhaltensaspekte zusammen, die für die Interaktion zwischen Droge, Individuum und sozialem Umfeld wesentlich und für den drogen- oder alkoholgewohnten Probanden nachvollziehbar sind (Ladewig et al. 1976).

**Bereich Nikotin:** *Fragebogen Self-Efficacy Rauchen (SER-G)*

Die deutsche Version des Fragebogens zur Selbstwirksamkeit von Rauchern (SER-G) wird in Bezug auf Verläufe, Entwicklung und Veränderungen von Substanzkonsum eingesetzt (Rumpf et al. 1998).

*Fragebogen Decisional Balance Raucher (DBR-G)*

Der Decisional Balance-Fragebogen für Raucher (Velicer et al. 1985) wurde im Rahmen des transtheoretischen Modells der intentionalen Verhaltensänderung (TTM; Prochaska et al. 1992) entwickelt. Er dient der Erfassung eines zentralen Konstrukts des TTM, der Decisional Balance (Entscheidungsbalance).

*Fragebogen Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR)*

Der FÄR basiert ebenfalls auf dem "Transtheoretischen Modell zur Verhaltensänderung" (Prochaska & DiClemente 1986). Das Modell umfasst drei Komponenten, a) Stufen der Verhaltensänderung, b) Strategien der Verhaltensänderung und c) abhängige oder Ergebnis-Variablen (Keller et al. 1999).

*Gesundheitsverhalten*

Das allgemeine Gesundheitsverhalten mit den Bereichen Ernährung, Bewegung, Medikamente, Schlaf, Allgemeines Wohlbefinden und Umgang mit Gesundheit und Krankheit wurde durch den „Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)“ erhoben (Dlugosch & Krieger 1995).

### *Psychische Erkrankungen*

Der Themenkomplex Psychische Erkrankungen wird mit den beiden klinischen Befragungsinstrumenten SKID-II (Fragebogen) (Wittchen et al. 1991) und Mini-DIPS (Margraf 1994) in einem Interviewgespräch erfragt.

Der SKID-II-Fragebogen erfasst einen dimensional Ausprägungsgrad von Persönlichkeitsmerkmalen und kann Tendenzen von Persönlichkeitsstörungen abbilden. Er wird den Probanden zum selbstständigen Ausfüllen vorgelegt.

Das Interview zum Mini-DIPS beinhaltet Fragen zu den Achse-I-Störungen und umfasst die Problembereiche Angst, Zwang, Affektive Störungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Psychosen.

### *Beratungsbereitschaft*

Der letzte Teil beinhaltet offene Fragen zum Beratungswunsch bzw. zum Beratungsverhalten in den letzten 6 Monaten.

## **4.2.3 Experteninterview**

Die dritte und letzte Phase der Untersuchung sah die Befragung von Beraterinnen und Beratern (im Folgenden wird der Einfachheit halber die männliche Bezeichnung gewählt) aus psychosozialen Beratungsstellen für Studierende vor. Sie stellten mittels eines halbstrukturierten Telefoninterviews die Beziehung zwischen Ergebnissen aus den ersten beiden Befragungsphasen und ihrer persönlichen Beratungserfahrung her. Des Weiteren wurde eine Bedarfsanalyse bei den Beratern durchgeführt, welche die Entwicklung eines Beratungsmanuals für Berater von Studierendenbereichen in den Bereichen Sucht und Komorbidität einschließt.

### **Stichprobe**

Die dritte und letzte Stichprobe umfasste 13 Studierendenberater aus den Städten Aachen, Bonn, Heidelberg, Oldenburg und Paderborn. Es wurden 4 Frauen (30,8%) und 9 Männer (69,2%) befragt.

### **Messinstrumente**

Mit den Studierendenberatern wurde ein leitfadengestütztes Telefoninterview durchgeführt. Erfragt werden institutionsbezogene Daten, Informationen zu den jeweils üblichen psychosozialen Beratungen und Informationen zur Klientel (z.B. häufigste Probleme, allgemeiner Gesundheitszustand, Ressourcen, Beratungsverhalten). Die Berater nahmen Stellung zu den Daten der ersten beiden Befragungsphasen und gaben aufgrund dieser Daten und ihrer professionellen Erfahrung eine Gesamteinschätzung zu Suchtverhalten und Komorbidität bei Studierenden ab.

Schließlich wurden sie um ihre Meinung zu Fragen bezüglich Suchtprävention an Hochschulen gebeten. Sie äußerten zudem ihr Interesse an einem Beratungsmanual, welches für die Praxis erstellt werden soll.

#### **4.2.4 Reanalyse epidemiologischer Datensätze**

Die Prävalenzerhebung des Alkohol- und Drogenkonsums unter Nicht-Studierenden sollte idealerweise durch die Reanalyse vorhandener epidemiologischer Datenbanken durchgeführt werden. Folgende wurden in die Untersuchung einbezogen:

- Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2001).
- Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland des Instituts für Therapieforschung IFT im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Kraus & Bauernfeind 1998).

Die Datenfiles wurden freundlicherweise als public files über das Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung an der Universität zu Köln (ZA) zur Verfügung gestellt.

Im Folgenden werden die beiden Untersuchungen in aller Kürze dargestellt.

#### **Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001**

Die Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) ist eine Repräsentativerhebung zum Substanzkonsum bei deutschen Jugendlichen. Substanzkonsum wird unter

alters- und geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten sowie nach der Differenzierung von alten und neuen Bundesländern analysiert.

Seit 1973 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen eine Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren durch. Bisher wurden neun Wiederholungsbefragungen veranlasst, die letzte und im Zusammenhang mit dem vorliegenden Abschlussbericht entscheidende ist die Drogenaffinitätsstudie 2001, die im Zeitraum von November 2000 bis Januar 2001 erhoben wurde. Die Studie erhebt Daten über den Gebrauch legaler und illegaler Substanzen. Die wichtigsten Rahmendaten werden in getrennten Berichtsteilen für Alkoholkonsum, Tabakkonsum und den Gebrauch illegaler Drogen dargestellt.

Die Gesamtstichprobe umfasst N=3.003 Personen, davon sind 48,6% weiblich und 51,4% männlich.

Die für einen Vergleich mit der vorliegenden Studie relevanten Daten werden durch Auswahl der Fälle reduziert, die 18-25 Jahre alt sind und nicht studieren bzw. nie studiert haben. Damit wird die relevante Stichprobe aus N= 1.329 Probanden gebildet, von denen 47,4% weiblich und 52,6% männlich sind. Das Durchschnittsalter beträgt 21,1 Jahre (SD 2,39 Jahre).

### **Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland**

Bei der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus & Bauernfeind 1998) wurde die deutsch sprechende, in Privathaushalten der Bundesrepublik lebende Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren von April bis August 1997 mit einem strukturierten Fragebogen befragt. Auch diese Studie erhebt Daten über den Gebrauch legaler und illegaler Substanzen.

Die Gesamtstichprobe umfasst N= 8.020 Personen, davon sind 53,5% weiblich und 46,5% männlich.

Die für einen Vergleich mit der vorliegenden Studie relevanten Daten werden durch Auswahl der Fälle reduziert, die 18-30 Jahre alt sind und nicht studieren bzw. nie studiert haben. Damit wird die relevante Stichprobe aus N= 1.820

Probanden gebildet, von denen 53,3% weiblich und 46,7% männlich sind. Das Durchschnittsalter beträgt 24,9 Jahre (SD 4,0 Jahre).

Bei der Konstruktion des Studenten-Fragebogens wurde auf eine Vergleichbarkeit geachtet und die Fragen sind immer in Anlehnung an mindestens einen der beiden Fragebögen für Nicht-Studierende formuliert.

#### **4.2.5 Bestandserhebung der Unterstützungsangebote**

In Korrespondenz zur Prävalenz der Sucht- und Drogenproblematik bei Studierenden stand die Erhebung des Bestands an Hilfe- und Präventionsangeboten:

- Erfassung der bestehenden Beratungsangebote
- Erfassung der Spezialangebote durch Beratungsstellen für Studierende (z.B. Gruppenangebote o.ä.)
- Analyse der ermittelten Angebote auf der Grundlage suchtpräventiver Strategien.

Die Bestandserhebung wurde zunächst innerhalb der Experteninterviews vorgenommen. Darüber hinaus erfolgte eine quantitative Erhebung zum Umfang der psychosozialen Unterstützungsangebote für Studierende in der Untersuchungsregion mit Schwerpunkt auf spezialisierte suchtspezifische Hilfen für Studierende. Dazu war eine exemplarische Analyse von BADO- und EBIS-Jahresstatistiken vorgesehen, die freundlicherweise von der Fachklinik Bad Tönisstein (BADO) und dem SKM e.V. Köln (EBIS) zur Verfügung gestellt wurden.

### **4.3 Untersuchungsverlauf**

Die konzeptionelle Planung der vorliegenden Untersuchung erfolgte in den Monaten Juni bis August 2002. Das eigentliche Vorhaben begann im September 2002 mit der Analyse der nationalen und internationalen Literatur zu den folgenden Hauptthemen: Junges Erwachsenenalter, Sozialraum Hochschule, Substanzkonsum bei Studierenden und Psychische Belastung bei Studierenden.

Ab November 2002 wurden die Datensätze der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) und der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus 1997) ausgewertet.

Die Durchführung der einzelnen Befragungen wird im Folgenden ausführlich dargestellt. Zunächst werden der zeitliche Ablauf, danach die Gewinnung der Untersuchungsgruppe und schließlich die eigentliche Durchführung geschildert, bevor eine abschließende Darstellung der Umstände sowie eine Gesamtbewertung des gesamten Untersuchungsverlaufs erfolgen.

#### **4.3.1 Zeitlicher Ablauf**

Im vorliegenden Kapitel werden die drei Untersuchungen, aufgeteilt nach Instrumententwicklung, Interviewerbeschreibung, Auswertung der Daten sowie Durchführung, in einen zeitlichen Zusammenhang gestellt.

#### **Epidemiologische Querschnittsstudie**

Zeitgleich mit der Auswertung vorhandener Daten von nicht studierenden jungen Erwachsenen begann die Entwicklung des Fragebogeninstruments für die epidemiologische Querschnittsuntersuchung in Anlehnung an die Instrumente der Datensätze für Nicht-Studierende.

#### *Instrument*

Im Dezember 2002 wurde ein Vortest mit Studierenden der Katholischen Fachhochschule NW (KFH NW), Abteilung Köln durchgeführt, um das Instrument zu erproben und qualitativ zu evaluieren (Bodensteiner 2003). Nach

dem Vortest wird der Fragebogen zu der Endversion, die im Anhang einzusehen ist.

### *Interviewer*

Im Rahmen des für das 2. Semester Sozialwesen der Katholischen Fachhochschule entwickelten Lernprojekts „Suchtprävention bei Studierenden an deutschen Hochschule“ unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Ute A. Lammel (Fachbereich Sozialwesen der Abteilung Aachen), Herrn Prof. Dr. Martin Hörning (Fachbereich Sozialwesen der Abteilung Paderborn) und Frau Anne Pauly (Fachbereich Sozialwesen der Abteilung Köln) wurden in der ersten Hälfte des Sommersemesters 2002 insgesamt 28 Studentinnen und Studenten der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik für die Verteilung der Fragebögen an Studierende geschult und instruiert.

### *Durchführung*

Um möglichst viele Studierende aus möglichst vielen Fachbereichen zu erreichen, fand die epidemiologische Befragung mit freundlicher Genehmigung der ansässigen Studentenwerke in den Mensen der drei Städte statt.

Darüber hinaus wurden Ende Mai 2003 postalisch 1.940 Studierende in 23 Studentenwohnheimen des Kölner Studentenwohnheims befragt.

Vom 05.05.03 bis zum 09.05.03 wurden die Fragebögen an Studierende in der Kölner Zentralmensa verteilt, vom 06.05.03 bis zum 08.05.03 fand die Befragung in den drei Mensen in Aachen statt. In Paderborn konnte die zeitgleiche Untersuchung wegen Umbau der Mensa nicht erfolgen, dort wurde im Juni 2003 befragt.

### *Auswertung*

Für den Fragebogen wurde ein Kodierschema erstellt, welches im Statistikprogramm SPSS äquivalent einprogrammiert wurde. Die Fragebögen (N=2.496) wurden zwischen Mai und September 2003 sukzessive durch studentische Hilfskräfte des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln, Aachen und Paderborn in SPSS eingegeben und durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin bereits von Anfang an sukzessive ausgewertet, um Probanden für die zweite Datenerhebung zu

bestimmen. Um die eingabebedingte Fehlerquote möglichst gering zu halten, wurden die Häufigkeitsverteilungen für alle Personen auf „Ausreißer“ kontrolliert und in Einzelfällen anhand der Originalunterlagen korrigiert. Zusätzlich fand eine vollständige Kontrolle des Datensatzes jeder 25. Person mit den Originalfragebögen statt. Die zu korrigierende Fehlerquote auf Itemebene lag bei unter 1%.

Die endgültige Auswertung der Ergebnisse dieser ersten Datenerhebung fand im November 2003 statt. Es wurden nur die Studierenden, die ein Erststudium durchführten, ausgewählt, so dass eine Gesamtstichprobe von N=2.330 entstand.

### **Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung**

#### *Instrument*

Die Konstruktion des Interviewleitfadens und der Fragebögen für das teilstrukturierte Interview zu individueller Problemausprägung erfolgte ab Dezember 2002. Das Instrument ist in Anhang B abgebildet.

#### *Interviewer*

Die 28 Studierenden, die bereits die Studierendenbefragung durchgeführt haben, sowie 2 Diplomandinnen des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule NW wurden in mehrstündigen Interviewerschulungen zu Beginn ihrer Tätigkeit in die Themen Substanzkonsum, Psychische Erkrankungen und Gesprächsführung eingeführt und intensiv mit dem Erhebungsinstrument und der Interviewerrolle vertraut gemacht. Zudem wurden in zweiwöchentlichen Abständen Interviewertreffen abgehalten, in denen Erfahrungen mit bereits durchgeführten Interviews ausgetauscht und weitere Fragen geklärt werden konnten. Sowohl Interviewerschulung als auch –treffen wurden schriftlich protokolliert, um Einzelfragen nachlesen zu können und um eine nachweisliche Qualitätskontrolle und Erhöhung der Interviewerübereinstimmung zu erreichen. Aus dem gleichen Grund verfasste jeder Interviewer über jedes geführte Interview einen Erfahrungsbericht. Inhalte der Interviewerschulung sind zum einen die Einführung in allgemeine Aspekte der Interviewdurchführung und in methodische Themen (z.B. Umgang mit offenen Fragen und Vermeidung des



Interviewers, suggestive Einflüsse vorzunehmen, innere Grundhaltung gegenüber den Interviewpartnern usw.), zum anderen die Erläuterung spezifischer Aspekte des umfangreichen Erhebungsinstrumentes (z.B. Verdeutlichung der Struktur des Erhebungsinventars mit standardisierten Fragebögen, halbstrukturierten Befragungsteilen und offenen Frageabschnitten, Erläuterung der psychopathologischen Fragestellungen und Diagnosen des Mini-DIPS (Margraf 1994) anhand von Fallbeispielen und Übungen). Zur Vorbereitung des Interviews gehörte die Übertragung relevanter Informationen aus dem Fragebogen in das Erhebungsinventar. Hierbei wurde zur genauen Zuordnung der Code des Fragebogens in das Interviewerhebungsinstrument übernommen. Außerdem waren die im Fragebogen gemachten Antworten ausschlaggebend für die Exploration der einzelnen Interviewbereiche. Wenn im Fragebogen z.B. angegeben wurde, dass der Proband Raucher ist, wurde der Raucherteil hinzugezogen. Falls der Proband im Fragebogen Nichtraucher oder Gelegenheitsraucher war und sich im Interview auf eine entsprechende Nachfrage hin herausstellt, dass er inzwischen täglicher Raucher ist, wurden dem Probanden die Fragebögen für Raucher vorgelegt, da die Informationen im Interview in ihrer Wertigkeit über die Informationen im Fragebogen gestellt wurden.

### *Durchführung*

Die Interviews zur individuellen Problemausprägung wurden im Zeitraum vom 15.05.2003 bis zum 31.08.2003 geführt

### *Auswertung*

Auch für das Erhebungsinventar des Interviews wurde ein Kodierschema erstellt, welches ebenfalls in SPSS einprogrammiert wurde. Die Interviews (N=100) wurden im August und September 2003 durch studentische Hilfskräfte des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln und Paderborn in SPSS eingegeben.

Die Datensätze jedes 10. Interviews wurden anhand der Originaldaten überprüft. Die Eingabefehlerquote lag auch hier unter 1%.

Die endgültige Auswertung der Ergebnisse der zweiten Datenerhebung fand im November 2003 statt.

## **Experteninterviews**

### *Instrument*

Das Instrument zur telefonischen Befragung der Studierendenberater wurde in Anlehnung an einen Fragebogen der betrieblichen Suchtprävention (Fuchs et al. 1998) ab August 2003 erstellt und um die Nuancen erweitert, die durch die beiden vorangegangenen Befragungen als für die Studierendenberatung relevant ersichtlich wurden (das Instrument ist in Anhang E einzusehen).

### *Interviewer*

Alle Interviews wurden von einer studentischen Hilfskraft des Forschungsschwerpunktes Sucht der KFH NW, Abteilung Köln durchgeführt. Vorab wurde sie ausführlich zur telefonischen Befragung instruiert. Das Thema war ihr bestens vertraut, da sie von Anfang an in dieser Untersuchung mitgearbeitet hat, so dass eine hohe Professionalität vorausgesetzt war.

### *Auswertung*

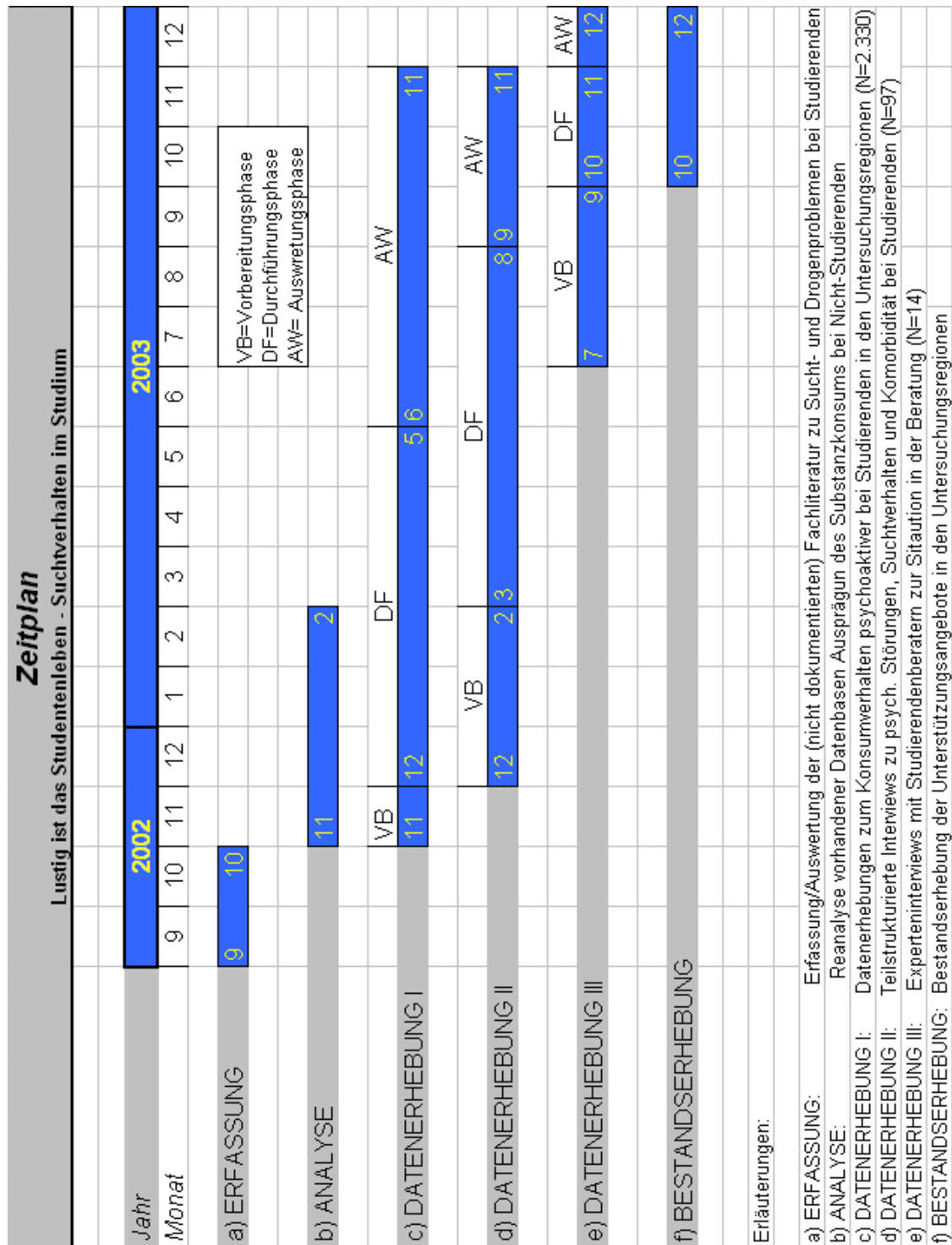
Die Telefoninterviews wurden im Dezember 2003 kategorisiert und ausgewertet.

### *Durchführung*

Alle Interviews wurden im Oktober und November 2003 durchgeführt. Die Durchführung erfolgte per Telefon und wurde mittels eines Tonbands aufgenommen, wovon im Anschluss an die Interviews zur Auswertung mit der qualitativen Inhaltsanalyse ein Transkript erstellt wird (exemplarisch im Anhang einzusehen).

Zur besseren Übersicht wird im Folgenden ein genauer Zeitplan der Gesamtstudie eingefügt.

Abbildung 2. Zeitplan



### 4.3.2 Gewinnung der Untersuchungsgruppen

Im Folgenden wird die Gewinnung der verschiedenen Untersuchungsgruppen strukturiert nach Befragungsmethode dargestellt. In Verbindung damit wird die eigentliche Durchführung der einzelnen Befragungen geschildert.

#### **Epidemiologische Querschnittsstudie**

Im Vorfeld der Fragebogenbefragung wurden Geschenke akquiriert, die den Studierenden als Motivation dienen sollten, den Bogen vollständig auszufüllen und bei vereinbarten Sammelpunkten abzugeben. Zusätzlich fand sich auf der ersten Seite des Fragebogens gut sichtbar, dass alle ausgefüllten Fragebögen an der Auslosung zu 100 Interviews teilnehmen, für deren Durchführung es eine Aufwandsentschädigung gab.

An allen Befragungsorten machte ein gut sichtbarer Stand mit ansprechendem Design auf sich aufmerksam. Die Selektion durch die Interviewer fand in Bezug auf das augenscheinliche Alter (19 bis 30 Jahre) statt. Jeder potenzielle Proband bekam die Untersuchung und den Ablauf erklärt und wurde darauf aufmerksam gemacht, dass er bei Abgabe eines ausgefüllten Fragebogens ein kleines Präsent erhält.

Der Rücklauf der verteilten Fragebögen beträgt insgesamt 35%.

Außer der persönlichen Verteilung der Fragebögen wurde die Verteilung von Fragebögen mit freiem Rückumschlag in den Kölner Studentenwohnheimen vorgenommen. Die zufällig ausgewählten Bewohner fand den Fragebogen mit einem freigemachten Rückumschlag in ihrem Briefkasten vor. Die Erklärung des Vorgehens musste der ersten Seite des Fragebogens (siehe Anhang A) entnommen werden.

Der Rücklauf der Befragung der Bewohner von Studentenwohnheimen beträgt 25%.

#### **Teilstrukturiertes Interview zur individuellen Problemausprägung**

Für das Interview wurden Probanden ausgewählt, die im Fragebogen folgendes Antwortverhalten zeigten:

1. In den letzten 14 Tagen mindestens dreimal oder mehr 5 oder mehr alkoholische Getränke konsumiert **oder**

2. Jahresprävalenz einer illegalen Substanz über 40 oder mehr Gelegenheiten **oder**
3. 50% des Eating Attitudes Tests und des Eating disorder Inventory-2 mit „immer“ bzw. „oft“ beantwortet.

Zusätzlich wurde überprüft, ob dieses Verhalten mit den beiden Einschätzungen in Verbindung stand:

1. Mindestens ein Elternteil wird als alkoholabhängig eingestuft **oder**
2. das eigene psychische Befinden wird mit „schlecht“ bewertet.

Die letzten beiden Einschätzungen wurden im Verlauf der Probandenselektion hinzugefügt, da die ersten drei Indikatorvariablen auf sehr viele Studierende zutrafen. Aus diesem Grund wurden die Auswahlkriterien noch etwas enger gefasst.

Für die Erst-Kontaktaufnahme per E-Mail mit den Studierenden, die sich für ein Interview bereit erklärt hatten, wurde ein standardisiertes Schreiben entwickelt (siehe Anhang C. Jeder Interviewer erhielt zur selbstständigen Kontaktaufnahme die E-Mailadressen seiner Probanden. Jeder Proband bekam höchstens zweimal die Meldung, dass er zum Interview ausgelost wurde mit der Frage, ob er noch am Interview interessiert sei. Im positiven Falle wurde entsprechend den Wünschen des Studierenden Ort und Zeitpunkt des Interviews vereinbart, außerdem wurden nochmals die Anonymität und die damit verbundene Schweigepflicht des Interviewers betont. Es wurde stets darauf aufmerksam gemacht, dass das Interview zwischen einer und zwei Stunden dauerte und die Aufwandsentschädigung nur für ein vollständig durchgeführtes Interview gezahlt werden konnte. Falls ein ausgewählter Proband sich nicht meldete, wurde er nicht mehr kontaktiert.

Das Interview begann mit einigen standardisierten einleitenden Erklärungen zum Ablauf (zeitlicher Rahmen, Pausen, Fragenverständnis usw.) und wurde als Vertiefung des bereits bekannten Fragebogens vorgestellt. Es wurde außerdem explizit die Möglichkeit betont, Antworten zu verweigern, wenn Fragen als zu unangenehm oder als zu weitreichend empfunden wurden.

Die Befragungssituation begann mit Angaben zu demografischen Bereichen des Probanden, die Einstiegsphase dauerte etwa 5-10 Minuten. Nach dem ersten Interviewteil folgten die substanzbezogenen Fragebögen, die der

Proband selbstständig ausfüllte. Das Ausfüllen der Bögen dauerte im Durchschnitt etwa 15-20 Minuten.

Nach den Fragebögen folgte der psychopathologisch-diagnostische Befragungsteil in Interviewform. Dieser Teil dauerte zwischen 10 Minuten und einer Stunde.

Nach Beendigung des Interviews erhielten alle Befragten die vereinbarte Aufwandsentschädigung sowie eine Informationsbroschüre, die Adressen und Telefonnummern von Beratungsstellen enthielten (siehe Anhang D). Besonders betont wurde die Tatsache, dass dort ausgebildete Fachkräfte sitzen und die Beratung kostenfrei ist, da in der Fragebogenbefragung häufig hinsichtlich dieser beiden Punkte Unsicherheit herrschte. Dieses Vorgehen schien angebracht, um einerseits eine Stigmatisierung des Probanden als hilfebedürftiger Mensch zu vermeiden, aber andererseits eine weitere Vermittlung zu Hilfeangeboten zu ermöglichen.

### **Experteninterviews**

Ab Juli 2003 wurden Studierendenberatungsstellen ausgewählt, deren Berater als Experten befragt werden sollten. Die Wahl fiel auf die Psychologische Beratungsstelle der RWTH Aachen (3 Berater), die Psychosoziale Beratung der Universität Bonn (1 Berater), die Psychosoziale Beratungsstelle der Universität zu Köln (2 Berater) und die Psychosoziale Beratungsstelle der Universität Paderborn (1 Berater), da sich diese Institutionen alle in den Untersuchungsregionen befanden und so lokal den befragten Studierenden zugeordnet werden konnten. Darüber hinaus wurden zusätzlich die Psychosoziale Beratungsstelle des Studentenwerks Heidelberg (6 Berater) und die Psychosoziale Beratungsstelle des Studentenwerks Oldenburg (2 Berater) befragt. Das hatte zum einen den Hintergrund, dass der Leiter der Heidelberger Beratungsstelle, Prof. Dr. Holm-Hadulla, das Thema „Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden“ bereits 1997 in seinem gleichnamigen Buch publik machte und während der Durchführung der vorliegenden Studie ständig als Ansprechpartner und Berater zur Verfügung stand. Zum anderen reagierte der Leiter der Beratungsstelle Oldenburg auf Zeitungsberichte über die vorliegende Studie, indem er sich ausführlich über die Ergebnisse erkundigte

und seine Mithilfe bei weiteren Überlegungen zum Thema Suchtprävention bei Studierenden anbot.

Die ausgewählten Berater erhielten auf dem Postweg ein Anschreiben, in dem die Studie und das Anliegen ausführlich geschildert wurden (siehe Anhang F). Zur besseren Vorbereitung und zur Transparenz waren dem Schreiben außerdem der Interviewleitfaden des Interviews (siehe Anhang C), welches mit ihnen geführt werden soll, sowie eine vorläufige Kurzauswertung der bisherigen Ergebnisse in Bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum, Essstörungen und Beratungsverhalten beigefügt.

Eine Woche nach diesem postalischen Erstkontakt rief die Interviewerin, wie im Anschreiben angekündigt, zur Terminvereinbarung für das Telefoninterview bei den Beratern an. Alle Berater waren bereit, das Interview zu führen und boten zeitnahe Termine an. Eine Beratungsstelle wollte das Interview nicht telefonisch, sondern persönlich führen. Da ihre Mitarbeiter zudem nicht Einzelinterviews, sondern ein Gruppeninterview machen wollten, konnte dies nicht in die Auswertung der Interviews aufgenommen werden, da eine Vergleichbarkeit mit den anders erhobenen Interviews nicht möglich war. Aus diesem Grund wird auch die im Projektantrag anvisierte Zahl von 15 Experten nicht erreicht.

Die einzelnen Interviews dauerten durchschnittlich 20 Minuten (ein Interview ist exemplarisch in Anhang G einzusehen).

#### **4.4 Soziodemografische Daten**

Im Folgenden werden die Merkmale der verschiedenen Stichproben beschrieben. Zunächst erfolgt eine ausführliche Darstellung der Kölner Studie, wonach die Merkmale der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) sowie der Repräsentativerhebung des IFT (Kraus & Bauernfeind 1998) dargestellt werden.

#### 4.4.1 Kölner Studie

##### Epidemiologische Querschnittsstudie

Die 2.330 Studierenden der quantitativen Querschnittsstudie lassen sich anhand der demografischen und studienbezogenen Daten folgendermaßen beschreiben:

Tabelle 1. Demografische und studienbezogene Daten der Querschnittsstudie

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	1.103	47,3
	Frauen	1.227	52,7
<b>Gesamt</b>		2.330	100,0
Alter	19-24 Jahre	1.803	77,8
	25-30 Jahre	469	20,3
	≥ 31 Jahre	43	1,9
<b>Gesamt</b>		2.315	100,0
Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs	1.-4. Semester	1.403	61,6
	5.-8. Semester	610	26,8
	9.-12. Semester	198	8,5
	≥ 13. Semester	67	2,9
<b>Gesamt</b>		2.278	100,0
Semesteranzahl insgesamt	bis zu 4 Semester	1.223	54,7
	5-8 Semester	647	27,7
	9-12 Semester	255	11,3
	≥ 13 Semester	108	4,8
<b>Gesamt</b>		2.233	100,0
Hauptstudienfach	Ingenieurwissenschaften	255	11,3
	Sprach- und Kulturwissenschaften	448	19,8
	Mathematik, Naturwissenschaften	416	18,4
	Medizin	48	2,1
	Jura, Wirtschaftswissenschaften	605	26,7
	Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik	493	21,8
	<b>Gesamt</b>		2.265
Hochschulart	Universität	2.004	86,8
	Fachhochschule	306	13,2
<b>Gesamt</b>		2.310	100,0
Hochschulort	Aachen	445	19,2
	Köln	1.544	66,6
	Paderborn	309	13,3
	Andere Hochschule	20	0,9
<b>Gesamt</b>		2.318	100,0
Konfession	römisch-katholisch	1.248	54,3
	protestantisch (Alkohol+)	615	26,8
	protestantisch (Alkohol -)	16	0,7
	muslimisch	53	2,3
	keine Religion	291	12,7
	andere Religion	76	3,3
<b>Gesamt</b>		2.299	100,0



		Anzahl	%
<b>Wohnsituation</b>			
<b>Wohnt zusammen mit...</b>	...dem Partner/ der Partnerin	319	14,2
	...den Kindern	10	0,4
	...den Kind(ern) und Partner/Partnerin	19	0,8
	...den Eltern	447	19,3
	...noch anderen Personen	830	35,9
	alleine	676	29,3
Gesamt		2.311	100,0
<b>Wohnt...</b>			
	...im Studentenwohnheim	390	17,0
	...in einer Wohngemeinschaft	513	22,3
	...in Haus oder Wohnung der Eltern	453	19,7
	...in einer Wohnung	835	36,4
	...in einem Zimmer	84	3,7
	woanders	22	0,9
Gesamt		2.297	100,0
<b>Finanzierung</b>			
	Erhält Bafög	652	28,3*
	Geht arbeiten	1.367	59,3*
	Hat Stipendium	69	3,0*
	Eltern unterstützen	1.639	71,1*
	Partner/ Partnerin unterstützt	95	4,1*
	anderes	134	5,8*

\* Prozentwert bezieht sich jeweils auf die Gesamtstichprobe

Wie in bereits beschrieben, können in Bezug auf das Studienfach keine für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Daten erreicht werden.

Die demografischen Daten der vorliegenden Studie werden im Folgenden dennoch mit denen der 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (BMBF 2001) verglichen, um eine Vorstellung dessen zu schaffen, was in der Bundesrepublik Deutschland repräsentativ ist und wie die vorliegende Studie, die im Folgenden Kölner Studie genannt wird, dort eingeordnet werden kann.

Der Bundesdurchschnitt des Frauenanteils beträgt im Jahr 2000 46%, während die vorliegende Studie einen Frauenanteil von 52,7% erreicht hat.

### Alter

Nach den Daten der Sozialerhebung sind Studierende im Erststudium im Durchschnitt 24,7 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Probanden der Kölner Studie beträgt 22,9 Jahre. Das lässt darauf schließen, dass die eher jüngeren Studierenden, die als Studierende im Grundstudium eingeordnet werden können, zumindest eher in der Mensa zu finden sind als Studierende höheren Semesters, die eher als Hauptstudiumsstudierende einzuordnen sind. Das Studierverhalten zeigt sich an dieser Stelle deutlich und kann dahingehend interpretiert werden, dass ältere Studierende weniger häufig in der Mensa anzutreffen sind als jüngere Studierende.

### Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs

61,6% befinden sich im ersten Studienabschnitt, der entsprechend der Regelstudienzeit der meisten Studienfächer von acht Semestern vom ersten zum vierten Semester als Grundstudium definiert werden kann.

Im Hauptstudium, also dem zweiten Studienabschnitt vom fünften bis achten Semester, befinden sich 26,8% der Probanden, was ebenfalls auf oben beschriebene Vermutung schließen lässt, dass die jüngeren Studierenden in der vorliegenden Untersuchung häufiger erreicht worden sind.

Die als unauffällig einzustufenden länger als Regelstudienzeit Studierenden, die mit dem neunten bis zwölften Semester bis zu 50% die Regelstudienzeit überziehen, sind mit 8,5% in der Stichprobe vertreten.

Die als Langzeitstudierende zu bezeichnenden Probanden, welche 13 Semester oder mehr im aktuellen Fach studieren, bilden eine Gruppe von 2,9%.

### Semesteranzahl insgesamt

Diese Angabe zeigt die Gesamtsemesteranzahl, mit der die Probanden an der Hochschule eingeschrieben sind. Hier fällt auf, dass in Bezug auf die länger studierenden Probanden (neuntes bis zwölftes Semester) die Anzahl um 2,8 Prozentpunkte auf 11,3 steigt, die Anzahl der Langzeitstudierenden (13 oder mehr Semester) steigt sogar um etwa die Hälfte auf 4,8% an.

Somit kann festgehalten werden, dass insgesamt 16,1% der untersuchten Studierenden die Regelstudienzeit überschritten haben.

### Hauptstudienfach

Um zu verdeutlichen, wie die Studienfachwahl im Vergleich aussieht, wird eine Übersichtstabelle mit den Zahlen der Sozialerhebung aus dem Untersuchungsjahr 2000 und den Zahlen der Kölner Studie eingefügt.

Tabelle 2. Vergleich der Hauptstudienfachwahl (Angaben in Prozent)

		Sozialerhebung	Kölner Studie
Hauptstudienfach	Ingenieurwissenschaften	18,0	11,3
	Sprach- und Kulturwissenschaften	20,0	19,8
	Mathematik, Naturwissenschaften	18,0	18,4
	Medizin	6,0	2,1
	Jura, Wirtschaftswissenschaften	23,0	26,7
	Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik	15,0	21,8
	<b>Gesamt</b>	100,0	100,0

**Hochschulart**

Im Gegensatz zur Sozialerhebung, wo 75,8% an Universitäten und 24,2% an Fachhochschulen studieren, sind in der Kölner Studie 86,8% an der Universität und 13,2% an der Fachhochschule eingeschrieben. Dieses Zahlenverhältnis kommt ebenfalls durch die ausschließliche Befragung an der Zentralmensa in Köln zustande, in deren Nähe sich keine Fachhochschule befindet und deren Studierende somit nicht die Mensa besuchen.

**Hochschulort**

Der Ort der besuchten Hochschule wird zu 66,6% mit Köln, zu 19,2% mit Aachen und zu 13,3% mit Paderborn angegeben. 0,9% studieren an anderen Hochschulen.

**Konfession**

81,1% der Probanden der Kölner Studie gehören den beiden Hauptreligionsgemeinschaften der römisch-katholischen Kirche (54,3%) und der evangelischen Kirche (26,8%) an. 0,7% gehören einer evangelischen Religionsgemeinschaft an, die den Genuss von Alkohol verbietet, 2,3% der Probanden sind muslimisch. Anderen Religionen, hier hauptsächlich der russisch-orthodoxen Religion, gehören 3,3% an. 12,7% der Befragten Studierenden gehören zu keiner Religionsgemeinschaft.

**Wohnsituation**

Wie Tabelle 1 zeigt, wohnen 19,3% der Studierenden bei den Eltern, während 29,3% alleine wohnen. Mit einem Partner zusammen leben 14,2% der Befragten, mit anderen Personen in Wohngemeinschaften oder Ähnlichem wohnt mit 35,9% der Hauptteil der Studierenden.

19,7% der Untersuchungsteilnehmer leben im Haus oder der Wohnung der Eltern, 3,7% bewohnen ein Zimmer, 36,4% eine Wohnung. 17% der Gesamtstichprobe wohnt im Studentenwohnheim, 22,3% in einer Wohngemeinschaft.

**Finanzierung**

Die Frage nach der Finanzierung konnte durch Mehrfachantworten beantwortet werden, weshalb sich die Prozentwerte pro Antwortmöglichkeit auf die Gesamtstichprobe bezieht.

So werden 71,1% der Gesamtstichprobe von den Eltern unterstützt, 59,3% finanzieren sich durch Nebenjobs und 28,3% erhalten Bafög. 4,1% der

Stichprobe werden vom Partner mitfinanziert, 5,8% finanzieren sich anders (z.B. Waisenrente u.Ä.).

Die meisten Studierenden weisen demnach eine Mischfinanzierung auf, die sich hauptsächlich aus Elternfinanzierung, Jobben und Bafög zusammensetzt.

### **Teilstrukturiertes Interview zur individuellen Problemausprägung**

Die 100 Studierenden, die am teilstrukturierten Interview zur individuellen Problemausprägung teilgenommen haben, lassen sich anhand der demografischen und studienbezogenen Daten folgendermaßen beschreiben:

Tabelle 3. Demografische und studienbezogene Daten der Interviews

		Anzahl/ %
Geschlecht	Männer	41
	Frauen	59
<b>Gesamt</b>		100
Alter	19-24 Jahre	72
	25-30 Jahre	28
<b>Gesamt</b>		100
Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs		
	1.-4. Semester	60
	5.-8. Semester	28
	9.-12. Semester	10
	≥ 13. Semester	2
<b>Gesamt</b>		100
Semesteranzahl insgesamt		
	bis zu 4 Semester	52
	5-8 Semester	28
	9-12 Semester	12
	≥ 13 Semester	8
<b>Gesamt</b>		100
Hauptstudienfach	Ingenieurwissenschaften	2
	Sprach- und Kulturwissenschaften	22
	Mathematik, Naturwissenschaften	21
	Medizin	4
	Jura, Wirtschaftswissenschaften	19
	Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik	32
<b>Gesamt</b>		100
Hochschulart	Universität	92
	Fachhochschule	8
<b>Gesamt</b>		100
Hochschulort	Aachen	5
	Köln	84
	Paderborn	10
	Andere Hochschule	1
<b>Gesamt</b>		100

		Anzahl/ %
Konfession	römisch-katholisch	53
	protestantisch (Alkohol+)	25
	protestantisch (Alkohol -)	0
	muslimisch	4
	keine Religion	15
	andere Religion	3
Gesamt		100
Wohnsituation		
<b>Wohnt zusammen mit...</b>	...dem Partner/ der Partnerin	15
	...den Kindern	1
	...den Kind(ern) und Partner/Partnerin	1
	...den Eltern	9
	...noch anderen Personen	47
	alleine	27
Gesamt		100
<b>Wohnt...</b>	...im Studentenwohnheim	19
	...in einer Wohngemeinschaft	31
	...in Haus oder Wohnung der Eltern	10
	...in einer Wohnung	37
	...in einem Zimmer	3
	woanders	0
Gesamt		100
Finanzierung	Erhält Bafög	21
	Geht arbeiten	67
	Hat Stipendium	3
	Eltern unterstützen	67
	Partner/ Partnerin unterstützt	6
	anderes	3
Gesamt		100

Da die Stichprobe der Risikoprobanden von vornherein nicht auf Repräsentativität ausgelegt war, sollen die demografischen Daten ohne eine Vergleichsstudie kurz erläutert werden.

### **Alter**

Das Durchschnittsalter der Hochrisikoprobanden der Kölner Studie beträgt 23,4 Jahre, ist also im Gegensatz zur epidemiologischen Erhebung etwas erhöht.

### **Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs**

60% der Risikoprobanden befinden sich im ersten bis vierten Semester.

Im Hauptstudium, also dem zweiten Studienabschnitt vom fünften bis achten Semester, befinden sich 28% der Probanden, was ebenfalls darauf hindeutet, dass die jüngeren Studierenden in der vorliegenden Untersuchung häufiger erreicht worden sind.

Die als unauffällig einzustufenden länger als Regelstudienzeit Studierenden, die mit dem neunten bis zwölften Semester bis zu 50% die Regelstudienzeit überziehen, sind mit 10% in der Stichprobe vertreten.

Die als Langzeitstudierende zu bezeichnenden Probanden, welche 13 Semester oder mehr im aktuellen Fach studieren, bilden eine Gruppe von 2%. Insgesamt unterscheidet sich die Gruppe der Hochrisikoprobanden nicht von der Gruppe der in der epidemiologischen Befragung erreichten Studierenden.

### **Semesteranzahl insgesamt**

Die Studierenden, die im neunten bis zwölften Semester sind, finden sich zu 12%, die Anzahl der Langzeitstudierenden (13 oder mehr Semester) liegt mit 8% fast doppelt so hoch wie bei den epidemiologisch Befragten. Damit ist die Vorgabe, dass die Interviews auch Langzeitstudierende erfassen soll, bestmöglich erfüllt.

### **Hauptstudienfach**

Die Mehrheit der Probanden der Interviewbefragung studiert mit 32% ein Fach aus der Kategorie der Sozialwissenschaften, danach kommen 22% der Kulturwissenschaftler, 21% der Mathematiker/ Naturwissenschaftler, 19% der Juristen, 4% der Mediziner und 2% der Ingenieurwissenschaftler.

### **Hochschulart**

Die Interviewprobanden sind zu 92% an der Universität und zu 8% an der Fachhochschule eingeschrieben. Dieses Zahlenverhältnis kommt ebenfalls durch die hauptsächliche Befragung an der Zentralmensa in Köln zustande, in deren Nähe sich keine Fachhochschule befindet und deren Studierende somit nicht die Mensa besuchen.

### **Hochschulort**

Der Ort der besuchten Hochschule wird zu 84% mit Köln, zu 5% mit Aachen und zu 10% mit Paderborn angegeben. 1% studiert an anderen Hochschulen.

### **Konfession**

88% der Probanden der Interviewbefragung gehören den beiden Hauptreligionsgemeinschaften der römisch-katholischen Kirche (53%) und der evangelischen Kirche (25%) an. Niemand gehört einer evangelischen Religionsgemeinschaft an, die den Genuss von Alkohol verbietet, 4% der Probanden sind muslimisch. Anderen Religionen, hier hauptsächlich der russisch-orthodoxen Religion, gehören 3% an.

### **Wohnsituation**

Wie Tabelle 3 zeigt, wohnen 9% der Studierenden bei den Eltern, während 27% alleine wohnen. Mit einem Partner zusammen leben 15% der Befragten, mit anderen Personen in Wohngemeinschaften oder Ähnlichem wohnt mit 49% der Hauptteil der Studierenden.

10% der Untersuchungsteilnehmer leben im Haus oder der Wohnung der Eltern, 3% bewohnen ein Zimmer, 37% eine Wohnung. 19% der Gesamtstichprobe wohnt im Studentenwohnheim, 31% in einer Wohngemeinschaft.

Damit wohnen im Vergleich zur epidemiologischen Fragebogenerhebung mehr Risikoprobanden in einer Wohngemeinschaft. Hier wird besonders der gesellige Charakter betont.

### **Finanzierung**

Die Frage nach der Finanzierung konnte durch Mehrfachantworten beantwortet werden, weshalb sich die Prozentwerte pro Antwortmöglichkeit auf die Gesamtstichprobe bezieht.

So werden 67% der Gesamtstichprobe von den Eltern unterstützt, 67% finanzieren sich durch Nebenjobs und 21% erhalten Bafög. 6% der Stichprobe werden vom Partner mitfinanziert, 3% finanzieren sich anders (z.B. Waisenrente u.Ä.) und 3% haben ein Stipendium.

Die meisten Risikoprobanden weisen demnach ebenfalls eine Mischfinanzierung auf, die sich hauptsächlich aus Elternfinanzierung, Jobben und Bafög zusammensetzt. Der Anteil der Jobber ist im Gegensatz zur epidemiologischen Befragung etwas erhöht.

## Experteninterview

Tabelle 4. Demografische Daten des Experteninterviews (Angaben in ganzen Zahlen)

	Männer	Frauen
Aachen	2	1
Bonn	1	0
Heidelberg	3	2
Köln	1	1
Oldenburg	2	1
Paderborn	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>10</b>	<b>5</b>

Die dritte und letzte Stichprobe umfasste 15 Studierendenberater aus den Städten Aachen, Bonn, Heidelberg, Köln, Oldenburg und Paderborn. Es wurden 5 Frauen (33,3%) und 10 Männer (66,7%) befragt. Aufgrund der geringen Anzahl wird auf eine prozentuale Darstellung verzichtet.

Mehr demografische Angaben wurden bei den Experteninterviews nicht erhoben, da der Untersuchungsfokus hier nicht die Personen, sondern ihre Profession betraf.

### 4.4.2 Drogenaffinitätsstudie

Tabelle 5. Demografische Daten der Drogenaffinitätsstudie

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	468	51,6
	Frauen	439	48,4
<b>Gesamt</b>		<b>907</b>	<b>100,0</b>
Alter	18-24 Jahre	790	87,1
	25-30 Jahre	117	12,9
<b>Gesamt</b>		<b>907</b>	<b>100,0</b>
Berufstätigkeit	Schüler/Schülerin	171	18,9
	Auszubildender/ Auszubildende	253	27,9
	Berufstätig	357	39,4
	Arbeitslos/ Arbeitssuchend	29	3,2
	Wehrdienst/ Ersatzdienst	41	4,5
	Haushaltsführung	30	3,3
	Sonstiges	26	2,9
<b>Gesamt</b>		<b>907</b>	<b>100,0</b>



Um eine vergleichbare Probandenmenge zu erlangen, wurden aus der Drogenaffinitätsstudie<sup>1</sup> (im Folgenden mit BZgA-Studie abgekürzt) nur diejenigen Probanden zur Auswertung genommen, die zwischen 18 und 25 Jahren alt sind, nicht studieren oder studiert haben und im Westen Deutschlands wohnen. Da die Studie keine Bundeslandzugehörigkeit erhoben hat, muss die Zugehörigkeit zum Westen Deutschlands genügen. Insgesamt konnten so 907 Probanden ermittelt werden. Der Männeranteil dieser Stichprobe liegt bei 51,6% und ist damit um 4,3% höher als bei der Kölner Studie.

Die Befragten der BZgA-Studie sind im Durchschnitt 21,2 Jahre alt und folglich 1,7 Jahre jünger als die befragten Studierenden der Kölner Studie.

Mit 39,4% sind diejenigen, die einen Beruf ausüben, in der deutlichen Überzahl, gefolgt von den Auszubildenden mit 27,9% und den Schülern mit 18,9%. Damit weisen mindestens 86,2% der Befragten einen durch Beruf oder Ausbildung strukturierten Alltag auf.

#### 4.4.3 Repräsentativerhebung IFT

Tabelle 6. Demografische Daten der Repräsentativerhebung

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	147	45,9
	Frauen	173	54,1
<b>Gesamt</b>		320	100,0
Alter	18-24 Jahre	134	41,9
	25-30 Jahre	186	58,1
<b>Gesamt</b>		320	100,0
Berufstätigkeit	Schüler/Schülerin	35	10,9
	Auszubildender/ Auszubildende	58	18,1
	Berufstätig	156	48,8
	Sonstiges	71	22,2
<b>Gesamt</b>		320	100,0

Aus der Gesamtheit der Befragten der Repräsentativerhebung (im Folgenden durch IFT-Studie abgekürzt) wurden die Probanden extrahiert, die zwischen 18 und 30 Jahren alt sind (Stand 1998), nicht studieren und in NRW wohnen. Der

<sup>1</sup> Die Daten, die in vorliegendem Abschlussbericht benutzt werden, wurden vom Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität zu Köln, zugänglich gemacht. Die Daten für die Drogenaffinitätsstudie wurden von der BZgA und dem IFT München erhoben. Sie wurden vom Zentralarchiv für empirische Sozialforschung für die Analyse aufbereitet und dokumentiert. Weder die BZgA noch das Zentralarchiv tragen irgendeine Verantwortung für die Analyse oder Interpretation der Daten in diesem Beitrag.

Männeranteil der Erhebung liegt bei 45,9%, was 1,4% weniger sind als in der Kölner Studie.

Die untersuchten Erwachsenen sind im Durchschnitt 24,9 Jahre alt und unterscheiden sich somit um 2 Jahre von den Studierenden der Kölner Studie. 48,8% der Befragten sind berufstätig, 10,9% besuchen eine Schule und 18,1% befinden sich in Ausbildung. Somit sind in der IFT-Studie 77,8% der befragten Personen in einen beruflichen Kontext integriert, der einen geregelten Alltag vermuten lässt.

#### **4.5 Bewertung des Gesamtverlaufs**

Da die drei Befragungen auch in drei unterschiedlichen Zeitabschnitten durchgeführt wurden, wird zunächst die Struktur der Einzeldarstellung jeder der drei Vorgehensweisen übernommen, bevor am Ende dieses Kapitel ein Gesamtfazit gezogen wird.

##### **Epidemiologische Querschnittsstudie**

Der Ablauf der eigentlichen Befragung der Querschnittsstudie ist als gelungen zu bezeichnen. Alle Institutionen, in denen die Befragungen stattgefunden haben, zeigten sich unkompliziert und kooperativ, wofür an dieser Stelle noch mal ein herzlicher Dank ausgesprochen sei.

Alle Mitwirkenden haben sich in höchstem Maße erfolgreich bemüht, die Durchführung der „Massenverteilung“ der Fragebögen effektiv und mit einem hohen Qualitätsstandard abzuleisten.

Bei der Verteilung in den Mensen müssen alle Personen, die Fragebögen austeilen, teils langwierige Fragen zur Anonymität der Befragung beantworten, da die Teilnahme am Interview auch die Angabe der eigenen E-Mail-Adresse voraussetzt, was an dieser Stelle eine Aufgabe der Anonymität bedeutet. Die Erklärung, dass die E-Mail-Adresse nach der Kontaktaufnahme aus den Unterlagen der Studie verschwindet, ist für die meisten akzeptabel, doch viele wollen daraufhin lieber nicht am Interview teilnehmen und verweigern daher auch die Beantwortung des Fragebogens.

Die Methode des „Befragens im Vorbeigehen“ ist an dieser Stelle als schwierig einzuschätzen, da sie von den Interviewern eine sehr konzentrierte Arbeit abverlangt, die z.B. bei einem Durchlauf von etwa 9.000 Studierenden pro Tag (Kölner Mensa) sehr anstrengend ist. Der angesprochene potenzielle Proband verliert schnell das Interesse, wenn ihm ein Aspekt des in etwa einer Minute geschilderten Sachverhalts nicht zusagt. Dies führt gegen Ende der Verteilungsaktionen dazu, die Studierenden nur mit schnell verdienten 30 Euro (Aufwandsentschädigung für das Interview, bzw. attraktiven Sofortprämien (Werbebeschenke)) zu „locken“ und anzusprechen. Somit wird der Inhalt der Studie den Probanden erst auf den zweiten Blick deutlich. Allerdings ist dieses Vorgehen auf den Rücklauf bezogen die effektivste Vorgehensweise. Für

zukünftige Studierendenbefragungen bleibt festzuhalten, dass die Gratifikation für den geleisteten Aufwand maximal attraktiv sein muss, um Studierende zur Teilnahme zu bewegen. Damit unterscheidet sich die studentische Klientel natürlich in keiner Weise vom Rest der Bevölkerung.

Das Ausfüllen der Fragebögen wird diszipliniert und ernsthaft durchgeführt. Die große Mehrzahl der Bögen wird vollständig beantwortet zurückgegeben.

Die Rückmeldung der Studierenden ist überaus positiv: Eine Vielzahl der Studierenden scheint durch die Befragung besser in der Lage zu sein, sich zu reflektieren und dadurch zumindest eine kurzfristige Verhaltensänderung herbeizuführen. Einige Probanden berichten beispielsweise von ihrer Überraschung in Bezug auf den eigenen Alkoholkonsum und nehmen sich vor, in Zukunft eher darauf zu achten.

Die anfangs angestrebte Repräsentativität in Bezug auf das Hauptstudienfach kann nach dem ersten Befragungsdurchgang bedauerlicherweise nicht erzielt werden. Das liegt in der Hauptsache daran, dass am Hauptuntersuchungsort Köln die Befragung ausschließlich in der Hauptmensa im Universitätsviertel der Stadt durchgeführt wird. Die Mensa ist überwiegend an das Hauptgebäude der Universität zu Köln angegliedert, an die Philosophische Fakultät, an die Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät sowie an die naturwissenschaftlichen Fakultäten. Daher kann die Rate der Medizinstudenten, welche mit ihrer Fakultät in Köln-Lindenthal ansässig sind, und auch die Rate der Ingenieurwissenschaften, die an der Fachhochschule Köln-Deutz studieren, leider nicht sofort erreicht werden. Beide Fakultäten sind anscheinend zu weit von der Hauptmensa entfernt, um eine entsprechende Prozenzrate der Studierenden zu erreichen. Eine nachfolgende Untersuchung erhebt die fehlenden Raten nach, indem sie gezielt an den beiden Fakultäten Fragebögen verteilt.

Eine Repräsentativität bezogen auf das Studienfach wird bedauerlicherweise zwar nicht erreicht, doch Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass sich die Daten der Kölner Studie nahe an denen der Sozialerhebung des Studentenwerks bewegen.

### **Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung**

Die Aufwandsentschädigung ist als effektivster Motivationsfaktor zu bewerten, sich für ein Interview und somit für einen weiteren Kontakt bereit zu erklären. Etwa 62% der Gesamtstichprobe haben sich für ein Interview interessiert, was die Auswahl von Hochrisikoprobanden aus einer großen Gesamtheit ermöglicht hat. Etwa 15 % der selektierten und für ein Interview angeschriebenen Studierenden wollen entgegen ihrer Angaben auf dem Fragebogen kein Interview mehr führen oder haben von vornherein falsche E-Mail-Adressen angegeben. Alle anderen lassen sich schnell und zuverlässig zu einer Terminvereinbarung ansprechen. Als wichtig in diesem Zusammenhang bleibt festzuhalten, dass diejenigen Studierenden, die zeitnäher an die Fragebogenbefragung zum Interview eingeladen werden, eher dazu bereit sind als Probanden, die durch das Nachrückverfahren etwa 2 Monate nach den Mensa-Aktionen angeschrieben werden.

Die eigentliche Interviewsituation ist in hohem Maße abhängig von der Einstellung der Probanden. Die Studierenden geben sich unterschiedlich offen und bereit, auch intime Details ihres Lebens preiszugeben. Insgesamt entsteht jedoch der Eindruck einer hohen Bereitschaft der Probanden, auch zu diffizilen Problembereichen ehrliche Antworten zu geben.

Der für Interviewer und Probanden am schwierigsten durchzuführende Teil ist der psychopathologisch-diagnostische Abschnitt. Durch die ausführliche Schulung sind die Interviewer in hohem Maße fähig, auch problematische Situationen zu meistern. Die Interviewer werden angewiesen, immer das Wohl des Probanden an oberste Stelle zu setzen und strikt die Interviewerrolle einzuhalten.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass der Großteil der Probanden es positiv bewertet hat, sich mit der Thematik auseinander zu setzen.

### **Experteninterview**

Die Resonanz der Expertenbefragung ist überaus positiv. Die Mehrzahl der Berater zeigte sich erfreut, sich zu diesem Thema äußern zu können und brachte viele neue und fruchtbare Anregungen.

Die telefonische Befragung stellt sich als unkomplizierte und effektive Methode heraus, alle Berater waren damit einverstanden, mittels Tonband aufgenommen

zu werden. Die befragten Experten waren in hohem Maße kooperativ und offen für das bearbeitete Thema. An dieser Stelle soll auch an sie unser herzlicher Dank gehen.

### **Gesamtfazit**

Insgesamt wird der Untersuchungsverlauf besonders hinsichtlich des engen Zeitplans als überaus gelungen bewertet. Durch die tatkräftige Unterstützung der vielen Helfer sind die Datenerhebung und auch die Dateneingabe sozusagen in „Rekordzeit“ vollbracht worden.

Die detaillierten Aussagen über Substanzkonsum und suchtnahe Verhaltensweisen bei Studierenden wurden derart in Deutschland bislang nicht erhoben und bilden eine sehr gute Grundlage für eine gruppenspezifische Auswertung unter Beachtung der Lebenssituation von Studierenden.

## 5. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Es folgt eine Darstellung der quantitativen und qualitativen Zusammenhänge der gesammelten Daten. Die Daten werden im Detail und an der Fragestellung orientiert berichtet und interpretiert. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Fragestellungen.

Für die statistischen Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS für Windows in der Version 11.0 (2003/ 2004) verwendet. Die quantitativen Daten sämtlicher Untersuchungsinstrumente sowie der beiden externen Datensätze liegen sowohl auf Nominalskalen- als auch auf Intervallskalenniveau vor. Die Auswertung der Daten wird zunächst durch gruppierte Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Merkmalsausprägungen erfolgen, wonach eine Analyse der korrelativen Zusammenhänge und Interdependenzen zwischen den unabhängigen Variablen den abhängigen Variablen mittels Kreuztabellen und Mittelwertsvergleichen durchgeführt wird. Mit dem  $\chi^2$  –Test nach Pearson wird untersucht, ob die gefundenen Ergebnisse zufällig erzielt worden sind oder auf den Einfluss spezifischer Faktoren zurückzuführen ist (Bortz 1999). Es wird demnach geprüft, ob die unabhängige Variable (z.B. Geschlecht) die abhängige Variable (z.B. Alkoholkonsumverhalten) beeinflusst. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (das Signifikanzniveau), also die Wahrscheinlichkeit, sich irrtümlich für einen systematischen Unterschied zu entscheiden, wenn in der Tat ein zufälliger Unterschied vorhanden ist, muss unter 5% bleiben. Beträgt die Wahrscheinlichkeit also höchstens 5%, so ist das Ergebnis signifikant, liegt es bei höchstens 1%, so spricht man von sehr signifikant (vgl. Bortz 1999).

Die Fragekategorien (z.B. Alkoholkonsum) werden analysiert und führen zur Ermittlung von Häufigkeiten bestimmter Verhaltensweisen und Beziehungsmuster bei unterschiedlichen Gruppen (z.B. das „binge drinking“ bei Männern vs. Frauen) und von signifikanten Zusammenhängen zwischen Antwortmustern und der Zugehörigkeit der Studierenden zu den verschiedenen Gruppen. Die statistische Signifikanz wird durch den  $\chi^2$ -Wert nach Pearson abgebildet.

Die Auswertung der offenen Fragen des teilstrukturierten Interviews und der halbstrukturierten Expertenbefragung erfolgt durch die qualitative

Inhaltsanalyse. Dabei werden die jeweiligen Äußerungen der einzelnen Probanden so zusammengefasst, dass sich thematische Zusammenhänge und übergeordnete Aspekte verdeutlichen lassen. Dadurch findet eine Datenreduktion statt, es lassen sich aufgrund der Antworten Kategorien bilden, die die Lebenswelt der Probanden repräsentieren. Die Kategorien müssen voneinander unabhängig sein, so dass die Zuordnung einer Antwort in die eine Kategorie eine andere Zuordnung ausschließt. In den Kategorien spiegelt sich die gesamte Antwortinformation in Bezug auf die Fragestellung wider. Das Ziel der inhaltsanalytischen Auswertung ist die Erfassung und Rekonstruktion der Lebenswelt der Probanden (vgl. Bergler 1995). Das vorhandene Datenmaterial wird folglich auf den sichtbaren und verborgenen Inhalt der Probanden-Aussagen systematisch und objektiv quantifiziert, damit aus der so überarbeiteten Substanz Aussagen über das Verhalten und Erleben der befragten Personen gemacht werden können.

## **5.1 Problematischer Konsum von Suchtmitteln**

Zunächst soll ermittelt werden, wie die Situation der Studierenden bezüglich des problematischen Konsums von Suchtmitteln ist. Die epidemiologische Querschnittsuntersuchung erhebt in der Hauptsache Daten zum Alkohol- und zum Nikotinkonsum und thematisiert nur zu einem geringen Anteil den Konsum illegaler Drogen. Aus diesem Grund wird sich die Datenanalyse hinsichtlich Missbrauch und Abhängigkeit hauptsächlich auf den Alkoholkonsum beziehen, während der Gebrauch von Nikotin und illegalen Drogen als reine Prävalenz dargestellt wird.



### 5.1.1 Bestimmung des Alkoholkonsums und der Konsummenge

Die Alkoholkonsummenge wird in der epidemiologischen Querschnittsstudie sehr ausführlich erfasst:

1. Durchschnittliche Alkoholkonsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen
2. Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen
3. Alkoholkonsummenge und –geschwindigkeit bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen.

Die durchschnittliche Alkoholkonsumhäufigkeit der letzten 30 Tage stellt sich in der Gesamtstichprobe wie folgt dar:

Tabelle 7. Trinktage und Trinkmenge in den letzten 30 Tagen (Angaben in Prozent, N= 2.091; sig.=.000; CC=.57)

	1-4 Getränke	5-6 Getränke	7-8 Getränke	9 und mehr Getränke	Gesamt
<b>1-2 Trinktage</b>	27,7	12,7	10,6	10,3	23,2
<b>3-5 Trinktage</b>	31,3	28,2	18,3	19,5	29,4
<b>6-9 Trinktage</b>	22,1	28,5	31,0	34,5	24,3
<b>10-19 Trinktage</b>	16,0	25,4	34,5	35,6	19,3
<b>20 und mehr Trinktage</b>	2,9	5,2	5,6	11,5	3,8
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Von allen befragten Studierenden haben 10,3% in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken. Das bedeutet, dass 89,7% aller Probanden mindestens einmal im letzten Monat Alkohol zu sich genommen haben.

Deutet man die Ergebnisse der Tabelle 7 unter Beachtung der Retrospektivität der Angaben, so fällt auf, dass wenige Trinktage inklusive wenigen Trinkgelegenheiten in den letzten 30 Tagen eher mit einer geringeren Trinkmenge einhergehen, während die Zunahme der Trinktage auch eine Zunahme der jeweiligen Konsummenge pro Trinkgelegenheit zur Folge hat. Studierende, die oft trinken, trinken auch mehr als Studierende, die seltener Alkohol konsumieren.

Die Probanden der Drogenaffinitätsstudie geben nur die Alkoholjahresprävalenz an, welche in die Monatsprävalenz umgerechnet wird. Außerdem ist die Angabe

der Trinktage nicht an die Angaben der Trinkmenge gekoppelt, so dass an dieser Stelle nur die Trinktage betrachtet werden können.

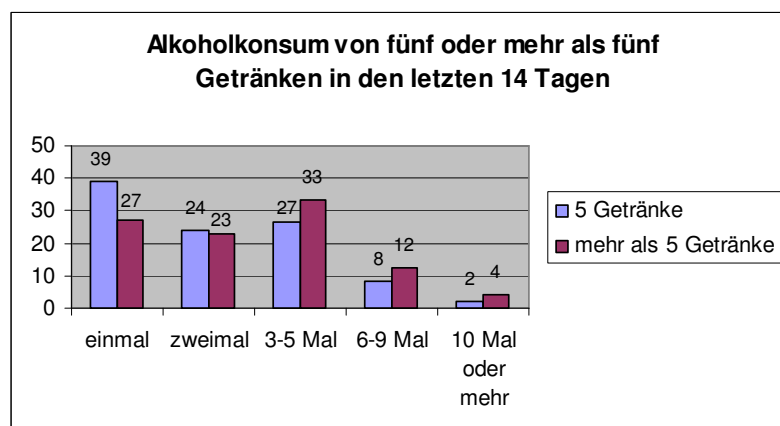
Tabelle 8. Trinktage in den letzten 30 Tagen (Angaben in %)

	<b>Kölner Studie</b> N= 2.091	<b>BZgA-Studie</b> N=1.538	<b>IFT-Studie</b> N= 156
<b>1-2 Trinktage</b>	23,2	32,5	30,1
<b>3-5 Trinktage</b>	29,4	34,9	35,9
<b>6-9 Trinktage</b>	24,3	22,0	12,8
<b>10-19 Trinktage</b>	19,3	10,2	16,0
<b>20 u. mehr Trinktage</b>	3,8	0,5	5,1
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Da die Drogenaffinitätsstudie nur die Jahresprävalenzrate erfasst, kann man nicht bestimmen, wie viele Befragte im letzten Monat keinen Alkohol tranken, bei der IFT-Studie sind dies 17,9% der Befragten, so dass 82,1% mindestens einen Trinktag im letzten Monat aufweisen. Dieser Wert ist etwas geringer als der der Kölner Studie, wird aber nicht als auffällig bewertet. Smit kann festgehalten werden, dass sich Studierende und Nicht-Studierende hinsichtlich der Trinktage nicht unterscheiden.

Der Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen lässt sich bei der Kölner Studie folgendermaßen abbilden:

Abbildung 3. Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen (Angaben in Prozent, N=481 bzw. N=920)



Betrachtet man das Maß des Konstruktes „binge drinking“, so stellt man fest, dass 20,6% der Gesamtzahl der Stichprobe mindestens einmal 5 alkoholische Getränke in den letzten 14 Tagen konsumiert haben, während 39,5% aller befragten Studenten mindestens einmal mehr als 5 Getränke in den letzten 14 Tagen konsumiert haben. Die Mehrheit dieser Rauschtrinker hat ein bis fünf Mal in den letzten 14 Tagen 5 oder mehr Getränke getrunken, ein geringer Anteil mehr als sechs Mal.

Somit kann festgehalten werden, dass mehr als jeder dritte Befragte nach den oben festgelegten Kriterien ein „binge drinker“ ist.

Bei einem Blick auf die beiden Vergleichsstudien wird schnell deutlich, dass die Ergebnisse der Kölner Studie hinsichtlich des „binge drinking“-Verhaltens im Vergleich zur Altersgruppe der Nicht-Studierenden eine höhere Anzahl aufweisen, immerhin sind es 28,4% der Befragten, die ein auffälliges Verhalten an den Tag legen (Tabelle 9). Dennoch sollte man bei der Interpretation dieser Daten vorsichtig sein, da die Fragestellung bei jeder der drei Studien etwas variiert, so dass eine direkte Vergleichbarkeit nicht gewährleistet werden kann. Dennoch scheint es eine Tendenz der studentischen Klientel zumindest zum „binge drinking“-Verhalten zu geben.

Tabelle 9. „Binge drinking“ bei einer durchschnittlichen Trinkgelegenheit (Angaben in Prozent)

	<b>Kölner Studie</b> N= 2.082	<b>BZgA-Studie</b> N=800	<b>IFT-Studie</b> N= 186
<b>1-4 Getränke</b>	71,6	80,6	87,6
<b>5 und mehr Getränke/ Binge drinking</b>	28,4	19,4	12,4
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Zieht man zum Vergleich die Daten der beiden anderen Studien hinzu, so fällt deutlich auf, dass es große Unterschiede in der Prävalenz von „binge drinking“ zu geben scheint. Die BZgA-Studie mit ihrer 18-24-jährigen Klientel hat eine „binge drinking“-Quote von 19,4%, während die Repräsentativerhebung bei 12,4% liegt. Verglichen mit der Kölner Studie sind beide Werte deutlich geringer als bei der studentischen Untersuchungsgruppe. Dies kann man unter anderem auf die Altersverteilung zurückführen. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist besonders das frühere Erwachsenenalter von 18-25 Jahren hinsichtlich des

riskanten Alkoholkonsums gefährdeter als diejenigen Erwachsenen der Altersgruppe der 26-30-Jährigen. In der BZgA-Studie sind ausschließlich 18-25-jährige Nicht-Studierende zu finden, während in der IFT-Studie das Durchschnittsalter höher ist. Vergleicht man die jeweiligen Altersdurchschnitte miteinander, so sind sich die der Kölner Studie und der BZgA-Studie ähnlicher als die der Repräsentativerhebung. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass mit steigendem Alter das „binge drinking“-Verhalten geringer wird. Untersucht man die Kölner Studie daraufhin stichprobenintern, so kann diese Tendenz bestätigt werden: Je jünger die Probanden sind, desto häufiger ist ein „binge drinking“-Verhalten festzustellen.

Dass die Gesamtquote der Studierenden höher ist als die der Nicht-Studierenden deutet darauf hin, dass Studierende eine erhöhte Gefährdung für alkoholbezogene Störungen aufweisen.

Im Folgenden finden sich Ergebnisse, die nicht mit den beiden Vergleichsstudien in Beziehung zu setzen sind. Wegen ihres hohen Aussagewertes sollen sie dennoch geschildert werden.

Tabelle 10. Alkoholkonsummenge und –geschwindigkeit bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen (Angaben in Prozent, N=1.657)

Konsummenge	Konsumgeschwindigkeit						Gesamt
	1 Std. od. weniger	2 Std.	3 Std.	4 Std.	5 Std.	6 Std. oder mehr	
4 Getränke	68,2	53,7	37,5	27,1	17,8	9,2	<b>28,3</b>
5 Getränke	13,6	18,3	19,9	17,6	9,6	6,8	<b>14,5</b>
6 Getränke	0,0	13,1	11,8	13,3	11,4	7,2	<b>11,1</b>
7 Getränke	0,0	4,0	8,7	8,3	8,4	6,8	<b>7,5</b>
8 Getränke	9,1	5,1	8,9	10,5	15,5	11,2	<b>10,7</b>
9 Getränke	4,5	1,7	3,4	7,0	8,2	5,8	<b>5,6</b>
10-14 Getränke	2,3	2,4	8,2	11,4	23,0	29,9	<b>15,1</b>
15 oder mehr Getränke	2,3	1,7	1,6	4,8	6,1	23,1	<b>7,2</b>
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Die Ergebnisse der Frage nach der Trinkgeschwindigkeit und der Trinkmenge bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen, bei der man mehr als 4 Getränke zu sich genommen hat, sind in Tabelle 10 dargestellt. Hierbei fällt naheliegenderweise auf, dass für den Genuss von eher vielen Getränken (z.B. von 10-14 Getränken) auch eher viel Zeit beansprucht wird (z.B. 5 oder 6 Stunden). Dennoch zeichnen sich klare Trinkgeschwindigkeitsunterschiede ab:

Während z.B. 9,2% der Probanden vier Getränke in vier Stunden konsumieren, sind es 29,9%, die in der derselben Zeit 10-14 Getränke zu sich nehmen, und weitere 23,1% mit 15 und mehr Getränken.

Nach der Änderung des Trinkverhaltens im Zusammenhang mit Studienbeginn antworten die Probanden wie folgt:

Insgesamt 24,8% trinken verglichen mit dem Studienanfang jetzt mehr (25,2% Männer, 24,5% Frauen), bei 56,3% blieb die Konsumrate gleich (52,2% Männer, 59,9% Frauen). Weniger als bei Studienbeginn trinken insgesamt 18,9%, wobei hier der Frauenanteil bei 15,5% und der Männeranteil bei 22,7% liegt.

### 5.1.2 Bestimmung der DSM-IV-Kriterien

Da Suchtprobleme an den international verbreiteten DSM-IV-Kategorien Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit gemessen werden können, werden diese Kriterien im Folgenden überprüft.

#### *Missbrauch*

Das DSM-IV definiert den Missbrauch von psychoaktiven Substanzen wie folgt (vgl. Wittchen et al. 1991):

1. Wiederholter Konsum & mindestens ein Merkmal der folgenden Kriterien:
  - Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (Arbeit, Schule)
  - Aussetzen gefährlicher Situationen (z.B. Straßenverkehr)
  - juristische Probleme
  - fortgesetzter Konsum trotz dadurch verursachter/verstärkter sozialer Probleme
2. Auftreten der Symptome innerhalb von 12 Monaten

In der Kölner Studie werden die Missbrauchskriterien mit Hilfe des YAAPST (Young Adult Alcohol Problems Screening Test) operationalisiert (Hurlbut & Sher 1992).

Vom *fortgesetzten Konsum* kann man bei allen Studierenden ausgehen, die den YAAPST ausgefüllt haben, da die Voraussetzung dafür der Konsum alkoholischer Getränke im letzten Jahr ist. Da es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, wird im Folgenden nach Männern und Frauen differenziert. Diejenigen, auf die die DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch nicht zutreffen, sind in der folgenden Tabelle nicht berücksichtigt. Die Kriterien gelten als erfüllt, sobald sie wiederholt auftraten, also drei Mal oder mehr in den letzten 12 Monaten.

Tabelle 11. DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht)

	Männer	Frauen	sig.
<b>Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (mind. einmal im letzten Jahr)</b>			
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>zu spät</i> zur Vorlesung gekommen.	10,5	3,8	.000
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	12,5	6,3	.000
Wegen Trinkens Pflichten/ Familie/ Studium für nacheinander zwei oder mehr Tage vernachlässigt	3,4	0,8	.000
<b>Aussetzen gefährlicher Situationen</b>			
Geprügelt unter Alkoholeinfluss	0,4	0,1	n.s.
Wegen Trinkens in sexuelle Situationen geraten, die später bereut wurden	2,4	1,1	.017
Wegen Trinkens sexuelle Kontakte mit Personen, die ohne Alkohol nicht passiert wären	2,6	1,1	.004
Wegen Trinkens zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen worden	0,2	0,1	n.s.
Wegen Trinkens andere Personen zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen	0,1	0,2	n.s.
<b>Juristische Probleme</b>			
Wegen Trinkens Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder anderes	3,1	0,2	.000

	Männer	Frauen	sig.
<b>Fortgesetzter Konsum trotz dadurch verursachter/ verstärkter sozialer Probleme</b>			
Wegen Trinkens Job verloren	0,1	0,1	n.s.
Wegen Trinkens unhöflich, beleidigend oder unausstehlich geworden	3,4	1,2	.000
Partner/ Eltern haben sich wegen Alkoholkonsum beschwert	4,3	0,5	.000
Trinken hat Probleme zwischen Proband und Partner bzw. Eltern hervorgerufen	0,9	0,3	n.s.
Wegen Trinkens Freunde/ Partner verloren	0,2	0,1	n.s.
Wegen Trinkens Dinge gesagt, sie später bereut wurden	10,2	6,8	.004

Berechnet man die Rate derer, die nach DSM-IV eine Alkoholmissbrauchsdiagnose aufweisen, so ergibt sich die Gesamtprozentzahl von 18,7% (436 Personen). Geschlechtsspezifisch unterschieden bedeutet das, dass 13% der Frauen (159) und 25,1% der Männer (277) einen Alkoholmissbrauch im letzten Jahr aufweisen (sig. = .000). Wie in anderen epidemiologischen Untersuchungen liegt der Männeranteil der Missbraucher wesentlich höher als der Frauenanteil. Männer missbrauchen demnach eher die Substanz Alkohol als Frauen.

### *Abhängigkeit*

Durch das DSM-IV wird die Abhängigkeit von Substanzen folgendermaßen definiert (vgl. Wittchen et al. 1991):

1. Mindestens 3 Kriterien treffen zu:
  - Toleranz (mit Dosissteigerung und verminderter Wirkung des Stoffes bei gleicher Wirkung)
  - Entzug; Substanzeinnahme zur Bekämpfung von Entzugssymptom
  - Konsum häufig in größeren Mengen (binge drinking) oder länger als beabsichtigt
  - Wunsch/ erfolglose Versuche zur Abstinenz/ Kontrolle der Substanz (Kontrollverlust)
  - Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung, zum Konsum oder zur Erholung davon

- Einschränkung anderer Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums (sozial, Beruf, Freizeit)
  - Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der Folgeprobleme
2. Symptome traten innerhalb von 12 Monaten auf.

Operationalisiert werden die Abhängigkeitskriterien ebenfalls durch den YAAPST (Hurlbut & Sher 1992). Das oben definierte Konstrukt des „binge drinking“ wird an dieser Stelle noch einmal verschärft und auf die Getränkemenge von mindestens 5 alkoholischen Getränken *bei mindestens drei Gelegenheiten* in den letzten 14 Tagen angehoben. Dadurch wird das Konstrukt der Definition von „Häufigkeit des Konsums“ eher gerecht.

Tabelle 12. DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht)

	Männer	Frauen	sig.
<b>Toleranzentwicklung</b>			
Brauchte größere Alkoholmenge um irgendeinen Effekt zu spüren	21,7	8,9	.000
Konnte mit der gewohnten Trinkmenge nicht länger betrunken sein	8,7	4,3	.000
<b>Entzug/ Bekämpfung des Entzugssyndroms</b>			
Zittern nach Konsumreduktion	2,2	0,2	.000
Vor dem Frühstück einen Drink gebraucht	1,7	1,1	n.s.
Körperliche Entzugssymptome: Veget. Hyperaktivität, Zittern, Schlaflosigkeit, Übelkeit/ Erbrechen, Körperliche Unruhe, Angst, Anfälle, Episodische Halluzinationen (mind. zwei Symptome)	2,6	0,7	.000
<b>binge drinking</b>			
Mindestens dreimal Konsum von fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	16,2	8,8	.000
Mindestens dreimal Konsum von mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	37,4	12,9	.000
Mindestens dreimal Konsum von fünf Getränken in den letzten 30 Tagen	12,3	6,4	.000
Mindestens dreimal Konsum von mehr als fünf Getränken in den letzten 30 Tagen	20,8	6,4	.000
<b>Abstinenzwunsch/ Kontrollwunsch</b>			
Zu jemandem gegangen, der bei der Kontrolle des Trinkens helfen sollte	0,2	0,3	n.s.
Wegen Sorge um eigenes Trinken an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen	0,1	0,0	n.s.



Wegen des Trinkens professionelle Hilfe aufgesucht	0,1	0,3	n.s.
Möchte Trinkgewohnheiten so ändern, dass zu bestimmten Zeiten weniger oder gar nicht getrunken wird	12,5	8,2	.002
<b>Zeitaufwand zur Beschaffung/ Erholung</b>			
Magenbeschwerden/ Erbrechen nach dem Trinken	10,9	8,6	n.s.
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	10,5	3,8	.000
Wegen Trinkens Pflichten/ Familie/ Studium für nacheinander zwei oder mehr Tage vernachlässigt	12,5	6,3	.000
<b>Fortsetzung des Konsums trotz Kenntnis der Folgeprobleme</b>			
Schon einmal gedacht, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt	7,1	3,3	.000
Arzt sagt, dass das Trinken der Gesundheit schade	0,8	0,6	n.s.

Die Gesamtprozentzahl der Studierenden mit Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV (drei und mehr Einzelsymptome) beläuft sich auf 10,7% (250 Personen). Geschlechtsspezifisch aufgeteilt heißt das, dass 5,5% der Frauen (68) und 16,5% der Männer (182) eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV aufweisen. Der Geschlechtsunterschied ist hochsignifikant (sig. = .000). Von denjenigen Studierenden, die eine Alkoholabhängigkeit aufweisen, erfüllen 68,4% (171 Personen: 45 Frauen/ 126 Männer) zusätzlich die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch. Sie werden von der Zahl der Missbraucher abgezogen, so dass man schließlich auf folgendes Ergebnis kommt:

Tabelle 13. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden)

	Männer	Frauen	Gesamt
<b>Alkoholmissbrauch nach DSM-IV</b>	151 (13,7)	114 (9,3)	265 (11,4)
<b>Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV</b>	182 (16,5)	68 (5,5)	250 (10,7)
<b>Gesamt</b>	333 (30,2)	182 (14,8)	515 (22,1)

Zieht man in Bezug auf Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol die beiden Studien der Nicht-Studierenden zu Rate, so liefert nur die IFT-Studie eine adäquate Vergleichsmöglichkeit. Die Drogenaffinitätsstudie hat ausschließlich Daten zur Konsumfrequenz erhoben, so dass sie an dieser Stelle nicht berücksichtigt wird. Die Berechnung von Alkoholmissbrauch und

Alkoholabhängigkeit findet nach der gleichen Methode wie oben statt: Unterschiedliche erfragte Aussagen werden zu den einzelnen Kriterien des DSM-IV zugeordnet und deren Beantwortung wird ausgezählt. Gravierender Unterschied ist, dass die positive Antwort eines Items sich auf „Ist in den letzten 12 Monaten vorgekommen“ bezieht, während die Kölner Studie die schärfere Antwortkategorie „Ist im letzten Jahr mindestens dreimal vorgekommen“.

Tabelle 14. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol in der Repräsentativerhebung (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden)

	Männer	Frauen	Gesamt
<b>Alkoholmissbrauch nach DSM-IV</b>	10 (8,2)	1 (0,8)	11 ( 4,3)
<b>Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV</b>	21 (17,2)	4 (3,1)	25 (9,9)
<b>Gesamt</b>	31 (25,4)	5 (3,8)	36 (14,2)

Beim Vergleich von Tabelle 13 und 14 fällt zunächst die außerordentlich hohe Missbrauchsquote der Studierenden ins Auge: 11,4% vs. 4,3% bedeutet ein fast dreimal höheres missbräuchliches Alkoholkonsumverhalten der studierenden Probanden.

Bezogen auf die Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV nähern sich die Gesamtwerte der beiden Untersuchungen eher einander an: 10,7% bei den Studierenden ist nur geringfügig höher als 9,9% bei den Nicht-Studierenden. Aber 5,5% der Studentinnen haben eine Abhängigkeitsdiagnose, während das bei den Nicht-Studierenden 3,1% der Frauen sind. Bei den Männern sind die Nicht-Studenten mit 17,2% etwas höher als die Studenten mit 16,5%. Dieser Unterschied wird aber als nicht relevant betrachtet, so dass man bei den Männern von einer gleichen Verteilung sprechen kann.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass 22,1% der Studierenden eine alkoholbezogene Diagnose nach DSM-IV aufweisen, während dies bei den Nicht-Studierenden nur 14,2% sind.

Besonders groß ist der Unterschied bei den Frauen: 14,8% der Studentinnen weisen eine alkoholbezogene Diagnose auf, im Vergleich zu 3,8% der nicht

studierenden Frauen. Damit haben studierende Frauen fast vier Mal häufiger Alkoholprobleme als nicht studierende Frauen der gleichen Altersgruppe.

Abschließend kann gesagt werden, dass Alkoholmissbrauch bei studierenden Männern häufiger zu beobachten ist als bei nicht studierenden Männern der gleichen Altersgruppe, die Alkoholabhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV bei den Männern vom Faktor Studium aber unabhängig ist.

Ganz anders bei den Frauen: Sowohl der Alkoholabusus als auch die Alkoholabhängigkeit bei studierenden Frauen ist im Vergleich zu den nicht studierenden Frauen eklatant hoch. Das Studium scheint für Frauen ein massiver Risikofaktor zu sein, einen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Die Datensätze der beiden Untersuchungen lassen sich aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen zwar nicht statistisch miteinander in Korrelation setzen, doch die interpretatorische Richtung des Datenvergleichs geht zusammenfassend eindeutig in Richtung eines hochsignifikanten Zusammenhangs zwischen Studium und Alkoholmissbrauch beider Geschlechter und zwischen Studium und Alkoholabhängigkeit bei den Frauen. Somit ist die eingangs angestellte Überlegung, ob Studierende einen höheren Substanzmissbrauch aufweisen, im Hinblick auf die klassifizierbare Störung Alkoholmissbrauch bestätigt. Studierende missbrauchen eher Alkohol als Nicht-Studierende, Studentinnen entwickeln eher eine Alkoholabhängigkeit als nicht studierende Frauen gleichen Alters.

### 5.1.3 Bestimmung des Nikotinkonsums und der Konsummenge

Zum Themenbereich Rauchen und Nikotinkonsum lassen sich für die Kölner Studie folgende Ergebnisse feststellen:

Tabelle 15. Raucherstatus (Prozentangabe der Gesamtzahl aller Probanden in Klammern, N=2.252)

<b>noch nie geraucht</b>	760 (33,7)
<b>hat ein paar mal geraucht</b>	463 (20,6)
<b>Ex-Raucher</b>	254 (11,3)
<b>aktuell: Gelegenheitsraucher</b>	352 (15,6)
<b>aktuell: täglicher Raucher</b>	423 (18,8)

Die Angaben unterscheiden sich nicht geschlechtsspezifisch, der Anteil in den jeweiligen Kategorien ist bei Männern und Frauen gleich. Auffällig ist, dass nur annähernd 18,8% der Gesamtstichprobe tägliche Raucher sind. Auch die beiden Vergleichsstichproben unterscheiden sich nicht geschlechtsspezifisch, weshalb hier eine Gesamtdarstellung erfolgt:

Tabelle 16. Raucherstatus der Vergleichsstudien (Prozentangabe der Gesamtzahl aller Probanden)

	Kölner Studie N= 2.252	Drogenaffinitäts- studie	Repräsentativ- erhebung
<b>Nichtraucher</b>	65,6	39,3	53,8
<b>Gelegenheitsraucher</b>	15,6	17,3	7,8
<b>täglicher Raucher</b>	18,8	43,4	38,4
		100,0	100,0

Aus Tabelle 16 wird deutlich, dass die Gesamtzahl der Raucher in beiden Vergleichsstudien um ein Wesentliches höher liegt als bei der Kölner Studie: Liegen bei den Studierenden die Raucher bei 18,8 %, so kann in der BZgA-Studie ein Raucheranteil von 43,4% ermittelt werden, auch in der Repräsentativerhebung liegen die ständigen Nikotinkonsumenten mit 38,4% deutlich über den in der Kölner Studie gefundenen Häufigkeiten.

Was im Bereich des Alkoholmissbrauchs ein Risikofaktor zu sein scheint, ist im Rauchverhalten eine Ressource: Studierende scheinen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe der Studierenden weniger zu rauchen als Nicht-Studierende. Ein Erklärungsansatz ist in diesem Zusammenhang der soziale Status, der bei Studierenden eher höher einzuschätzen ist als bei Nicht-Studierenden. Besonders Kinder und Jugendliche niedrigerer sozialer Schichten zeigen einen frühen Einstieg und einen starken Konsum in Bezug auf Tabakprodukte (Helmert et al. 2000, Klein 2002).

Im Folgenden werden die Kölner Probanden auf ihr Rauchverhalten hin different ausgewertet.

Die täglichen Raucher der Stichprobe rauchen im Durchschnitt seit 6,8 Jahren (SD 3,3) durchschnittlich 13,5 Zigaretten am Tage (SD 6,9).

Gefragt nach der ersten Zigarette nach dem Aufstehen geben 26,3% der täglichen Raucher an, in der ersten halben Stunde zur Zigarette zu greifen,

nach 31 bis 60 Minuten rauchen 24,5% und nach mehr als einer Stunde 31,2% die erste Zigarette. 18% der Probanden rauchen erst ab einer bestimmten Uhrzeit, durchschnittlich gegen 13 Uhr. Es gibt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der täglichen Zigarettenanzahl und dem morgendlichen Rauchbeginn (sig. = .000/ CC= .506). Diejenigen, die später am Tag mit dem Rauchen beginnen, rauchen insgesamt weniger als diejenigen, die innerhalb der ersten Stunde nach dem Aufstehen die erste Zigarette rauchen.

Bezogen auf den studentischen Alltag lässt sich festhalten, dass 42,1% der Raucher an der Hochschule mehr als zu Hause rauchen, 86,7% konsumieren mehr Nikotin, wenn sie Alkohol trinken und 77,4% rauchen mehr, wenn auch andere Raucher dabei sind. 58% der Raucher geben an, dass sie weniger rauchen, wenn sie alleine sind. 94,6% raucht am Rest des Tages mehr als am frühen Morgen.

Somit lässt sich sehr klar die soziale Bedeutung des Rauchens herausstellen: Der Nikotinkonsum mit dem Zweck der Geselligkeit scheint bei Studierenden eine Hauptmotivation zum Rauchen und ein wesentlicher Umstand des Rauchens zu sein. Nicht-Studierende weisen demnach eine größere Gesamtzahl an Rauchern auf. Jedoch neigen diejenigen Studierenden, die Raucher sind, durch den Beginn des Studiums zu einem Drittel zu einer Zunahme des Rauchverhaltens.

#### **5.1.4 Bestimmung des Konsums illegaler Drogen**

Da der epidemiologische Fragebogen der Kölner Studie wegen reibungsloser Durchführbarkeit nicht zu umfangreich sein sollte, sind die erhobenen Bereiche zu den illegalen Drogen auf die reine Konsumhäufigkeit beschränkt. Deshalb erfolgt in diesem Kapitel die Darstellung der Häufigkeit des Substanzkonsums illegaler Substanzen aufgeteilt nach der Lebenszeitprävalenz (mindestens einmal im Leben Konsum der Substanz) und der 12-Monatsprävalenz (mindestens einmal im letzten Jahr Konsum der Substanz). Außerdem sollten die Probanden die Verfügbarkeit der einzelnen Substanzen für sie persönlich einschätzen. Alle dargestellten Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl aller Probanden.

Tabelle 17. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden, N=2.330)

<b>Lebenszeitprävalenz</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>sig.</b>
<b>Cannabis</b>	62,9	57,7	.011
<b>Amphetamine</b>	7,0	5,1	.067
<b>Ecstasy</b>	6,3	5,1	.180
<b>Kokain</b>	7,4	4,7	.007
<b>Opiate</b>	2,9	1,2	.005
<b>12-Monats-Prävalenz</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>sig.</b>
<b>Cannabis</b>	42,8	33,9	.000
<b>Amphetamine</b>	3,2	1,8	.032
<b>Ecstasy</b>	2,9	1,5	.033
<b>Kokain</b>	3,6	1,7	.004
<b>Opiate</b>	1,1	0,2	.005

Aufgeteilt nach Männern und Frauen lässt sich bei der Kölner Studie folgendes konstatieren: Männer zeigen eine hochsignifikant höhere Lebenszeitprävalenz und auch eine signifikant erhöhte 12-Monats-Prävalenz in Bezug auf Cannabis als Frauen. Eine weitere hohe Signifikanz liegt in Bezug auf die 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums vor: Männer haben im letzten Jahr häufiger Kokain zu sich genommen als Frauen. Alle anderen Substanzen sind in Bezug auf eine mögliche Geschlechtsspezifität ebenfalls signifikant: Bezüglich der reinen Prozentzahlen werden illegale Substanzen von Männern häufiger als von Frauen konsumiert. So kann man innerhalb der Kölner Stichprobe davon ausgehen, dass Männer zu einem riskanteren Suchtmittelkonsum tendieren als Frauen, was den gängigen Einschätzungen von männlichem und weiblichem Drogenkonsum entspricht (vgl. z.B. Pauly 2003). In der folgenden Tabelle werden die Prävalenzwerte im Vergleich mit den beiden anderen Studien unabhängig vom Geschlecht dargestellt.

Tabelle 18. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen: Gesamtvergleich (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden)

<b>Lebenszeitprävalenz</b>	<b>Kölner Studie</b>	<b>Drogen-</b>	<b>Repräsentativ-</b>
	<b>N=2.330</b>	<b>affinitäts-</b>	<b>erhebung</b>
		<b>studie</b>	<b>N=320</b>
		<b>N=907</b>	
<b>Cannabis</b>	60,4	35,0	16,9
<b>Amphetamine</b>	6,4	4,6	1,9
<b>Ecstasy</b>	5,7	6,7	1,9
<b>Kokain</b>	6,1	3,2	1,3
<b>Opiate</b>	2,0	0,4	0,3

<b>12-Monats-Prävalenz</b>	Kölner Studie N=2.330	Drogen- affinitätsstudie N=907	Repräsentativ- erhebung N=320
<b>Cannabis</b>	38,4	12,5	6,3
<b>Amphetamine</b>	2,5	2,0	1,3
<b>Ecstasy</b>	2,2	2,4	0,6
<b>Kokain</b>	2,6	1,7	0,3
<b>Opiate</b>	0,6	0,2	0,0

Wie aus Tabelle 18 zu erkennen ist, weisen Studierende im Vergleich zu den Nicht-Studierenden der beiden anderen Studien außer bei Ecstasy immer die höchsten Prävalenzwerte auf. Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis liegt bei der Kölner Studie bei 60,4%, während die Probanden der BZgA-Studie, bei der nur die 18-24-jährigen Nicht-Studierenden befragt werden, zu 35%, und die der Repräsentativerhebung zu 16,9% mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben.

Bei der 12-Monatsprävalenz zeigt sich das Verhältnis sogar noch extremer: 38,4% der Studierenden haben im letzten Jahr Cannabis zu sich genommen, während 12,5% der BZgA-Studie und 6,3% der Repräsentativerhebung eine Cannabis-Jahresprävalenz aufweisen.

Somit kann in Hinblick auf Cannabis eindeutig festgehalten werden, dass Studierende in den letzten 12 Monaten mehr als doppelt so häufig Cannabis zu sich genommen haben als Gleichaltrige, die nicht studieren.

Schaut man sich die anderen illegalen Substanzen an, so ist auch hier von einer generellen Erhöhung der Studentenkonsummuster auszugehen:

Bei Amphetamin können 6,4% der Studierenden von einem Konsum mindestens einmal im Leben berichten, während dies 4,6% bei der BZgA-Studie und 1,9% bei der IFT-Studie sind. Die differierenden Werte der beiden Vergleichsstudien lassen sich vermutlich durch die unterschiedliche Altersgruppenverteilung erklären, was aber weiter unten in einem altersgruppenspezifischen Vergleich noch genauer dargestellt wird.

Bei der Jahresprävalenz in Bezug auf den Konsum von Amphetaminen ist der Unterschied nicht mehr ganz so groß: 2,5% der Studierenden, aber auch 2,0% der Teilnehmer der BZgA-Studie und 1,3 der repräsentativ befragten Erwachsenen haben im letzten Jahr Amphetamine zu sich genommen. Dass Studierende auch hier vorne liegen, kann durch den hohen Druck der Studiensituation auf den Einzelnen erklärt werden: Oft stehen Leistungsdruck und persönliche Umbruchsituationen vor dem Konsum von Aufputzmitteln,

was jedoch ebenso für die Nicht-Studierenden gelten kann. Die Unterschiede zwischen den drei Stichproben werden insgesamt als zu gering erachtet, um von einer Auffälligkeit zu sprechen. Bleibt festzuhalten, dass der Amphetaminkonsum scheinbar unabhängig vom Faktor Studium ist.

In Bezug auf Ecstasy liegen die Prävalenzen der Studierenden ebenfalls eher im Mittelfeld: 5,7% der Befragten haben in ihrem Leben bereits Ecstasy genommen, während die Teilnehmer der BZgA-Studie 6,7% aufweisen. Bei der Repräsentativerhebung hingegen sprechen 1,9% von einem bisherigen Ecstasykonsum. Demnach zeigt sich die Datenlage an dieser Stelle zu variationsreich, als dass von einem Effekt in Bezug auf die zu untersuchende Variable Studium gesprochen werden könnte. Bei der Jahresprävalenz weisen die Studierenden wiederum einen ähnlichen Wert auf wie die Befragten der Drogenaffinitätsstudie: 12-Monatsprävalenzen von 2,2% bzw. 2,4% werden als gleichwertig betrachtet, in Bezug auf Ecstasykonsum zeigt sich demnach ebenfalls kein Zusammenhang mit dem Faktor Studium. Die Repräsentativerhebung liegt mit 0,6% deutlich unterhalb der Werte der beiden anderen Gruppe.

Der Kokainkonsum unter Studierenden liegt in der Lebenszeitprävalenz dagegen deutlich über dem Konsum der Nicht-Studierenden. Von denjenigen, die in ihrem Leben bereits Erfahrungen mit Kokain gemacht haben, sind 67,8% Männer, von denen wiederum 60% der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen angehören. Auch die Jahresprävalenzwerte sind in der Kölner Studie mit 2,6% höher als in den beiden Vergleichsstudien. Demnach unterliegen männliche Studierende der jüngeren Altersgruppe im Vergleich zu anderen Studierenden eher der Gefahr des Kokainkonsums.

Opiate werden ebenfalls eher von Studierenden konsumiert, sowohl in der Lebenszeit- als auch in der Jahresprävalenz. Doch sind die Unterschiede hier zu gering, als dass man von einer eindeutigen Tendenz sprechen kann.

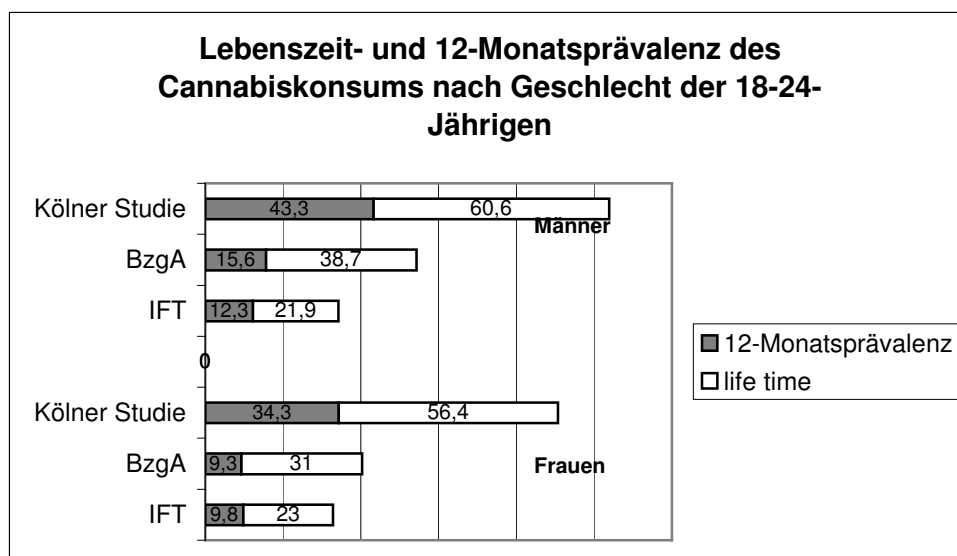
Zusammenfassend kann man sagen, dass Studierende durch eine erhöhte Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Substanz Cannabis auffallen, außerdem zeigen sich in der Lebenszeitprävalenz leichte Tendenzen zu einem wahrscheinlicheren Amphetaminkonsum. Schließlich haben Studierende höhere Prävalenzen in Bezug auf Kokain. Die erste Hypothese lässt sich durch die ermittelten Werte allenfalls teilweise bestätigen, wobei durch die



Lebenszeitprävalenz wie durch die 12-Monatsprävalenz keine Suchtprobleme dargestellt werden, allenfalls Tendenzen zu riskantem Konsum. Von letzterem kann man anhand der ermittelten Werte bei männlichen Studierenden im Alter von 18 bis 24 Jahren ausgehen.

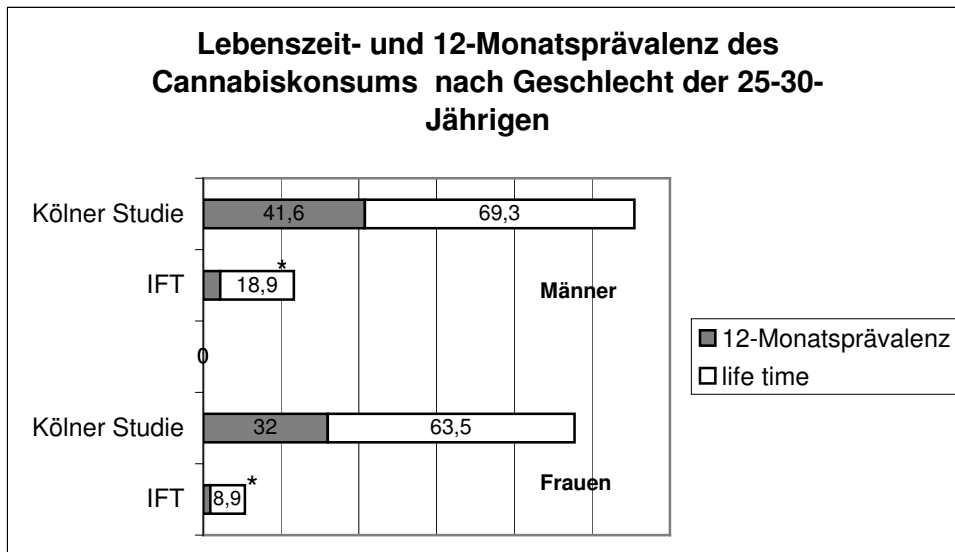
Noch genauere Ergebnisse versprechen altersgruppen- und geschlechtsspezifische Auswertungen, die im Folgenden aufgezeigt werden:

Abbildung 4. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 18-24-Jährigen



Die Prävalenzwerte der 25-30-Jährigen können leider nur mit der Repräsentativerhebung verglichen werden, da die BzgA-Studie diese Altersgruppe nicht umfasst.

Abbildung 5. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 25-30-Jährigen



\* Der fehlende Wert der 12-Monatsprävalenz der Männer ist 4,4%, der der Frauen ist 1,8%.

Die höchsten Lebenszeitprävalenzwerte finden sich in beiden Altersgruppen beider Geschlechter der Kölner Studie. Hier ist eine Tendenz der älteren Probanden zu bemerken: 69,3% der Männer und 63,5% der Frauen im Alter von 25-30 Jahren haben eine höhere Lebenszeitprävalenz als die 18-24-Jährigen, während aber die 12-Monatsprävalenz mit steigendem Alter geringer zu werden scheint: Mit 43,3% bei den Männern und 34,4% bei den Frauen liegen die jüngeren Studierenden über den Werten der älteren Befragten, bei denen die Männer zu 41,6% und die Frauen zu 32% im letzten Jahr Cannabis konsumiert haben. Die oben erwähnte Vermutung, dass der Konsum mit dem Alter abnimmt, lässt sich somit bestätigen. An dieser Stelle sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der Kölner Studie um eine Querschnittsstudie handelt und altersbedingte Effekte nur vermutet werden können.

Verglichen mit der BZgA- und der IFT-Studie haben die Studierenden wesentlich höhere Prävalenzwerte, es ist gar eine außerordentliche Differenz zu verzeichnen.

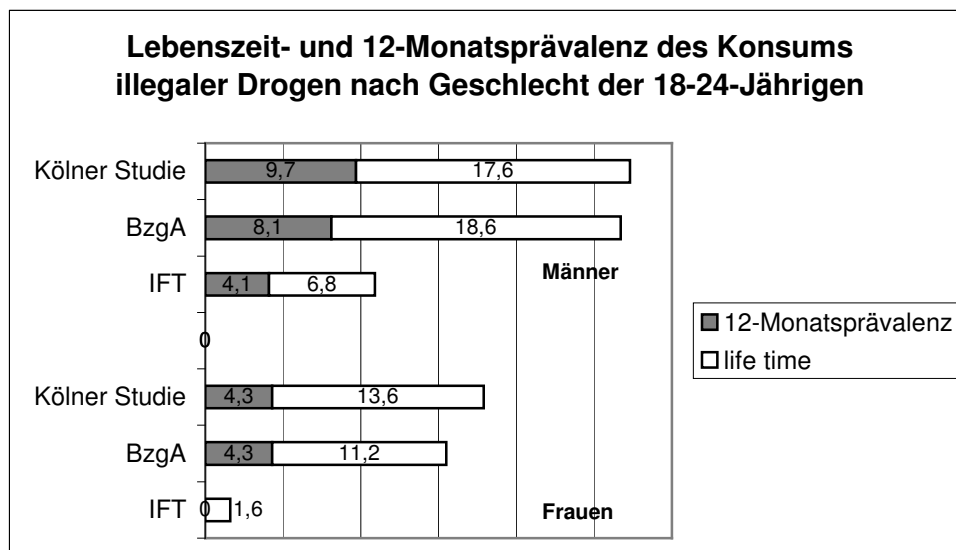
Geht man davon aus, dass der Konsum von Drogen immer auch mit dem Risiko geprägt ist, diese Droge missbräuchlich zu konsumieren, so kann durchaus festgehalten werden, dass die höhere Prävalenz bei den Studierenden vermutlich eher zu einem problematischen Konsum führt als bei Nicht-

Studierenden. Auch hiermit würde sich die eingangs angestellte Vermutung tendenziell bestätigen lassen.

Insgesamt sollte noch erwähnt werden, dass Männer durch ihre durchgängig höheren Prävalenzwerte ein eher riskantes Konsumverhalten an den Tag legen als Frauen. Bemerkenswert ist die Lebenszeitprävalenz von Cannabis bei den 18-24-jährigen Frauen der IFT-Studie: Er ist mit 23% höher als die mit 21,9% bezifferte Lebenszeitprävalenz der Männer. Bei den 25-30-Jährigen der IFT-Studie ist das Verhältnis wieder umgekehrt. Hier kann nur vermutet werden, dass nicht studierende Frauen mit dem Konsum von Cannabis früher anfangen als nicht studierende Männer, der Altersunterschied ist aber spätestens in der zweiten untersuchten Altersgruppe wieder relativiert und wie in den anderen Studien auch übersteigen die Prävalenzwerte der Männer die der Frauen.

Im Folgenden sollen die Prävalenzwerte der anderen illegalen Drogen außer Cannabis aufgeteilt nach Alter und Geschlecht dargestellt werden.

Abbildung 6. Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 18-24-Jährigen

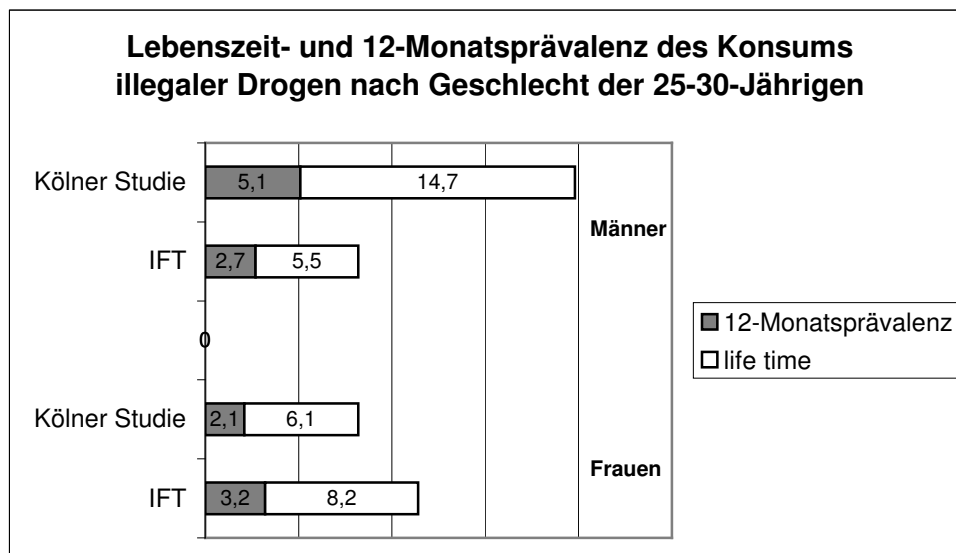


Mit 18,6% weisen die männlichen Nicht-Studierenden der Altersgruppe der 18-24-Jährigen die höchste Lebenszeitprävalenz insgesamt auf, dicht gefolgt von den männlichen Studierenden der gleichen Altersgruppe (17,6%). In Bezug auf die 12-Monatsprävalenz haben die männlichen Studierenden im Alter zwischen 18 und 24 Jahren die größten Konsumraten, 9,7% der Studenten haben im letzten Jahr illegale Drogen außer Cannabis konsumiert. Studierende Frauen

dieser Altersgruppe weisen mit 13,6% eine höhere Lebenszeitprävalenz als die Frauen der beiden Vergleichsstudien auf, die 12-Monatsprävalenz der Probandinnen von Kölner und BZgA-Studie liegen mit 4,3% gleich.

Insgesamt zeigt sich ein kein deutlicher Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Substanzen außer Cannabis und Studium. Dies weist auf eine tendenzielle Widerlegung der angestellten Vermutung, dass Studierende mehr Suchtprobleme haben, hin, wenn man davon ausgeht, dass eine höhere Konsumprävalenz auch auf eine erhöhte Prävalenz von Suchtproblemen hinweist.

Abbildung 7. Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 25-30-Jährigen



Schaut man sich die ältere Gruppe der 25-30-Jährigen an, so liegen die Lebenszeitprävalenzen der studierenden Männer mit 14,7% sehr deutlich über denen der IFT-Studie (5,5%). Bei den Frauen jedoch sind sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monatsprävalenz höher als bei den Studentinnen. Dies ist hauptsächlich im Bereich des Amphetaminkonsums zu beobachten. Scheinbar ist das Studium in Bezug auf diese Substanzen zumindest im entsprechenden Altersbereich ein Schutzfaktor im Vergleich mit Nicht-Studieren.

Abschließend kann zu den Prävalenzverteilungen der Studierenden gesagt werden, dass sie in den meisten Bereichen keine höheren Werte aufweisen. Infolge dessen wird das Studium nicht als Risikofaktor für den Konsum illegaler

Substanzen außer Cannabis betrachtet. Somit ist die erste Forschungsfrage in Bezug auf illegale Substanzen außer Cannabis.

Im Folgenden wird Verfügbarkeit illegaler Substanzen betrachtet, welche bekanntermaßen ein ausschlaggebender Faktor auch für die Konsumhäufigkeit einer Region oder einer Personengruppe ist (vgl. u.a. Scheerer 1995).

Die Verfügbarkeit illegaler Drogen gestaltet sich wie folgt:

Abbildung 8. Verfügbarkeit illegaler Drogen – Kölner Studie

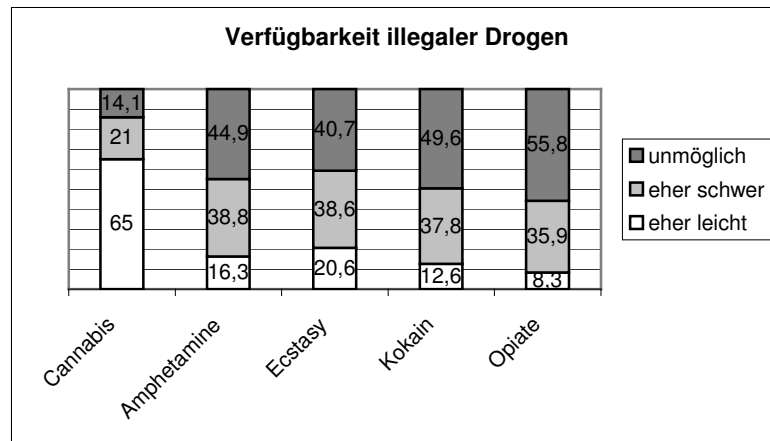


Abbildung 9. Verfügbarkeit illegaler Drogen – BZgA-Studie

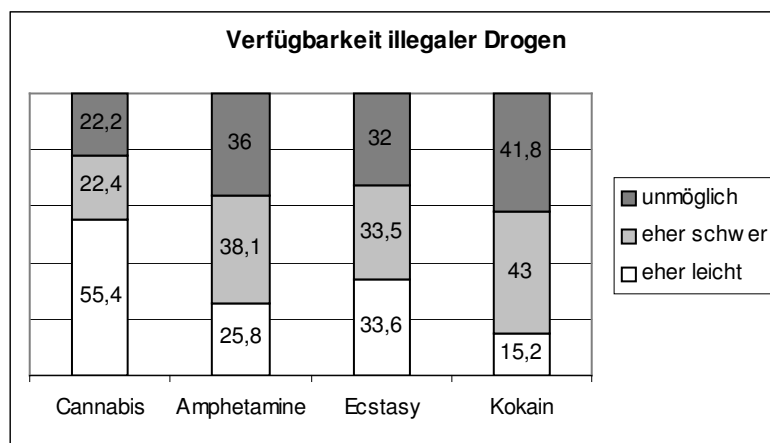
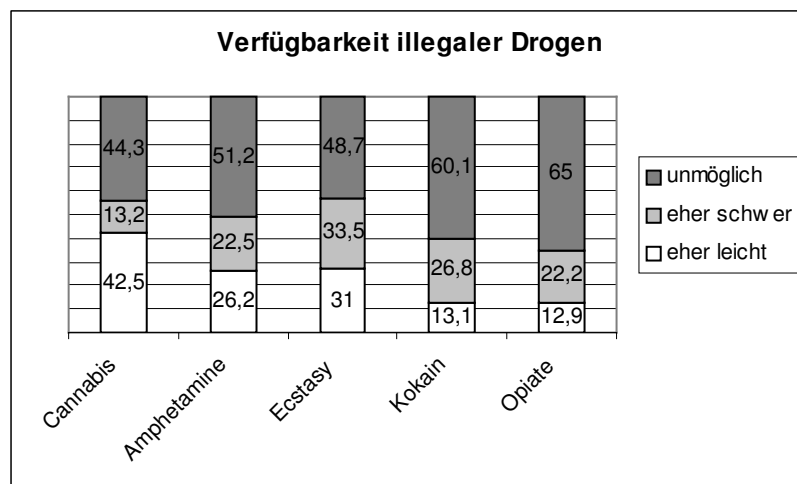


Abbildung 10. Verfügbarkeit illegaler Drogen – IFT-Studie



65% der Studierenden geben an, Cannabis innerhalb von 24 Stunden eher leicht zu bekommen, sie verfügen im Vergleich zu den beiden anderen Studien (BZgA: 55,4%, IFT: 42,5%) am leichtesten über Cannabisprodukte.

Amphetamine hingegen erreichen eher die Nicht-Studierenden leichter, sie können zu 25,8% (BZgA) bzw. zu 26,2% (IFT) sehr leicht auf Amphetamine zurückgreifen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus Abbildung 9, in denen besonders Amphetamine eine Hauptkonsumsubstanz darstellt.

Auch zu allen anderen gefragten Substanzen haben die Nicht-Studierenden einen besseren Zugriff, die Studierenden liegen häufig weit hinter den Werten ihrer Altersgenossen.

Dies untermauert die erhöhten Prävalenzwerte der Nicht-Studierenden im Gegensatz zu den Studierenden. Wer von der jeweiligen Substanz mehr konsumiert, hat demnach naheliegender Weise wohl auch eher Zugriff auf die Konsumsubstanzen.

Wie bereits bei Alkohol und Nikotin wurde in der epidemiologischen Querschnittsuntersuchung auch im Bereich der illegalen Drogen nach der Verhaltensänderung im Zusammenhang mit dem Studienbeginn gefragt.

Die studentischen Probanden machten folgende Angaben zu der Frage, wie sich ihr Substanzkonsumverhalten seit dem 1. Semester verändert hat:

Tabelle 19. Konsumänderung seit dem 1. Semester (Angaben in Prozent)

	Jetzt mehr	Keine Änderung	Jetzt weniger	Nicht mehr
<b>Cannabis (N=2.304)</b>	7,5	26,6	37,4	47,6
<b>Amphetamine (N=213)</b>	1,1	6,8	7,3	9,3
<b>Ecstasy (N=206)</b>	1,0	6,3	6,9	9,0
<b>Kokain (N=206)</b>	1,2	6,5	7,1	9,0
<b>Opiate (N=156)</b>	0,7	5,7	6,0	6,8

Gewertet werden diejenigen, die einen Substanzkonsum der jeweiligen Substanz angegeben haben.

Bei Cannabis gab fast die Hälfte der Probanden an, seit Studienbeginn nicht mehr zu konsumieren, immerhin etwa jeder Dritte konsumiert weniger als zu Studienbeginn. Bei diesen Personen kann man davon ausgehen, dass das Studium als „Initialzündung“ betrachtet wird, ein Verhalten abzulegen, welches der Leistungsfähigkeit bekanntermaßen entgegensteht. Ein weiterer Grund für den sinkenden Konsum könnte auch das Alter spielen, welches bei Cannabiskonsum, wie oben bewiesen, einen starken Einfluss auf das Konsumverhalten hat.

Die 7,5% derer, die seit Studienbeginn mehr Cannabis als vorher konsumieren, könnten in die Gruppe derjenigen Studierenden eingeordnet werden, die durch das Merkmal Studium eine höhere Substanzfrequenz haben. Gründe können Leistungsdruck, Stressmilderung oder auch gesellige Aspekte sein.

Diejenigen, die seit Studienbeginn keine Konsumänderung vollzogen haben, sind Konsumenten, auf die der Faktor Studium keinen Einfluss hat. Das sind 26,6%, also jeder vierte Studierende.

Interessant ist, dass diejenigen, die Amphetamine konsumieren, ebenfalls zu Ecstasy und Kokain greifen. Infolge dessen kann die aufputschende Wirkung und höhere körperliche und psychische Leistungsfähigkeit aller drei Substanzen in Zusammenhang gebracht werden: Alle werden von einem bestimmten Motiv- bzw. Persönlichkeitstypen konsumiert.

### 5.1.5 Fazit

In der folgenden Tabelle ist zusammenfassend dargestellt, in welchen Bereichen Studierende eine höhere Prävalenz von Suchtproblemen haben als Nicht-Studierende und umgekehrt.

Tabelle 20. Prävalenz von Suchtproblemen

Studierende	Nicht-Studierende
- Höhere „Binge drinking“-Rate	- Höhere Raucher-Rate
- Höhere Rate Alkoholmissbrauch nach DSM-IV	- Höhere Lebenszeitprävalenz der illegalen Drogen Amphetamine bei den Frauen
- Höhere Rate Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV bei den Frauen	
- Höhere Lebenszeit- und auch 12-Monatsprävalenz der illegalen Drogen Cannabis, Amphetamine, Kokain und Opiate bei den Männern	
- Höhere Lebenszeitprävalenz der illegalen Drogen Cannabis und Opiate bei den Frauen	

Bei Betrachtung der Tabelle 20 kann man alleine von der Häufigkeitsverteilung auf der Seite der Studierenden die grundsätzliche Tendenz ablesen: Studierende haben mehr Suchtprobleme als Nicht-Studierende.

- Sie vollziehen zu einem höheren Ausmaß das Verhalten des Rauschtrinkens, sie weisen bei Männern und Frauen einen höheren Alkoholmissbrauch auf, bei den Frauen lässt sich vermehrte Alkoholabhängigkeit beobachten.
- Die studierenden Männer liegen bei allen illegalen Drogen außer Ecstasy an der Spitze des Konsums in der jeweiligen Altersgruppe. Bei den studierenden Frauen ist die Konsumrate der Droge Cannabis erhöht, außerdem konsumieren sie mehr Opiate als ihre Altersgenossinnen, aber insgesamt auf einem niedrigen Niveau.
- Nicht-Studierende dagegen sind häufiger tägliche Raucher, nicht studierende Frauen konsumieren mehr Amphetamine als Studentinnen.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die erste Forschungsfrage sich weder bestätigen noch falsifizieren lässt, zu unterschiedlich lassen sich die



Ergebnisse bewerten. Festzuhalten ist, dass sich die Konsummuster von Studierenden von denen von Nicht-Studierenden unterscheiden: Studierende neigen eher zu Rauschtrinken und zu missbräuchlichem Substanzkonsum, während Nicht-Studierende häufiger rauchen und häufiger als alkoholabhängig zu bezeichnen sind.

## 5.2 Komorbidität

Um die Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen abschätzen zu können, wurde zunächst die Befindlichkeit der Versuchspersonen eruiert. Psychische Beeinträchtigung ist definiert als Minderung des Gefühls der psychischen Gesundheit. Diese Definition ist nach diagnostischen Gesichtspunkten sehr ungenau, umfasst aber die subjektive Gefühlslage der einzelnen Personen besser als diagnostische Kriterien. Es werden außerdem mit klinischen Instrumenten die Achse-I- und Achse-II-Störungen des DSM-IV geprüft, womit manifeste psychische Erkrankungen identifiziert werden können.

Hiernach werden diejenigen Studierenden, die eine Komorbidität aufweisen, hinsichtlich der Schwere der Substanzkonsumproblematik mit den Studierenden verglichen, die keine psychische Erkrankung aufweisen. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass sich die Untersuchungsgruppe auf die 100 Risikoprobanden der teilstrukturierten Interviews beschränken muss, da die große epidemiologische Untersuchungsgruppe wegen des Umfangs nicht hinsichtlich psychischer Störungen befragt worden ist.

Ein Fokus soll allerdings trotzdem auf dem persönlichen Empfinden der eigenen Situation auch der epidemiologisch Befragten liegen, da die gefühlte Beeinträchtigung des einzelnen Menschen eine wichtige Aussage zum Lebensgefühl der Betroffenen geben kann. Auch wenn bestimmte Kriterien für eine psychiatrische Erkrankung wie z.B. Depression nicht vollständig erfüllt sind, ist der Leidensdruck des Einzelnen oft so erhöht, dass seine Lebensqualität beeinträchtigt ist.

### 5.2.1 Bestimmung der psychischen Beeinträchtigung

Da der Zusammenhang zwischen physischem und psychischem Wohlbefinden häufig sehr eng ist, werden in den folgenden beiden Tabelle die Einschätzungen der epidemiologischen Stichprobe der Kölner Studie bezogen auf die körperliche und seelische Verfassung dargestellt, bevor die gleiche Darstellung für die Gruppe der Risikoprobanden der Kölner Studie erfolgt.

Tabelle 21. Physische und psychische Befindlichkeit: Epidemiologische Befragung (Angaben in Prozent der Gesamtgruppe, N=2.288 bzw. N=2.297)

	Physische Befindlichkeit	Psychische Befindlichkeit
Ausgezeichnet	12,1	19,8
Gut	62,9	56,2
Mittelmäßig	23,1	19,2
Schlecht	1,7	3,7
Miserabel	0,2	1,0
Gesamt	100,0	100,0

Vergleicht man die beiden Bereiche, so fallen nur geringe Unterschiede auf: Physisch ausgezeichnet oder gut geht es 75,0% der Studierenden, im psychischen Bereich antworten 76,0% so. Eine mittelmäßige physische Gesundheit berichten 23,1%, bei der psychischen Befindlichkeit sind dies 19,2%. Eine schlechte oder miserable körperliche Verfassung haben 1,9% der Befragten, aber 4,7% geht es psychisch schlecht oder miserabel. Bezogen auf die schlechte Verfassung überwiegt der Anteil der psychischen Beeinträchtigung um 2,8 Prozentpunkte. Interessant ist an dieser Stelle die geschlechtsspezifische Aufspaltung.

Tabelle 22. Physische und psychische Befindlichkeit aufgeteilt nach Geschlecht: Epidemiologische Befragung (Angaben in Prozent der Gesamtgruppe aufgeteilt nach Geschlecht, N=2.288 bzw. N=2.297)

	Physische Befindlichkeit (p<.016)		Psychische Befindlichkeit (p<.084)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ausgezeichnet	16,9	7,7	27,7	12,7
Gut	62,4	63,4	52,9	59,2
Mittelmäßig	19,4	26,4	16,2	22,0
Schlecht	1,0	2,2	2,3	5,0
Miserabel	0,3	0,2	0,9	1,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Die geschlechtsdifferenziertere Betrachtung der Befindlichkeit kann so gedeutet werden, dass die körperliche Gesundheit bei den studierenden Männern etwas besser ist als bei den Frauen: „Ausgezeichnet“ antworten 17,1% der Männer, was mehr als doppelt so häufig ist wie die gleiche Antwort bei den Frauen. Diese beschreiben mit dem Attribut „mittelmäßig“ häufiger ihren körperlichen Gesundheitszustand. Insgesamt sehen sich 79,4% der Männer als eher gesund, dem gegenüber stehen 71,4% Frauen. Mittelmäßig gut schätzen eher die Frauen ihren körperlichen Gesundheitszustand ein: 26,3% berichten eine mittelmäßige körperliche Gesundheit, dies sind bei den Männern 19,2%.

Die schlechte bis miserable körperliche Gesundheit schreiben sich die Frauen mit 2,3% fast doppelt so häufig zu wie die Männer mit 1,3%. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezogen auf die körperliche Gesundheit sind signifikant ( $p < .016$ ).

Bei der Frage nach der psychischen Gesundheit verhält es sich ähnlich: Das Attribut „ausgezeichnet“ verwenden 28,1% der Männer bei der Beschreibung ihrer seelischen Befindlichkeit, während dies nur 13,7% der Frauen tun. Die Frauen sehen ihre psychische Gesundheit tendenziell schlechter an als die Männer: 80,7% der Männer fühlen sich seelisch ausgezeichnet oder gut, bei den Frauen sind das 73%. Mittelmäßig fühlen sich nur 16,1% der männlichen Studierenden, während 21,9% der Frauen diese Beschreibung für sich wählten. In der Kategorie „schlecht oder miserabel“ finden sich 3,1% der Männer und 6,0% der Frauen. Auch diese geschlechtsspezifische Auswertung unterscheidet sich hochsignifikant: Männer bewerten ihre psychische Befindlichkeit signifikant häufiger schlechter als Frauen ( $p < .084$ /  $CC = .278$ ). Dieses Ergebnis entspricht den Beobachtungen von Becker & Minsel (1984), die Frauen eine stärker emotional gefärbte Selbstwahrnehmung sowie eine somatoforme Tendenz in Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Realität zusprechen. Darüber hinaus könnten die Daten dahingehend interpretiert werden, dass Männer sich eher überschätzen und Krankheiten oder Unwohlsein eher ignorieren.

Wertet man die Antworten der 100 Studierenden, die an den teilstrukturierten Interviews teilgenommen haben, unabhängig vom Geschlecht aus, so erhält man folgende Werte:

Tabelle 23. Physische und psychische Befindlichkeit: Interviews (Angaben in Prozent der Gesamtgruppe, N=98)

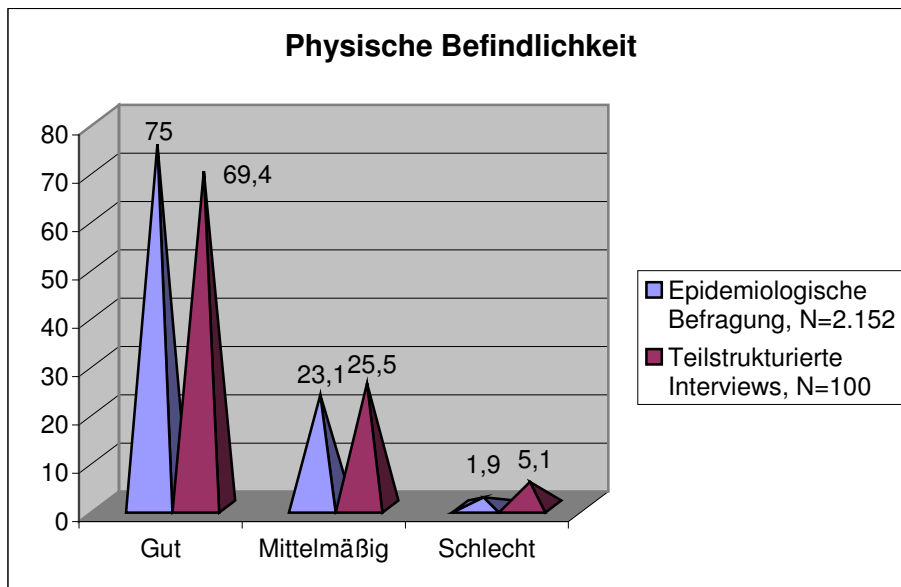
	Physische Befindlichkeit	Psychische Befindlichkeit
Ausgezeichnet	6,1	11,2
Gut	63,3	40,8
Mittelmäßig	25,5	36,7
Schlecht	4,1	9,2
Miserabel	1,0	2,0
Gesamt	100,0	100,0

Betrachtet man den physischen und den psychischen Bereich, so fällt eine deutliche Negativ-Gewichtung der psychischen Befindlichkeit auf:

69,4% der befragten Risikogruppe bezeichnen ihre körperliche Gesundheit als ausgezeichnet oder gut, ebenso berichten 51,0% von ihrer psychischen Gesundheit. Körperlich mittelmäßig geht es 25,5% der Probanden, eine mittelmäßige psychische Befindlichkeit haben 36,7%. Eine schlechte physische Verfassung berichten 5,1% der befragten Studierenden, dagegen geht es 11,2% der Befragten psychisch schlecht oder miserabel.

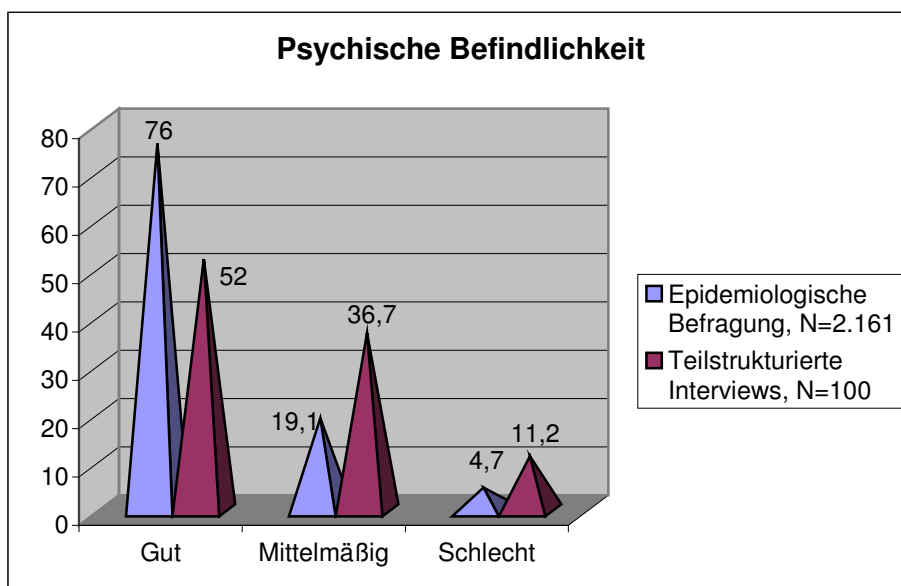
Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen aus Tabelle 22, so fällt ein deutlicher Unterschied auf: Bezogen auf die körperliche Gesundheit fühlen sich bei den Risikoprobanden 5,6% weniger ausgezeichnet oder gut als bei der epidemiologischen Befragung. Die Antwortkategorie „mittelmäßig“ wählen die Risikoprobanden 2,2% häufiger, während der Unterschied bei der schlechten bzw. miserablen Befindlichkeit um 3,2% höher liegt.

Abbildung 11. Physische Befindlichkeit



Hinsichtlich der psychischen Verfassung sind die Unterschiede noch deutlicher zu erkennen. Ausgezeichnet oder gut geht es den Risikoprobanden zu 24% weniger oft als den Studierenden der Fragebogenerhebung. Eine mittelmäßige psychische Verfassung berichten die Probanden der Interviews zu 17,5% häufiger als die Probanden der epidemiologischen Befragung. Die Antwortkategorie „mittelmäßig“ ist hiermit als eher negativ auszulegen, worauf auch die Ergebnisse der schlechten bzw. miserablen Befindlichkeit schließen lassen: 11,2% der Risikoprobanden fühlen sich so, während dies nur 4,7% der epidemiologischen Stichprobe angeben.

Abbildung 12. Psychische Befindlichkeit



Zusammenfassend kann man sagen, dass die Probanden aus der Stichprobe der Interviewbefragung sich körperlich und besonders psychisch schlechter fühlen als die Probanden aus der epidemiologischen Untersuchung. Wenn man sich in Erinnerung ruft, dass als „Risikoprobanden“ diejenigen Studierenden der epidemiologischen Befragung herausgefiltert wurden, die im Fragebogen entweder ein auffälliges Substanzkonsumverhalten oder ein auffälliges Essverhalten gezeigt haben, so ist die Annahme nahe liegend, dass Studierende mit einer solchen Problematik sich schlechter fühlen als Studierende ohne eine solche Problematik. Sie weisen also nicht nur ein objektiv beobachtbares erhöhtes Suchtverhalten auf, sondern scheinen auch subjektiv insgesamt schlechterer Verfassung zu sein als ihre Kommilitonen, die keine suchbezogenen Schwierigkeiten zeigen.

Auch diese Stichprobe wurde nach geschlechtsspezifischen Ausprägungen untersucht.

Abbildung 13. Physische Befindlichkeit im Vergleich

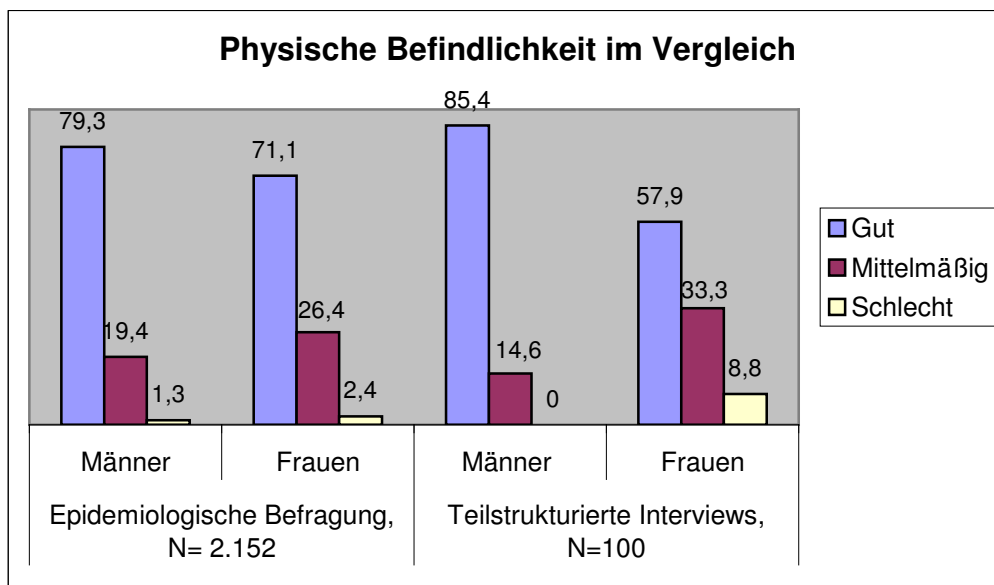
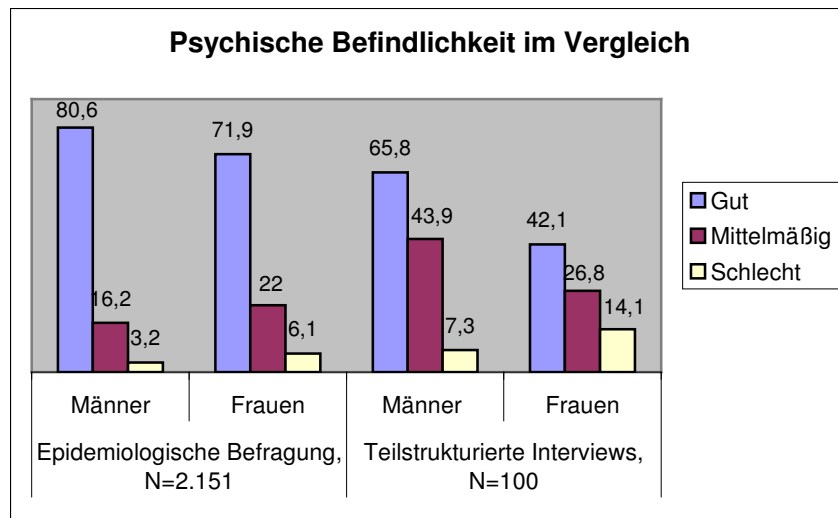


Abbildung 14. Psychische Befindlichkeit im Vergleich



Fasst man die Ergebnisse der Abbildungen 13 und 14 zusammen und achtet dabei besonders auf die beiden Extremgruppen „gut“ und „schlecht“, so können nachstehende Schlussfolgerungen gezogen werden:

Die Männer der epidemiologischen Befragung fühlen sich physisch etwas schlechter als die Männer der Interviewbefragung, dafür fühlen sie sich deutlich häufiger psychisch gut als die Risikoprobanden männlichen Geschlechts. Letztere fühlen sich dementsprechend auch mehr als doppelt so häufig psychisch schlecht als die Studierenden der epidemiologischen Studie. Bei den Frauen ist der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen viel deutlicher: Frauen der epidemiologischen Befragung fühlen sich zu 71,1% physisch und zu 71,9% psychisch gut, während die Risikoprobanden für die Beschreibung ihrer Physis zu 57,9% und zur Beschreibung ihrer Psyche nur zu 42,1% das Attribut „gut“ verwenden. Studentinnen der Interviewbefragung geben fast viermal so häufig wie die Vergleichsprobandinnen an, dass es ihnen physisch „schlecht“ gehe und doppelt so vielen Hochrisikoprobandinnen wie Studentinnen der Fragebogenuntersuchung geht es nach eigener Aussage seelisch „schlecht“. Im geschlechtsspezifischen Vergleich geht es Frauen sowohl physisch als auch psychisch schlechter als Männern, in der epidemiologischen Befragung und noch stärker ausgeprägt in der Interviewstudie.

Von der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wird nun der Fokus auf die diagnostizierbaren psychischen Störungen gesetzt.

Im Folgenden werden die Lebenszeitprävalenzen für die drei Hauptstörungsgruppen affektive, Angst- und somatoforme Störungen bei Studierenden berichtet. Die affektiven Störungen umfassen folgende spezifische Diagnosen gemäß der DSM IV-Klassifikation: Manische Episode (F30), Depressive Episode (F32) und Dysthymie (F34.1). Die Angststörungen befassen sich mit Agoraphobie (F40.0), Sozialer Phobie (F40.1), Spezifischer Phobie (F40.2), Panikstörung (F41.0), Generalisierter Angststörung (F41.1) sowie Posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1). Im Zusammenhang mit somatoformen Störungen werden Somatisierungsstörung (F45.0) sowie Hypochondrie (F45.2) berücksichtigt. Schließlich werden Essstörungen dargestellt, welche Anorexia Nervosa (F50.0), Bulimia Nervosa (F50.2 bzw. F50.3 bei Normalgewicht) einschließen.

Tabelle 24. Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Studierenden der Risikogruppe (Angaben in Prozent der Gesamtstichprobe aufgeteilt nach Geschlecht und Gesamtprozentzahl, N=100)

	Männer	Frauen	Gesamt	sig.
Affektive Störungen	58,5	59,3	59,0	.032
Angststörungen	29,3	50,8	42,0	n.s.
Somatoforme Störungen	0,0	5,1	3,0	n.s.
Essstörungen	7,3	35,6	24,0	.001
Irgendeine psychische Störung	70,7	88,1	81,0	n.s.

Die Probandengruppe, auf die sich Tabelle 24 bezieht, umfasst die 100 Risikoprobanden, die mittels des teilstrukturierte Interviews zur individuellen Problemausprägung befragt worden sind. Dies bedeutet, dass bereits im Vorhinein eine Selektion der Stichprobe stattgefunden hat, was eine Vergleichbarkeit mit der Allgemeinbevölkerung schwierig macht: Die 100 Probanden wurden aufgrund auffälliger Substanzkonsumraten bzw. auffälligen Essverhaltens für ein Interview ausgewählt, weshalb man bei einem nicht unerheblichen Teil der Probanden von einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Störungen ausgehen kann. In der epidemiologischen Fragebogenuntersuchung wurde zugunsten der Validität der Daten auf Fragen zu psychischen Störungen verzichtet, da die Erhebung psychischer Morbidität ein persönliches Interview unumgänglich macht.



Tabelle 24 stellt die Lebenszeitprävalenzraten psychischer Störungen der befragten Studierenden dar. 59,0% der Hochschüler erfüllen bei der Frage nach der Lebenszeitprävalenz die Kriterien einer Affektiven Störung, 58,5% der Männer und 59,3% der Frauen sind davon betroffen. Formen von Angststörungen weisen insgesamt 42,0% der Untersuchungsgruppe auf, hier sind 29,3% der Männer und 50,8% der Frauen beeinträchtigt. Auch bei den somatoformen Störungen sind die Frauen signifikant häufiger betroffen: 5,1% der Frauen berichten von Kriterien einer somatoformen Störung, die Männer zeigen diese Störung nicht. Bei den Essstörungen gibt es ebenfalls den typischen Geschlechtsunterschied: 7,3% der Männer weisen eine essstörungsbezogene Diagnose auf, 35,6% der Frauen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass ein bedeutsamer Prozentsatz der Untersuchten die Kriterien von mehr als einer psychischen Störung erfüllt. Frauen sind von jeder Störungsgruppe häufiger betroffen als Männer. So kann schließlich festgehalten werden, dass 70,7% der Männer und 88,1% der Frauen mindestens eine psychische Störung aufweisen, insgesamt sind 81% der mittels des teilstrukturierten Interviews befragten Studierenden von einer psychischen Störung betroffen. Deutlich wird auch, dass eine tendenziell höhere Prävalenzrate psychischer Störungen in der Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen im Vergleich zur jüngeren Gruppe liegt:

Tabelle 25. Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei Studierenden aufgeteilt nach Alter (Angaben in Prozent der Gesamtstichprobe aufgeteilt nach Geschlecht und Gesamtprozentzahl, N=100)

	19-24 Jahre		25-30 Jahre	
	Männer (N=25)	Frauen (N=47)	Männer (N=16)	Frauen (N=12)
Affektive Störungen	52,0	57,4	68,8	66,7
Angststörungen	24,0	48,9	37,5	58,3
Somatoforme Störungen	0	2,1	0	16,7
Irgendeine psych. Störung	64,0	85,1	81,3	100,0

Hinsichtlich der affektiven Störungsbilder verändert sich der Wert der befragten Männer wesentlich: 52,0% der jüngeren Altersgruppe und 68,8% der älteren Probanden sind davon betroffen. Das bedeutet einen Zuwachs von rund 17 Prozentpunkten bei steigendem Alter. Ähnlich verhält es sich hinsichtlich der Angststörungen bei den männlichen Studierenden: 24,0% der 19-24-Jährigen

weisen eine Angststörung auf und 37,5% der 25- bis 30-Jährigen. Bei den Frauen ist der Altersgruppenunterschied ebenfalls deutlich zu erkennen: Haben 57,4% der jüngeren Frauen eine affektive Störung, so kann dies von 66,7% der 25- bis 30-Jährigen berichtet werden. Bei den Angststörungen verhält sich der Unterschied auffälliger: Zwischen den beiden Altersgruppen steigt die Prävalenzrate um rund 34 Prozentpunkte. Auch in Bezug auf die somatoformen Störungen erhöht sich die Prävalenz mit dem Alter.

In der älteren Gruppe sind die Männer von affektiven Störungen sogar etwas häufiger betroffen als die Frauen, ansonsten weisen die Frauen eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit sämtlicher psychischer Störungen auf. Insgesamt scheinen die Prävalenzwerte für psychische Störungen in dieser Gruppe allesamt außerordentlich hoch zu sein: Die 19- bis 24-jährigen Männer weisen zu 64,0% irgendeine psychische Störung auf, die 25- bis 30-jährigen Männer gar zu 81,3%. Bei den jüngeren Frauen können bei 85,1% psychische Erkrankungen diagnostiziert werden, bei den älteren Frauen sogar bei 100,0%. Zieht man zum Vergleich den Bundesgesundheitsurvey mit den Daten der randomisierten Normalbevölkerungstichprobe heran, so sind alle Prävalenzwerte dieser Altersgruppe in Bezug auf psychische Störungen wesentlich niedriger: Bei den Männern liegt sie bei allen Störungsbereichen bis 5,5%, bei den Frauen bis 13,5% (vgl. Wittchen et al. 1999). Hier ist zu bedenken, dass die Studierenden durch ihre auffällige Substanzkonsumhaltung vorselektiert sind, man kann die erzielten Ergebnisse keinesfalls auf die Gesamtpopulation der Studierenden übertragen. Die Risikoprobanden wurden aufgrund der Alkoholkonsumfrequenz zum Interview ausgewählt, ohne dass es bereits einen Hinweis auf Komorbidität gegeben haben konnte.

Geht man von der Lebenssituation der Studierenden aus, so ist diese Entwicklung nicht verwunderlich. Am Anfang des Studiums sind viele Studierende überrollt von den Neuerungen in ihrem Leben und versuchen nach und nach, diese neuen Lebensumstände zu ordnen und zu bewältigen. Es ist anzunehmen, dass ihnen das mit zunehmender Studienroutine immer besser gelingt, so dass sie mit wachsender Erfahrung auch die Probleme und ihr Leben besser meistern. Diese Vermutung müsste jedoch durch eine Abnahme psychischer Störungen mit steigendem Alter untermauert werden. Dass sich dies in der Befragtengruppe umgekehrt verhält, kann dadurch erklärt werden,

dass die Befragten durch Substanzkonsum oder auffälliges Essverhalten in die Gruppe der Risikoprobanden gekommen sind, bei diesen Hochschülern also bereits eine Problematik vermutet wurde. Im Endeffekt kann folgende Behauptung auch nur für diejenigen Studierenden bewiesen werden, die bereits suchtnahe Verhaltensweisen zeigen: Je älter die Studierenden sind, desto eher lässt sich eine manifeste psychische Störung der Achse I feststellen.

Für die Diagnostik der Achse-II-Störungen wurde die erste Stufe des zweistufigen SKID-II-Verfahrens durchgeführt, bestehend aus einem Fragebogen, der von den Probanden beantwortet wurde und dessen Items die Kriterien des DSM-IV repräsentieren. Der Fragebogen dient als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im eigentlichen diagnostischen Verfahren folgt noch ein klinisches Interview, das sich auf den Fragebogen bezieht, worauf aber aus Zeitgründen in der Kölner Studie verzichtet wurde. Weil gerade Persönlichkeitsstörungen jedoch ohne ein entsprechendes vertiefendes Interview nicht zu diagnostizieren sind, sollen die Ergebnisse des Fragebogens als dimensionaler Ausprägungsgrad im Sinne entsprechend akzentuierter Persönlichkeitsmerkmale verstanden und interpretiert werden, das Verfahren reicht nicht aus, um bereits von manifesten Persönlichkeitsstörungen zu sprechen. Dies sei beim Studium folgender Daten mit zu bedenken.

Aufgrund der trennschärferen Diagnostik des Mini-DIPS werden bei der Auswertung der Daten zu Persönlichkeitsstörungen die 100 Risikoprobanden in zwei Gruppen geteilt: Diejenigen mit mindestens einer diagnostizierten Achse-I-Störung werden im Folgenden mit „psychisch krank“ beschrieben, die Studierenden, bei denen eine solche Diagnose nicht zutrifft, erhalten das Attribut „psychisch unauffällig“. Zu bedenken sei jedoch, dass sich diese Unauffälligkeit ausschließlich auf die bereits beschriebenen psychischen Krankheiten bezieht, die suchtbefragten Diagnosen sind hiervon ausdrücklich ausgeschlossen. Sämtliche 100 Probanden der Interviews sind bezogen auf die Gesamtpopulation der Studierenden in Deutschland grundsätzlich als Risikoprobanden zu betrachten.

Tabelle 26. Persönlichkeitsmerkmale der Interviewprobanden (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden, N=100)

	psychisch kranke Studierende	psychisch unauffällige Studierende	Gesamt- gruppe	sig.
Selbstunsichere Persönlichkeit	17,3	5,3	15,0	n.s.
Dependente Persönlichkeit	9,9	0,0	8,0	n.s.
Zwanghafte Persönlichkeit	64,2	57,9	63,0	n.s.
Negativistische Persönlichkeit	37,0	5,3	31,0	.007
Depressive Persönlichkeit	8,6	0,0	7,0	n.s.
Paranoide Persönlichkeit	24,7	15,8	23,0	n.s.
Schizotypische Persönlichkeit	18,5	0,0	15,0	.042
Schizoide Persönlichkeit	3,7	0,0	3,0	n.s.
Histrionische Persönlichkeit	25,9	21,1	25,0	n.s.
Narzisstische Persönlichkeit	43,2	21,1	39,0	n.s.
Borderline Persönlichkeit	48,1	15,8	42,0	.010
Antisoziale Persönlichkeit	54,3	31,6	50,0	n.s.

Statistisch fallen lediglich drei Persönlichkeitstypen durch Signifikanz auf: Die negativistische Persönlichkeit ( $p < .007$ ), die schizotypische Persönlichkeit ( $p < .042$ ) und die Borderline Persönlichkeit ( $p < .010$ ) tritt bei psychisch kranken Studierenden häufiger auf als bei psychisch unauffälligen. Darüber hinaus fallen Tendenzen ins Auge, auch wenn die statistische Signifikanz nicht gegeben ist: Die narzisstische Persönlichkeit ( $p < .075$ ) und die antisoziale Persönlichkeit ( $p < .074$ ) scheinen ebenfalls eher den psychisch beeinträchtigten Studierenden eigen zu sein als den psychisch unauffälligen Hochschülern.

Erstaunlich ist auch hier die insgesamt sehr hohe Prävalenz aller Persönlichkeitstypen, unabhängig von der Eingruppierung: Zwanghafte Persönlichkeitszüge sind bei der Gesamtgruppe zu 63% zu finden, auch die Borderline Persönlichkeit ist mit 50% ein häufig anzutreffendes Merkmal. Auch wenn die Persönlichkeitstypen durch ein strukturiertes Screeningverfahren ermittelt wurden, so deuten doch die starken Tendenzen der Befragten zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen auf eine hohe Prävalenz von Achse-II-Störungen hin. Die Befragten wurden durch ein reines Screening des

Substanzkonsumverhaltens bzw. des Essverhaltens für das teilstrukturierte Interview ausgewählt, das Ausmaß der psychischen Befindlichkeit ließ sich in keiner Weise von diesen ersten Daten ablesen. Umso erstaunlicher ist die Tatsache, dass ein auffälliger Substanzkonsum im Sinne des „binge drinking“ im Screening des epidemiologischen Querschnittsfragebogens tatsächlich auf eine psychische Beeinträchtigung unabhängig von substanzbezogenen Störungsdiagnosen hinzuweisen scheint.

Dadurch werden die Diskussionen, ob das Konstrukt „binge drinking“ nun mit mindestens einmaligem Konsum von fünf oder mehr Getränken in den letzten 14 Tagen vs. in den letzten 30 Tagen oder mit mindestens dreimaligem Konsum dieser Menge in den angegebenen Zeitfenstern definiert wird, fast schon müßig, denn wie das Konstrukt auch definiert wird: Sämtliche Ansatzmöglichkeiten führen zu Korrelationen mit einer verdeckten Problematik, die zumindest auf präklinische Störungsbilder in Bezug auf die Achsen I und II einen Hinweis geben und bereits im Vorfeld manifester psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen eine präventive Intervention indizieren könnten.

### **5.2.2 Bestimmung der Komorbidität psychischer Beeinträchtigung mit einem Suchtproblem**

Kommt man zurück auf die Ausgangsfrage, so müssen im folgenden Schritt die Probanden mit einer psychischen Störung von denen ohne eine psychische Störung getrennt werden, damit das Substanzkonsumverhalten in Abhängigkeit von diesen beiden Kategorien geprüft werden kann. Die von einer psychischen Störung der Achse-I betroffenen Studierenden sind mit 81,0% in der deutlichen Überzahl. Bei 19,0% der interviewten Hochschüler sind keine psychischen Auffälligkeiten über den Substanzkonsum hinaus festzustellen. Diese beiden Gruppen sollen einander gegenüber gestellt werden, was die Substanzkonsumproblematik betrifft. Auch hier wird im Folgenden von „komorbiden“ Studierenden vs. „nicht komorbiden“ Studierenden gesprochen, wohl wissend, dass auch die als nicht komorbide deklarierten Hochschüler, verglichen mit der Gesamtpopulation der Studierenden, Risikoprobanden sind. Dazu werden, wie bei der Diskussion der ersten Fragestellung, die DSM-IV-

Kriterien zur Bestimmung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit als Maßstäbe für eine Substanzkonsumproblematik herangezogen.

Die 100 interviewten Studierenden werden also ebenfalls hinsichtlich ihrer Antworten in der epidemiologischen Studie untersucht. Darüber hinaus werden die im Kapitel Untersuchungsmethodik bereits dargestellten Fragebogeninstrumente ausgewertet. Diese sind in die Bereiche Alkohol (Alcohol Expectancy, Brief AEQ-G), illegale Drogen (Basler Drogen- und Alkoholfragebogen, BDA) und Rauchen (Self-Efficacy Rauchen, SER-G; Decisional Balance Raucher, DBR-G; Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR) untergegliedert.

### *Alkoholmissbrauch*

Wie in Kapitel 3.3.1 bereits dargelegt, definiert das DSM-IV den Missbrauch von psychoaktiven Substanzen durch den wiederholten Konsum und mindestens einem Merkmal aus den Missbrauchskriterien, welche in der vorliegenden Studie durch die Kriterien des YAAPST operationalisiert wurden (Hurlbut & Sher 1992).

Tabelle 27. DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch bei den Interviewprobanden (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht)

	Männer	Frauen	sig.
<b>Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (mind. einmal im letzten Jahr)</b>			
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>zu spät</i> zur Vorlesung gekommen.	23,8	12,1	n.s.
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	23,8	12,1	n.s.
Wegen Trinkens Pflichten/ Familie/ Studium für nacheinander zwei oder mehr Tage vernachlässigt	9,5	3,4	n.s.
<b>Aussetzen gefährlicher Situationen</b>			
Geprügelt unter Alkoholeinfluss	0,0	0,0	-
Wegen Trinkens in sexuelle Situationen geraten, die später bereut wurden	7,1	8,6	n.s.
Wegen Trinkens sexuelle Kontakte mit Personen, die ohne Alkohol nicht passiert wären	7,1	3,4	n.s.
Wegen Trinkens zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen worden	0,0	0,0	-
Wegen Trinkens andere Personen zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen	0,0	0,0	-

	Männer	Frauen	sig.
<b>Juristische Probleme</b>			
Wegen Trinkens Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder anderes	4,8	0,0	n.s.
<b>Fortgesetzter Konsum trotz dadurch verursachter/verstärkter sozialer Probleme</b>			
Wegen Trinkens Job verloren	0,0	0,0	-
Wegen Trinkens unhöflich, beleidigend oder unausstehlich geworden	11,9	1,7	.034
Partner/ Eltern haben sich wegen Alkoholkonsum beschwert	9,5	0,0	.016
Trinken hat Probleme zwischen Proband und Partner bzw. Eltern hervorgerufen	2,4	0,0	n.s.
Wegen Trinkens Freunde/ Partner verloren	0,0	0,0	-
Wegen Trinkens Dinge gesagt, sie später bereut wurden	28,6	17,2	n.s.

Bei der Berechnung der Gesamtprozentzahl der Alkoholmissbraucher ergibt sich eine Gesamtprozentzahl von 38%. Aufgeteilt nach Geschlecht bedeutet dies, dass 31% der Frauen und 47,6% der Männer einen Alkoholmissbrauch im letzten Jahr aufweisen ( $p < .092$ ).

Wie bereits vorher beschrieben, wird zu einer endgültigen Bestimmung der beiden Diagnosen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit die Rate der Alkoholabhängigen berechnet, um eine Überschneidung der beiden Diagnosen auszuschließen.

### *Alkoholabhängigkeit*

Die Diagnostik der Alkoholabhängigkeit wurde bereits geschildert, sie umfasst das Vorliegen von mindestens drei Kriterien, die durch den YAAPST operationalisiert wurden (Hurlbut & Sher 1992).

Tabelle 28. DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei den Interviewprobanden (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht)

	Männer	Frauen	sig.
<b>Toleranzentwicklung</b>			
Brauchte größere Alkoholmenge, um irgendeinen Effekt zu spüren	47,6	27,6	.039
Konnte mit der gewohnten Trinkmenge nicht länger betrunken sein	26,2	17,2	n.s.
<b>Entzug/ Bekämpfung des Entzugssyndroms</b>			
Zittern nach Konsumreduktion	7,1	0,0	.039
Vor dem Frühstück einen Drink gebraucht	2,4	1,7	n.s.
Körperliche Entzugssymptome: Veget. Hyperaktivität, Zittern, Schlaflosigkeit, Übelkeit/ Erbrechen, Körperliche Unruhe, Angst, Anfälle, Episodische Halluzinationen (mind. zwei Symptome)	16,7	3,4	.023
<b>binge drinking</b>			
Mindestens dreimal Konsum von fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	9,5	15,5	n.s.
Mindestens dreimal Konsum von mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	66,7	27,6	.000
Mindestens dreimal Konsum von fünf Getränken in den letzten 30 Tagen	16,7	8,6	.039
Mindestens dreimal Konsum von mehr als fünf Getränken in den letzten 30 Tagen	35,7	24,1	.023
<b>Abstinenzwunsch/ Kontrollwunsch</b>			
Zu jemandem gegangen, der bei der Kontrolle des Trinkens helfen sollte	2,4	1,7	n.s.
Wegen Sorge um eigenes Trinken an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen	0,0	0,0	-
Wegen des Trinkens professionelle Hilfe aufgesucht	0,0	3,4	n.s.
Möchte Trinkgewohnheiten so ändern, dass zu bestimmten Zeiten weniger oder gar nicht getrunken wird	28,6	19,0	n.s.
<b>Zeitaufwand zur Beschaffung/ Erholung</b>			
Magenbeschwerden/ Erbrechen nach dem Trinken	16,7	25,9	n.s.
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	23,8	12,1	n.s.
Wegen Trinkens Pflichten/ Familie/ Studium für nacheinander zwei oder mehr Tage vernachlässigt	9,5	3,4	n.s.
<b>Fortsetzung des Konsums trotz Kenntnis der Folgeprobleme</b>			
Schon einmal gedacht, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt	28,6	15,5	n.s.
Arzt sagt, dass das Trinken der Gesundheit schade	2,4	0,0	n.s.



Berechnet man die Rate der Alkoholabhängigen nach DSM-IV, so ergibt sich die Gesamtzahl von 27%. Geschlechtsspezifisch betrachtet bedeutet das, dass 35,7% der Männer und 20,7% der Frauen alkoholabhängig sind ( $p < .095$ ).

Von den Hochschülern, die eine Alkoholabhängigkeit zeigen, erfüllen 20% (13,8% der Frauen und 28,6% der Männer) zusätzlich die Kriterien eines Alkoholmissbrauchs. Abgezogen von der Zahl der Missbraucher, ergibt sich für die Interviewprobanden insgesamt folgendes Ergebnis:

Tabelle 29. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Probanden und aufgeteilt nach Geschlecht)

	Männer	Frauen	Gesamt
<b>Alkoholmissbrauch nach DSM-IV</b>	19,0	17,2	18,0
<b>Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV</b>	35,7	20,7	27,0
<b>Gesamt</b>	64,3	37,9	45,0

Insgesamt sind also 45% der befragten Studierendengruppe von einer alkoholbezogenen Diagnose betroffen. Demnach haben 55% der Interviewprobanden keine erkennbare Suchtstörung. Teilt man die dargestellten Ergebnisse nach komorbiden und nicht komorbiden Studierenden auf, so stellt sich folgendes Ergebnis dar:

Tabelle 30. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Probanden und aufgeteilt nach Geschlecht)

	psychisch kranke Studierende				psychisch unauffällige Studierende			
	Männer	Frauen	Gesamt	sig.	Männer	Frauen	Gesamt	sig.
	N=30	N=51	N=81		N=12	N=7	N=19	
<b>Alkoholmissbrauch</b>	14,6	15,3	18,5	n.s.	4,9	1,7	15,8	n.s.
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	22,0	20,3	25,9	n.s.	12,2	1,7	31,6	n.s.
<b>Gesamt</b>	36,6	35,6	44,4	n.s.	17,1	3,4	47,4	n.s.

Die Ergebnisse aus Tabelle 30 sind erstaunlicherweise recht heterogen: Im Gesamtbild lassen sie vermuten, dass die Substanzkonsumproblematik bei Studierenden ohne eine Komorbidität höher ist als bei komorbiden Studierenden: Mit 47,4% liegt die nicht komorbide Gruppe zwar nicht sehr viel höher als die 44,4% der außerdem psychisch Erkrankten, aber die höhere Anzahl wird dennoch deutlich. Schaut man sich die Details der Daten an, so fallen die alkoholabhängigen Männer der psychisch unauffälligen

Studierendengruppe als die „Verursacher“ der hohen Prävalenz auf: Bei den psychisch erkrankten Studenten sind 25,9% als alkoholabhängig einzustufen, bei den psychisch nicht belasteten Studenten sind dies dagegen 31,6%. Alle anderen Gruppen stellen sich wie erwartet dar: Bezogen auf den Alkoholmissbrauch liegen sowohl die psychisch kranken Männer (14,6%) als auch die Frauen (15,3%) im Gesamtbild (18,5%) wesentlich höher als die nicht komorbiden Studierenden beider Geschlechter (Männer: 4,9%, Frauen: 1,7%, Gesamt: 15,8%). Die angegebenen Zahlen weisen stark auf die unterschiedliche Funktionalität des Alkoholkonsums bei Männern und Frauen hin.

Hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit sind bei den Männern die bereits geschilderten Daten abzulesen, bei den Frauen stellt sich das Verhältnis wie vermutet dar: Bei 20,3% der zusätzlich psychisch kranken Studentinnen kann eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert werden, bei den psychisch unauffälligen Frauen sind dies nur 1,7%. Das Gesamtbild wird durch die Anzahl der Männer beeinflusst: Insgesamt sind 25,9% der psychisch belasteten Probanden alkoholabhängig, während dies 31,6% der psychisch gesunden Studierenden sind.

Abschließend lässt sich also festhalten, dass bei den Männern mit einer psychischen Erkrankung der Missbrauch von Alkohol im Vergleich mit psychisch gesunden Männern erhöht ist, jedoch das Bestehen einer Alkoholabhängigkeit mit der Existenz einer zusätzlichen psychischen Erkrankung weniger häufig auftritt als eine Alkoholabhängigkeit ohne eine zusätzliche psychische Krankheit. Psychisch kranke Studentinnen weisen dagegen häufiger eine alkoholbezogene Diagnose auf als psychisch gesunde Frauen. Auch an dieser Stelle sei auf die Selektiertheit der Risikoprobanden zu verweisen, die aufgrund ihres auffälligen Antwortverhaltens im epidemiologischen Querschnittsfragebogen zum Interview eingeladen worden sind.

### **5.2.3 Bestimmung der substanzbezogenen Einstellungen**

Um einzuschätzen, ob sich nicht nur die Rate der alkoholbezogenen Störungen unterschiedlich in Bezug auf komorbide und nicht komorbide Studierende darstellt, sondern ob sich dieses Ergebnis in alkoholbezogenen Einstellungen

und Erwartungen bestätigen lässt, erfolgt anschließend die Auswertung der strukturierten Fragebögen aufgeteilt nach psychisch kranken und psychisch gesunden Studierenden.

### *Alcohol Expectancy*

Der Brief-AEQ-G enthält die beiden Skalen „Erleichterung des Sozialkontakts durch den Alkoholkonsum“ und „Spannungsreduktion und Affektregulation“, welche im Folgenden dargestellt werden:

Tabelle 31. Skalen des Brief AEQ-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Probanden und aufgeteilt nach Geschlecht)

	komorbide Studierende				nicht komorbide Studierende			
	Männer	Frauen	Ge- samt	sig.	Männer	Frauen	Ge- samt	sig.
<b>Skala „Erleichterung des Sozialkontaktes“</b>								
große Erleichterung	41,4	36,5	38,3	n.s.	25,0	42,9	31,6	n.s.
geringe Erleichterung	17,2	28,8	24,7	n.s.	41,7	0,0	26,3	n.s.
<b>Skala „Spannungs- reduktion und Affektregulation“</b>								
große Entspannung/ Affektregulation	6,9	7,7	7,4	n.s.	16,7	0,0	10,5	n.s.
geringe Entspannung/ Affektregulation	27,6	28,8	28,4	n.s.	8,3	28,6	15,8	n.s.

In Bezug auf die erste Skala „Erleichterung des Sozialkontaktes“ erleben die psychisch kranken Männer mit 41,4% größere Erleichterung im sozialen Umgang durch den Konsum von Alkohol sowohl als die psychisch kranken Frauen als auch die nicht psychisch beeinträchtigten Studenten männlichen Geschlechts (25,0%). Bei den Frauen nehmen eher die psychisch gesunden Studentinnen mit 42,9% eine Erleichterung des Sozialkontakts wahr als die psychisch beeinträchtigten Frauen mit 36,5%. Die geringste Beobachtung eines leichteren sozialen Verhaltens machen mit 41,7% die psychisch gesunden Männer der Stichprobe. Die psychisch gesunden Frauen stellen an den Alkoholkonsum eindeutig die Erwartung des erleichterten sozialen Kontaktes. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Verteilung der Erwartung eines leichteren sozialen Umgangs durch Alkohol bei den Männern durch die Variable „psychische Erkrankung“ eine gegenläufige Tendenz hat: Gesunde Männer

schreiben dem Alkohol in ähnlichem Maße *keine* Wirkung auf den Umgang zu wie kranke Männer dem Alkohol eine Wirkung zuschreiben. Bei den Frauen ist zu beobachten, dass komorbide Frauen Alkohol als nur gering ausschlaggebend auf soziale Situationen betrachten, während Frauen ohne Doppeldiagnose den Konsum alkoholischer Getränke als positiv in Bezug auf soziale Interaktionen erleben. Das Gesamtbild stellt sich jedoch so dar, dass komorbide männliche Studierende in sozialen Situationen Alkohol als größere Erleichterung empfinden als Probanden ohne Komorbidität. Aus den beschriebenen Ergebnissen lässt sich schließlich die Hypothese formulieren, dass Männer mit psychischen Problemen eher von Alkoholkonsum profitieren als Frauen mit psychischen Problemen, da die Probleme der Männer eher mit Kontakthemmungen und sozialen Ängsten zu tun haben als die der Frauen. Die Ergebnisse sind nicht signifikant und können daher lediglich als Tendenz bewertet werden.

Ähnlich stellt sich die zweite Skala dar: Bei der Entspannung bzw. Affektregulation durch Alkohol erleben komorbide Männer in etwa in dem Maße eine größere Entspannung (6,9%) als nicht komorbide Studenten eine geringere Entspannung erleben (8,3%). Komorbide Männer nehmen zu 27,6% eine geringe Affektregulation durch Alkohol wahr, Männer ohne Doppeldiagnose erleben zu 16,7% eine große Entspannung durch Alkoholkonsum. Bei den Frauen lässt sich beobachten, dass die Studentinnen mit einer psychischen Beeinträchtigung durch Alkohol eher entspannen als psychisch gesunde Frauen. Beide Gruppen haben eine ähnliche Verteilung (28,8% vs. 28,6%) in Bezug auf die Beobachtung einer geringen Entspannung durch Alkohol. Zusammenfassend kann man sagen, dass komorbide Studierende durch Alkohol schlechter entspannen können Hochschulüler ohne Doppeldiagnose. Der Grund dafür kann nur vermutet werden: Das innere Spannungsniveau bei komorbiden Studierenden ist zu hoch, als dass das „Medikament“ Alkohol als befriedigend erlebt werden könnte.

Insgesamt bedeutet der Konsum von Alkohol für komorbide Männer eher eine Erleichterung des Sozialkontaktes, aber keine große Entspannung bzw. Affektregulation im Gegensatz zu Männern ohne Doppeldiagnose, bei denen eine größere Entspannung durch Alkohol gegeben ist. Für Frauen bedeutet der Konsum von Alkohol generell, und zwar unabhängig vom Faktor Komorbidität,

eine soziale Erleichterung und keine Affektregulation. In Bezug auf Spannungsreduktion gibt es demnach keinen Unterschied bezogen auf Komorbidität, sondern einen *geschlechtsspezifischen* Unterschied. Auch hier ergibt der Chi<sup>2</sup>-Test keine Signifikanz, was aber auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt wird.

#### *Basler Drogen- und Alkoholfragebogen*

Wie unter Punkt 4.2.2 bereits geschildert, berücksichtigt die WHO bei der Erfassung des Abhängigkeitsphänomens individualpsychologische, lerntheoretische, psychodynamische sowie kulturelle Aspekte. Der Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA) stellt inhaltlich die Verhaltensaspekte zusammen, die für die mehrdimensionale Interaktion zwischen Droge, Individuum und sozialem Umfeld wesentlich und für den Probanden nachvollziehbar sind (Ladewig et al. 1976). Mit dem BDA können Veränderungen im Grad und Struktur eines abhängigen Patienten aufgezeigt werden. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass ein niedriger Score auch auf eine mangelnde Krankheitseinsicht hinweisen kann.

Tabelle 32. Ergebnis des BDA bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Probanden und aufgeteilt nach Geschlecht)

	komorbide Studierende (N=36)			nicht komorbide Studierende (N=64)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
unauffällig	89,7	88,5	88,9	100,0	100,0	100,0
leichte Abhängigkeit (Summenwert bis 30)	10,3	11,5	11,1	0,0	0,0	0,0

Dass die Quote der Abhängigen in Tabelle 32 so gering ausfällt, mag zuerst etwas überraschen. Mit Blick auf die Fragen des Instruments ist jedoch die Selbsterkenntnis des eigenen Suchtproblems Voraussetzung für ein reelles Antwortverhalten: Die Fragen gehen inhaltlich davon aus, dass der Proband von seiner Suchtproblematik weiß, dies reflektiert hat und das Problem nicht mehr leugnen muss, da das Instrument hauptsächlich im klinischen Kontext eingesetzt wird. Das Antwortverhalten der studierenden Probanden ist dementsprechend als verfälscht zu betrachten, da bei den meisten durch Substanzkonsum aufgefallenen Befragten (noch) keine Krankheitseinsicht

vorhanden ist. Dennoch scheint das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung die Selbstwahrnehmung auch in Bezug auf Substanzkonsum zu sensibilisieren: Immerhin 11,1% der befragten komorbiden Studierenden haben ihrer Diagnose durch DSM-IV entsprechend geantwortet. Diese 11,1% finden sich ausschließlich in der Gruppe der 25,9% der Komorbiden, die eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV zeigen. Von diesen Studierenden haben demnach 11,1% auch bereits eine Krankheitseinsicht. Für die weitere Forschung bedeutet dieses Ergebnis sicherlich, dass der Einsatz des BDA als Screening-Instrument einer unbehandelten Gruppe nicht optimal ist.

### *Self-Efficacy Rauchen*

Wie unter Punkt 5.2.1 bereits dargestellt, wurde die deutsche Version des Fragebogens zur Self-Efficacy von Rauchern (SER-G) in Bezug auf Verläufe, Entwicklung und Veränderungen von Substanzkonsum eingesetzt. Die folgende Auswertung bezieht sich nur auf diejenigen Probanden der teilstrukturierten Interviews, die tägliche Raucher sind (N=39). Wegen der geringen Probandenzahl wird diesmal auf eine geschlechtsspezifische Aufteilung verzichtet.

Tabelle 33. Skalen des SER-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Raucher, N=39)

	komorbide Studierende N=36	nicht komorbide Studierende N=64	sig.
<b>Skala „Versuchungssituation mit positivem Affekt“</b>			
geringe Sicherheit zu verzichten	94,1	57,1	
große Sicherheit zu verzichten	5,9	42,9	.027
<b>Skala „Versuchungssituation mit negativem Affekt“</b>			
geringe Sicherheit zu verzichten	64,3	50,0	
große Sicherheit zu verzichten	35,7	50,0	n.s.
<b>Skala „Habituelle Versuchungssituation“</b>			
geringe Sicherheit zu verzichten	25,0	14,3	
große Sicherheit zu verzichten	75,0	85,7	n.s.
<b>Skala „Zuversicht, nicht zu rauchen“</b>			
geringe Sicherheit zu verzichten	75,0	33,3	
große Sicherheit zu verzichten	25,0	66,7	n.s.

Wie aus Tabelle 33 abzulesen, bestehen tendenzielle Unterschiede zwischen den Rauchern, die eine psychische Erkrankung und eine alkoholbezogene Diagnose aufweisen und den Rauchern mit einer alkoholbezogenen Diagnose: Bei der Skala „Versuchungssituation mit positivem Affekt“, bei der es um angenehme Situationen im Alltag verbunden mit der Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen geht, schreiben sich die komorbiden Probanden eine signifikant geringere Verzichtsmöglichkeit zu als die psychisch gesunden Probanden. In angenehmen sozialen Situationen rauchen komorbide Studierende demnach signifikant häufiger als Studierende mit einer alkoholbezogenen Diagnose. Bei den beiden Skalen „Versuchungssituationen mit negativem Affekt“, womit unangenehme Alltagssituationen gemeint sind und „habituelle Versuchungssituation“, die Situationen impliziert, die sich auf das persönliche Rauchverhalten beziehen, können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Allerdings besteht bei beiden Skalen die Tendenz der komorbiden Probanden, eher nicht auf das Rauchen in solchen Situationen verzichten zu können. Bei der vierten Skala des SER-G „Zuversicht, nicht zu rauchen“, die auf Craving-Momente fokussiert, besteht zwar keine statistische Signifikanz, aber der Korrelationskoeffizient von .360 weist zumindest auf einen Zusammenhang hin: Komorbide Probanden haben eine geringere Zuversicht, in Situationen, wo sie gerne rauchen würden, darauf verzichten zu können als Studierende mit einer alkoholbezogenen Diagnose.

Insgesamt deutet die Auswertung des SER-G darauf hin, dass komorbide Studierende eine geringere Kontrollüberzeugung in Bezug auf den Verzicht des Rauchens aufweisen. Demnach besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Komorbidität und Rauchen. Rauchen kann in diesem Zusammenhang als Kompensationsverhalten für unsichere oder unangenehme Gefühle bei der Bewertung sozialer Situationen interpretiert werden und weist auf eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung der komorbiden Studierenden hin.

#### *Decisional Balance Raucher*

Der DBR-G dient der Erfassung der Entscheidungsbalance, welche ein zentrales Konstrukt des Transtheoretischen Modells darstellt. Sie repräsentiert kognitive und motivationale Aspekte der Entscheidungsfindung, bestehend aus zwei Konstrukten: Den Vorteilen einer Verhaltensänderung und den Nachteilen

einer Verhaltensänderung. In der folgenden Tabelle werden die Wichtigkeit der Vor- und Nachteile des Rauchens für die Entscheidung *nicht* zu rauchen dargestellt.

Tabelle 34. Skalen des DBR-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Raucher, N=39)

	komorbide Studierende	nicht komorbide Studierende	sig.
<b>Skala „Wichtigkeit der Vorteile für die Entscheidung nicht zu rauchen“</b>			
nicht wichtig	58,8	100,0	
wichtig	41,2	0,0	.032
<b>Skala „Wichtigkeit der Nachteile für die Entscheidung nicht zu rauchen“</b>			
nicht wichtig	21,4	80,0	
wichtig	78,6	20,0	.020

Wie aus Tabelle 34 ersichtlich, scheinen die komorbiden Studierenden die „bewussteren“ Raucher zu sein: Die Daten legen nahe, dass Abwägung der Vor- und Nachteile des Rauchens bei komorbiden Studierenden die Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen beeinflusst, vielleicht schon aufgrund einer längeren und stärkeren Problemgeschichte mit dem Tabak, während das bei Studierenden mit nur einer alkoholbezogenen Diagnose keine Rolle zu spielen scheint. Beide Skalen unterscheiden sich signifikant voneinander, so dass die Vermutung anzunehmen ist.

#### *Änderungsbereitschaft bei Rauchern*

Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR) basiert auf der Annahme, dass sich Verhaltensänderung als ein Prozess darstellen lässt, bei dem aufeinander aufbauende Stufen durchlaufen werden. In den jeweiligen Stufen kommen bestimmte Strategien zur Verhaltensänderung häufiger zur Anwendung als in anderen. Die abhängigen oder Ergebnis-Variablen bilden den Prozess der Verhaltensänderung differenzierter ab als reine Verhaltensmerkmale. Von den fünf Stufen der Verhaltensänderung (vgl. Kap. 5.2.1) fragt der FÄR die vier folgenden ab: „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“, „Vorbereitung“ und „Handlung“. Die Stufe „Aufrechterhaltung“ wurde von keinem der Probanden erfüllt.



Tabelle 35. Skalen des FÄR bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Raucher, N=39)

	komorbide Studierende	nicht komorbide Studierende	sig.
Skala „Absichtslosigkeit“	27,6	27,6	n.s.
Skala „Absichtbildung“	41,4	45,5	n.s.
Skala „Vorbereitung“	13,8	0,0	n.s.
Skala „Handlung“	17,3	27,3	n.s.

Wie der Tabelle 35 zu entnehmen ist, bestehen hinsichtlich der Änderungsbereitschaft des Rauchverhaltens zwischen komorbiden und nicht komorbiden Studierenden kaum Unterschiede: Genau gleich viele Raucher beider Gruppen haben in absehbarer Zeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören. Rund 41% der komorbiden und 46% der nicht komorbiden Studierenden überlegen sich zum Zeitpunkt der Befragung, zu einem nicht vorherbestimmten Zeitpunkt mit dem Rauchen aufzuhören. Interessant sind die letzten beiden Skalen: 13,8% der komorbiden Studierenden befinden sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Vorbereitung, mit dem Rauchen aufzuhören, und keiner der nicht komorbiden. Dafür können 27,3% der nicht komorbiden Studierenden in der Handlungsphase der Raucherentwöhnung identifiziert werden, während dies bei den komorbiden Studierenden nur 13,8% sind. Summiert man die Ergebnisse der letzten beiden Skalen auf, so wird deutlich, dass sich 31,1% der komorbiden Befragten und 27,3% der nicht komorbiden Befragten in der aktiven Ausstiegsphase befinden. Es besteht keine statistische Signifikanz ( $p < .583$ ), so dass zwischen den beiden Gruppen keinerlei unterschiedliche Handlungsweisen beobachtbar sind.

#### 5.2.4 Fazit

Bezieht man alle ausgeführten Gesichtspunkte auf die zweite Fragestellung, so lässt sich auch diese nicht eindeutig verifizieren. Bei der Bestimmung der psychischen Erkrankungen nach DSM-IV und auch bei der Untersuchung der Persönlichkeitstypen anhand des SKID-II fällt die außerordentlich hohe Prävalenz psychischer Störungen in der Risikoprobandengruppe auf: 81% der untersuchten Studenten weisen mindestens Form der psychischen Erkrankung in Form von affektiven, Angst-, somatoformen oder Essstörungen auf. Die Vergleichsgruppe der psychisch unauffälligen Probanden fällt dadurch eher

gering aus. Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit lassen sich insgesamt für die psychisch kranken Studierenden nicht eindeutig häufiger feststellen als für psychisch unauffällige Probanden. In Bezug auf Alkoholmissbrauch wird die zweite Hypothese bestätigt: Komorbide Studierende weisen einen stärker ausgeprägten Substanzmissbrauch auf als Studierende mit einer ausschließlich substanzbezogenen Diagnose. In Bezug auf die Alkoholabhängigkeit lässt sich die Hypothese allerdings nur bedingt bestätigen: Psychisch kranke Männer sind weniger häufig von einer zusätzlichen Alkoholabhängigkeit betroffen als psychisch sonst unauffällige Männer, es besteht bei Männern eher eine primäre Alkoholabhängigkeit. Komorbide Frauen hingegen weisen, wie die Hypothese besagt, eine ausgeprägtere Alkoholabhängigkeit auf als Frauen mit einer ausschließlich alkoholbezogenen Diagnose.

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass der Begriff „Substanzkonsumproblematik“ im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Studierenden konkretisiert werden muss. Die Existenz einer zum Substanzmissbrauch oder zur Substanzabhängigkeit zusätzlichen psychischen Störung bedeutet im Alltag des betroffenen Menschen die Existenz einer zusätzlichen Hürde, welche vor allem im Lebenskontext junger Menschen wie Studierenden eine besonders schwierig zu bewältigende Hürde darstellt.

### **5.3 Analyse der Suchthilfemöglichkeiten**

In Korrespondenz zur Prävalenz von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen bei Studierenden stand die Erhebung des Bestands an Hilfe- und Präventionsangeboten speziell für die Gruppe der Hochschüler.

Zunächst wurden die bestehenden Beratungsangebote in den Untersuchungsregionen Aachen, Köln und Paderborn erfasst. Dabei lag der Fokus auf Suchthilfemöglichkeiten für junge Erwachsene. Die Rechercheergebnisse dieser lokalen Unterstützungsangebote sind nach Untersuchungsregionen unterteilt in Anhang H dargestellt. Sie waren Grundlage für die jeweiligen Hilfeangebote, die den 100 Studierenden mit Hochrisikoprofil nach dem Interview auf einem Flyer zur Verfügung gestellt wurden.

Darüber hinaus sollten die Angebote der ansässigen Hochschulen oder Studierendenberatungsstellen auf Suchthilfemöglichkeiten hin geprüft werden. Dazu wurden die Experteninterviews herangezogen, die Berater gaben ihre

eigenen Spezialangebote im Interview an bzw. schätzen ihre Beratungsklientel in Bezug auf psychische Belastung, Gesundheit und Ressourcen ein.

In Tabelle 36 wird dargestellt, wie sich die Experten zu den jeweiligen Fragenkategorien geäußert haben.

Tabelle 36. Angebote der untersuchten Studentenberatungsstellen (Angaben in ganzen Zahlen)

	Ja	Nein
Gibt es an Ihrer Beratungsstelle ein Beratungsangebot bei Suchtproblemen bei Studierenden?	3	10
Gibt es an Ihrer Beratungsstelle einen hauptamtlichen Mitarbeiter speziell für Sozial- und Suchtberatung?	0	13
Alle Berater übernehmen eine solche Beratung.	4	9
Gibt es nebenamtliche Ansprechpartner für eine solche Beratung?	0	13
Besteht bei einem solchen Problem eine Kooperation mit externen Beratungsstellen?	9	4

3 von 13 befragten Studentenberatern geben an, ein spezielles Beratungsangebot für Studierende mit Suchtproblemen anzubieten, keiner der befragten Experten hat einen Kollegen, der sich hauptamtlich und explizit um Sozial- und Suchtberatung kümmert. Bei 4 von 13 Beratern übernehmen alle Kollegen eine suchtbezogene Beratung, bei niemandem gibt es nebenamtliche Ansprechpartner für eine solche Beratung. Dafür kooperieren 9 Beratern mit externen Beratungsstellen. Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass in den Beratungsstellen wenig Studierende mit einem Suchtproblem erscheinen. Wenn eines bekannt wird, neigen die Studentenberater dazu, die betroffenen Studierenden zu dafür spezialisierte Beratungsstellen zu überweisen.

An dieser Stelle lässt sich die Frage formulieren, aus welchen Gründen Studierende die psychosozialen Beratungsstellen für Studierende besuchen. Die meistgewählten Antworten finden sich in Tabelle 37.

Tabelle 37. Psychische Belastung der Klientel der untersuchten Studentenberatungsstellen (Angaben in ganzen Zahlen)

	Ja	Nein
Mit welchen psychischen Problemen sind Ihre Klienten Ihrer Meinung nach am häufigsten belastet? (Mehrfachantworten möglich) <i>Ängste</i>	10	3

<i>Depressionen/ depressive Verstimmungen</i>	9	4
<i>Selbstwertprobleme</i>	7	6
<i>Kontaktstörung/ soziale Störung</i>	7	6
<i>Arbeitsstörungen</i>	6	7
<i>Beziehungsprobleme</i>	5	8
<i>Persönlichkeitsstörung</i>	4	9
<i>Ablösungsprobleme</i>	3	10

Die befragten Studierendenberater nennen am häufigsten Ängste und Depressionen bzw. depressive Verstimmungen als Erscheinungsgrund der betroffenen Studierenden in der Beratungsstelle. Selbstwertprobleme und Kontakt- bzw. soziale Störung nennen sieben Berater, sechs Berater geben Arbeitsstörungen als Grund für die Hilfesuche an. Fünf Berater meinen, dass ihre Klienten am häufigsten durch Beziehungsprobleme belastet seien, während vier Berater diesbezüglich Persönlichkeitsstörungen, und drei Berater Ablösungsprobleme nennen<sup>2</sup>.

Aus dem Antwortverhalten der Experten ist außerdem zu erkennen, dass sie den allgemeinen Gesundheitszustand der Studierenden (nicht nur der Beratungsklientel) für eher gut halten:

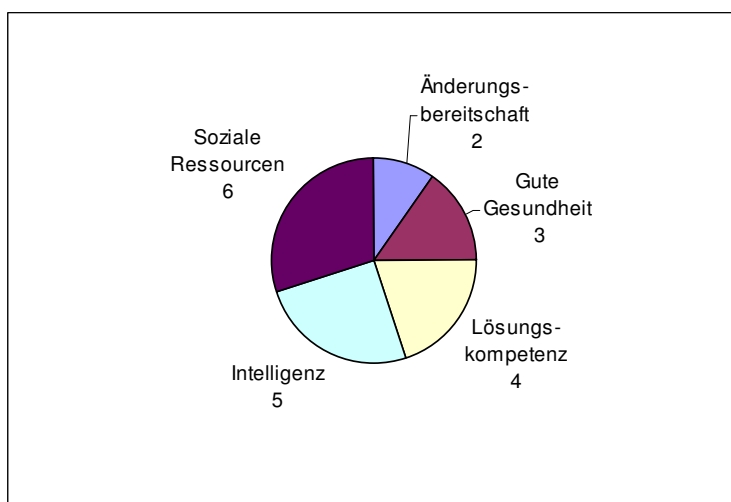
Tabelle 38. Einschätzung der studentischen Gesundheit durch die Experten  
(Angaben in ganzen Zahlen)

Durchschnittlich, nicht anders als bei Nicht-Studierenden	3
Relativ gut	6
Besser als bei Nicht-Studierenden	2
Keine Einschätzung möglich	2

Die befragten Experten machen demnach keinen Unterschied zwischen dem subjektiv feststellbaren Gesundheitszustand von Studierenden und Nicht-Studierenden. Vielmehr sprechen sie ihrer Klientel spezielle Ressourcen zu:

<sup>2</sup> Andere Gründe, die nur **einmal** genannt wurden: Suizidgefährdung, Motivationsprobleme, Somatoforme Störungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Identitätssuche, Angst vor Autoritäten, psychosomatische Beschwerden, sexuelle Probleme, Arbeitsschwierigkeiten, Orientierungslosigkeit. Andere Gründe, die nur **zweimal** genannt wurden: Essstörungen, Suchtprobleme, psychiatrisch behandlungsbedürftige Leiden, Lernstörungen.

Abbildung 15. Ressourcen der studentischen Klientel im Beratungskontext



Sechs von 13 Experten meinen, dass ihre Klientel besondere soziale Ressourcen wie z.B. Freundschaften oder soziale Nähe besitzen, fünf der Berater schätzen Intelligenz und ein höheres Bildungsniveau als hilfreiche Resilienzen ein, vier Berater meinen, dass Studierende eine erhöhte Problemlösungskompetenz inne haben, da sie sich gut Hilfe organisieren können. Drei Berater meinen, dass gute Gesundheit bei der Lösung von Problemen eine positive Grundlage ist, zwei Berater finden bei ihrer Klientel eine hohe Änderungsbereitschaft.

Gefragt nach dem Beratungsverhalten ihrer Klientel geben sieben der 13 befragten Experten an, dass die Studierenden tendenziell eher zu spät in die Beratung kommen, also mitten in akuten Krisen, sechs Berater meinen, dass Studierende meist in Schwellensituationen wie Studienbeginn oder Prüfungszeiten Beratung suchen.

### 5.3.1 Fazit

Insgesamt kann konstatiert werden, dass die Experten mit einer Suchtproblematik bei ihrer Klientel kaum konfrontiert werden. Laut ihren Angaben kommen die meisten Studierenden wegen Angst- oder affektiven Problemen zur Beratung, in Bezug auf den Zeitpunkt der Beratung geben die meisten Berater Schwellensituationen an. Auf der Basis dieser Einschätzung haben die meisten Berater auch keine explizite Suchtberatung an ihrer

Beratungsstelle oder können nicht auf Fachleute für diesen Problembereich zurückgreifen, so dass bei Auftauchen eines solchen Themas von einer Überweisung an eine Fachstelle ausgegangen werden kann.

Abschließend sind bei den befragten psychosozialen Beratungsstellen für Studierende keine Suchthilfemöglichkeiten festzustellen. Demnach müssen Studierende mit einer vorliegenden Suchtproblematik auf die außerhochschulischen Suchthilfemöglichkeiten zurückgreifen.

Setzt man die erbrachten Ergebnisse in einen Zusammenhang, dass nämlich Studierende eher zu *Substanzmissbrauch* als zu *Substanzabhängigkeit* neigen, wird die Gefahr deutlich, die in diesem Defizit der universitären Versorgung liegt: Das „ausschweifende“ Leben, was den Studierenden von der Bevölkerung und auch sich selbst zugestanden wird, umfasst auch pathologischen Substanzmissbrauch, der mit dieser tolerierenden und belächelnden Betrachtungsweise eher heruntergespielt oder gar nicht erst wahrgenommen wird und somit für Studierende eher schädlich ist als für Nicht-Studierende. Auch hier wirkt das Feedback-Vakuum, denn nicht nur die Rückmeldung auf missbrauchstypisches Verhalten fehlt, sondern auch der Schutz, der durch ein intervenierendes Rückmeldeverhalten gegeben ist.

Schlusszufolgern bleibt, dass für Studierende nicht ein Suchthilfeangebot im herkömmlichen Sinne angebracht ist, sondern ein auf die Lebenswelt bezogenes und aufsuchendes System entwickelt werden sollte, um die spezifische studentische Problemlage zu erreichen und dort anzusetzen, wo Studierende mit ihren Problemen alleine sind. Das deutsche Suchthilfesystem mit seiner Abfolge von Aufsuchen der Beratungsstelle inklusive der anschließenden Vermittlung in ein ambulantes oder stationäres Angebot ist für Studierende ungeeignet.

#### **5.4 Beratungsbedarf bei Studierenden**

Die vierte Fragestellung sollte den Beratungsbedarf der Studierenden untersuchen. Dazu werden zunächst die Fragen im epidemiologischen Fragebogen ausgewertet, die sich konkret auf die Bedarfsermittlung beziehen. Danach soll auch die Beratungssituation der Studierenden ermittelt werden, das

bedeutet, inwiefern sie bereits Beratungserfahrung aufweisen oder ob sie bei Problemen eine Affinität zur Beratung und Hilfe von außen besitzen oder nicht. Tabelle 39 zeigt auf, wie sich der Beratungsbedarf aufgeteilt nach Geschlecht und Befragungsart in verschiedenen Lebensbereichen darstellt. Der Beratungsbedarf wurde anhand der Probanden ermittelt, deren Interesse an einer Beratung in den betreffenden Bereichen „sehr hoch“ oder „hoch“ war.

Tabelle 39. Beratungsbedarf (Angaben in Prozent)

	Epidemiologische Befragung (N= 2.330)			Interviewbefragung (N=100)		
	Männer	Frauen	sig.	Männer	Frauen	sig.
Beziehung, Partnerschaft	9,7	14,2	.001	2,4	15,8	.029
Sexualität	7,2	9,4	n.s.	7,1	5,3	n.s.
Sexuelle Erkrankungen	8,0	9,2	n.s.	7,3	3,5	n.s.
Verhütung	5,6	12,0	.000	4,9	7,0	n.s.
Stressbewältigung	16,7	30,5	.000	4,8	17,5	.054
Lebensführung (z.B. Finanzierung)	19,5	25,5	.001	7,1	7,0	n.s.
Schwangerschaft/ Kindererziehung	7,1	16,5	.000	4,8	3,5	n.s.
Studienaufbau, -verlauf	43,0	52,5	.000	14,3	20,7	n.s.
Ernährung	14,2	29,0	.000	4,8	14,0	n.s.
Lebenskrise, Belastungssituation	10,8	23,4	.000	2,4	14,0	.046
Psychische Probleme (Ängste, Depressionen usw.)	12,2	24,1	.000	12,2	24,6	n.s.
Suchtmittel, Drogen, Alkohol	4,9	6,1	n.s.	4,8	5,3	n.s.
Probleme mit Suchtmitteln	4,1	4,6	n.s.	2,4	5,2	n.s.
Probleme mit dem Essverhalten	4,1	13,5	.000	2,4	22,4	.004
Probleme mit suchtnahen Verhaltensweisen	4,5	4,8	n.s.	2,4	0,0	n.s.

Bei der Betrachtung der beiden Untersuchungsgruppen fällt zunächst auf, dass die Probanden der Interviewbefragung im Vergleich zu den Teilnehmern der epidemiologischen Befragung insgesamt einen niedrigeren Beratungsbedarf hinsichtlich aller Themenbereiche aufweisen. Die Auswertungen im Einzelnen sollen hier zeilenbezogen sein, damit das jeweilige Beratungsthema ausführlich in einen geschlechtsspezifischen und auch in einen untersuchungsgruppenspezifischen Zusammenhang gebracht werden kann.

Hinsichtlich des Themas „Beziehung und Partnerschaft“ interessieren sich 9,7% der Männer und 14,2% der Frauen der Fragebogenerhebung für eine Beratung ( $p < .001$ ). Betrachtet man das Beziehungsberatungsinteresse der Interviewprobanden, so stellt sich ein ähnliches Bild dar: Die Männer sind zu

2,4% und die Frauen zu 15,8% an einer Beratung diesbezüglich interessiert ( $p < .029$ ). Demzufolge haben Studentinnen insgesamt ein mindestens signifikant erhöhtes Interesse an Beratung zu den Themen Beziehung und Partnerschaft, was sich mit den Aussagen der Experten deckt.

Bezogen auf den Themenbereich Sexualität zeigt sich im Untersuchungsgruppenvergleich ein anderes Bild: Männer der epidemiologischen Befragung interessieren sich zu 7,2% für eine Beratung über Sexualität, Frauen der gleichen Gruppe zu 9,4%. Hier scheint bei beiden Gruppen insgesamt ein eher geringes Interesse vorzuliegen. Die Männer und der Interviewgruppe interessieren sich mit 7,1% ebenso hoch wie die Männer der ersten Gruppe, die interviewten Frauen dagegen haben für das Thema mit 5,3% ein geringeres Interesse als ihre Geschlechtsgenossinnen.

Die Ergebnisse der epidemiologischen Befragung zum Bereich „Sexuelle Erkrankungen“ stellen sich ähnlich dar wie zum Thema „Sexualität“. Insgesamt interessieren sich die Befragten wenig für den Themenbereich.

Das Thema „Verhütung“ scheint eher geschlechtsspezifisch denn untersuchungsgruppenspezifisch geprägt zu sein: Männer der ersten Gruppe interessiert eine Verhütungsberatung zu 5,6%, Männer der zweiten Gruppe zu 4,9%. Dagegen sind Frauen der ersten Untersuchungsgruppe mit 12,0% mehr als doppelt so häufig interessiert an einer Beratung zum Thema Verhütung ( $p < .000$ ), bei den Frauen der zweiten Gruppe stellt sich mit 7,0% keine Signifikanz im Vergleich zu den Männern ein.

In Bezug auf das Thema „Stressbewältigung“ zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, in beiden Gruppen liegen statistische Signifikanzen vor: Männer der epidemiologischen Befragung interessieren sich zu 16,7% für eine Beratung zum Thema Stressbewältigung. Setzt man die Frauen der gleichen Gruppe als Vergleich hinzu, so ergibt sich durch das große Interesse der Studentinnen an diesem Thema (30,5%) ein hochsignifikanter Zusammenhang ( $p < .000$ ). Bei der zweiten Gruppe ist das Gesamtinteresse eher geringer (4,8% vs. 17,5%), doch auch dieses Verhältnis hängt in Bezug auf das Geschlecht signifikant zusammen ( $p < .054$ ).

Im Zusammenhang mit dem Thema Lebensführung sind die Studierenden der Fragebogenstudie eher interessiert an einer Beratung, die Männer zu 19,5%, die Frauen zu 25,5% ( $p < .001$ ). Bei den Probanden der Interviews gibt es keinen



geschlechtsspezifischen Unterschied, sie sind mit rund 7% eher wenig interessiert an einer Beratung zum Thema Lebensführung.

Bezüglich einer Beratung zum Thema Schwangerschaft und Kindererziehung stellen sich die Interessen der epidemiologisch Befragten ohne Überraschung dar: Männer haben zu 7,1% ein Interesse daran, Frauen mehr als doppelt so oft (16,5%). Das Ergebnis ist mit  $p < .001$  hochsignifikant. Überraschend ist allerdings das Antwortverhalten der Interviewprobanden: Die männlichen Befragten sind zu 4,8% und die weiblichen Befragten nur zu 3,5% interessiert am Thema. Dass Frauen insgesamt mehr am Thema Schwangerschaft/Kindererziehung interessiert sind, hängt mit ihrer Lebenssituation zusammen: Gerade Akademikerinnen sind häufig konfrontiert mit Gedanken, wie sie Beruf und Familie miteinander in Einklang bringen können, so dass eine Beratung sicherlich hilfreich sein kann. Warum jedoch die weiblichen Hochrisikoprobanden ein im Vergleich recht niedriges Interesse am Thema haben, kann an dieser Stelle nicht erklärt werden. Es liegt höchstens die Vermutung nahe, dass die Probandinnen der Interviewstudie in ihrer aktuellen Lebenssituation so viel mit sich selbst und ihren Problemen zu tun haben, dass sie an Familienplanung noch nicht denken.

Zum Thema Studienaufbau und -verlauf haben alle Studierenden beider Gruppen mit den größten Beratungsbedarf: Männer der Fragebogenerhebung sind zu 43,0%, Frauen der gleichen Gruppe sogar zu 52,2% interessiert an einer Studienberatung (geschlechtsspezifisch hochsignifikanter Unterschied:  $p < .000$ ). Bei den Probanden der Interviewbefragung gibt es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied: Männer sind zu 14,3% an einer studienspezifischen Beratung interessiert, Frauen zu 20,7%. Da Studierende befragt worden sind, ist es nicht weiter verwunderlich, wenn sie zu studienspezifischen Themen eine Beratung interessant finden. Dennoch wird an dieser Stelle deutlich, dass die Beratung zum persönlichen Studienverlauf an wichtigster Stelle steht und alle einen hohen Beratungsbedarf haben. Der studentische Alltag scheint wenig Raum für eine adäquate Beratung zu bieten, sei es aus individueller Sicht (z.B. Studierende wünschen sich zwar eine Beratung, doch eine entsprechende Institution suchen sie nicht auf) oder aus institutioneller Sicht (z.B. lassen mangelhafte Raum- und Personalressourcen keine befriedigend ausführliche individuelle Beratung zu).

Zum Thema Ernährung stellen sich in der epidemiologischen Befragung geschlechtsspezifische Unterschiede dar: Männliche Studierende der Fragebogenerhebung sind zu 14,2% an einer Beratung zu Ernährungsfragen interessiert, die Studentinnen der gleichen Gruppe dagegen mit 29,0% doppelt so häufig ( $p < .000$ ). Bei der Interviewgruppe sind die Unterschiede nicht signifikant, doch auch hier liegt das Interesse der befragten Studentinnen höher als das der Männer. Dass das Ergebnis der Hochrisikogruppe nicht signifikant ist, scheint wegen der selektiven Auswahl der Hochrisikoprofile verwunderlich: Studierende mit einer Essstörung oder mit substanzbezogenen Auffälligkeiten wurden zum Interview eingeladen, es wäre also nahe liegend, dass die interviewten Frauen eher eine Essstörung aufweisen und deshalb naturgemäß interessierter sind an einer Ernährungsberatung als gesunde Frauen. Dem ist jedoch nicht so, was an dieser Stelle nicht interpretiert werden kann.

Der Beratungsbedarf hinsichtlich Lebenskrisen oder Belastungssituationen sind hingegen eindeutig frauenspezifische Problemfelder: Studentinnen der ersten Gruppe sind mit 23,4% hochsignifikant häufiger an einer diesbezüglichen Beratung interessiert ( $p < .000$ ) als ihre männlichen Kommilitonen (10,8%). Bei der Interviewgruppe verhält es sich ähnlich: Nur 2,4% der Männer sind an einer Beratung zum Thema Lebenskrisen und Belastungssituationen interessiert, signifikant häufiger dagegen die Frauen mit 14,0% ( $p < .046$ ).

Ähnlich sind die Verhältnisse bezüglich einer Beratung zu psychischen Problemen: Studierende der Fragebogengruppe sind zu 12,2% an einer solchen Beratung interessiert, ihre Kommilitoninnen hochsignifikant häufiger mit 24,1% ( $p < .000$ ). Die interviewten Studierenden sind am Thema insgesamt zwar ähnlich häufig interessiert wie ihre Vergleichsgruppe, doch bei ihnen stellt sich kein geschlechtsspezifisch signifikanter Unterschied dar: Die Männer haben zu 12,2% Interesse an einer solchen Beratung, die Frauen zu 24,6%.

Zu den Bereichen „Suchtmittel, Drogen, Alkohol“ und „Probleme mit Suchtmitteln“ sind fast die gleichen Ergebnisse zu sehen: Männliche Studierende sind etwas weniger häufig an einer Beratung zu den beiden Themen interessiert als ihre weiblichen Kommilitoninnen, doch die Unterschiede sind nicht geschlechtsspezifisch signifikant.

Zum Thema „Probleme mit dem Essverhalten“ sind ähnlich wie beim Bereich Ernährung diesmal bei beiden Gruppen geschlechtsspezifisch signifikante

Unterschiede zu vermerken: Die Männer der ersten Untersuchungsgruppe interessieren sich zu 4,1% für eine diesbezügliche Beratung, die Frauen der gleichen Gruppe dagegen zu 13,5% ( $p < .000$ ). Bei den Interviewprobanden interessieren sich nur 2,4% der Männer für eine themenzentrierte Beratung, dagegen haben aber 22,4% der Frauen ebenfalls daran Interesse ( $p < .004$ ). An dieser Stelle lässt sich der beim Thema Ernährung vermisste Zusammenhang mit der Selektiertheit der Hochrisikostichprobe herstellen, da das weibliche Interesse auch im Gegensatz zu den Probandinnen der Fragebogenstudie stark erhöht ist.

Bezogen auf eine Beratung über suchtnahe Verhaltensweisen zeigen sich dagegen kaum Unterschiede: Studierende der ersten Gruppe haben nur zu etwa 4,5% Interesse an solchen Themen, dagegen nur 2,4% der interviewten Männer und keine der interviewten Frauen.

Insgesamt kann man sagen, dass der Beratungsbedarf bei Frauen höher ist als bei Männern.

Es gibt geschlechtsspezifischen Beratungsbedarf in Bezug auf die Themen Beziehung und Partnerschaft, Verhütung, Stressbewältigung, Lebensführung, Schwangerschaft/ Kindererziehung, Studienaufbau/ -verlauf, Ernährung/ Probleme mit dem Essverhalten, Lebenskrise/ Belastungssituation und psychische Probleme, daran sind durchgehend die Frauen interessierter. Wie bereits bei Pauly (2003) konstatiert, ist der Frauenanteil in Beratungsstellen höher als der Männeranteil, was vermuten lässt, dass Frauen insgesamt eher dazu bereit sind, sich bei Problemen von außen Hilfe zu holen. Es kann nur bestätigt werden, was bereits in früheren Arbeiten überlegt wurde, dass Frauen eine erhöhte Problemlösekompetenz besitzen, die sie befähigt, sich bei Lebenskrisen an zuständige Hilfeangebote zu wenden und so konstruktiv mit Problemen umzugehen (vgl. ebd.).

In Bezug auf die hohe Rate an psychischen Belastungen in der Untersuchungsgruppe sowohl der epidemiologischen Untersuchung als auch der Interviewbefragung sowie der dadurch bedingten Vernachlässigung des Studiums wird im Folgenden untersucht, ob die belasteten Probanden zur Problembewältigung professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Es ist zu prüfen,

ob der vermutete Kompetenzzuwachs, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, sich positiv auf die Suchtbelastung auswirkt

In der epidemiologischen Befragung wurde eine Bestandserhebung gemacht, ob die Probanden bereits eine Beratung in Anspruch genommen haben, ob sie zurzeit eine Beratung in Anspruch nehmen und ob sie bei einem Problem bereit seien, zu einer Beratungsstelle zu gehen. Darüber hinaus wurden Gründe erhoben, die einen Besuch in einer Beratungsstelle erschweren.

Im weiterführenden Interview wurde zudem genau erfragt, ob die Probanden in den letzten sechs Monaten bereits daran gedacht haben, in einem oder mehreren Lebensbereichen eine professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen, ob sie bei positiver Beantwortung bereits konkrete Schritte unternommen haben und wie diese Schritte aussahen. Schließlich wurden die Studierenden befragt, ob sie bereits wegen psychischer Beschwerden behandelt worden sind oder in eine Klinik eingewiesen wurden.

Die Fragestellung wird in zwei Stufen untersucht werden: Zunächst werden die Antworten der Studierenden aus der epidemiologischen Fragebogenerhebung und der Interviewerhebung in Bezug auf bereits gemachte Beratungserfahrungen bzw. hinsichtlich der Beratungsbereitschaft untersucht. Die Probanden werden in die Gruppen „Studierende mit Beratungserfahrungen“ und in „Studierende ohne Beratungserfahrungen“ eingeteilt. Bei den Probanden der Interviewstudie geht die Auswertung darüber hinaus noch weiter in Richtung Beratungserfahrung. Alle Aspekte sollen mit den Suchtproblemen in Zusammenhang gebracht werden, damit untersucht werden kann, ob Studierende mit einer Beratungserfahrung weniger Suchtprobleme aufweisen. Weniger Suchtprobleme bedeuten in diesem Zusammenhang zum einen eine niedrigere Quantität an suchtbezogenen DSM-IV-Diagnosen in der Gruppe der Beratungserfahrenen. Zum anderen sollen die Probanden mit weniger Suchtproblemen in Bezug auf die Aspekte der Trinktage in den letzten 30 Tagen und auf die „binge drinking“-Quote geringere Ergebnisse aufweisen als Studierende mit mehr Suchtproblemen. Auf eine geschlechtsspezifische Auswertung soll diesmal verzichtet werden, da sich deutlich gezeigt hat, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, die an dieser Stelle nur erneut aufgezeigt würden. Hier scheint es jedoch interessanter, die Gesamtgruppen

nach ihrer Beratungserfahrung zu unterteilen und sie hinsichtlich der bekannten Problemausprägungen zu untersuchen.

#### 5.4.1 Beratungserfahrung

Tabelle 40. Beratungserfahrung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende der epidemiologischen Befragung (N=2.330)	Studierende der Interviewerhebung (N=100)
<b>Haben Sie schon einmal Beratung wahrgenommen?</b>		
Ja	26,8	43,0
Nein	73,2	57,0
<b>Nehmen Sie zurzeit Beratung wahr?</b>		
Ja	6,6	15,0
Nein	93,4	85,0

Die Studierenden der epidemiologischen Befragung haben bereits zu 26,8% eine Beratung frequentiert, davon nehmen 6,6% derzeit eine Beratung wahr. Die Studierenden der Interviewerhebung haben erwartungsgemäß mehr Beratungserfahrungen, sie haben zu 43,0% bereits an einer Beratung teilgenommen und befinden sich derzeit zu 15,0% in Beratungskontexten. Man kann demnach folgende Unterteilung vornehmen:

Tabelle 41. Gruppeneinteilung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung	Studierende ohne Beratungserfahrung
Epidemiologische Befragung	26,8	73,2
Interviewbefragung	43,0	57,0

Da nun die Gruppeneinteilung feststeht, können die beratungsbezogenen Ergebnisse dargestellt werden, bevor die Auswertung der suchtbezogenen Probleme erfolgt.

Tabelle 42. Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung		Studierende ohne Beratungserfahrung	
	Epidem. Befragung	Interview-befragung	Epidem. Befragung	Interview-befragung
<b>Wenn Sie ein Problem hätten, würden Sie eine Beratungsstelle aufsuchen?</b>				
Ja	65,9	67,4	36,7	22,8
Nein	6,1	4,7	13,3	22,8
Weiß nicht	28,0	27,9	50,0	54,4
<b>Was würde Ihnen den Besuch einer Beratungsstelle erschweren?</b>				
Ich kenne keine Beratungsstelle.	8,0	9,3	23,7	28,1
Es wäre mir unangenehm, mich Fremden anzuvertrauen.	12,3	25,6	27,2	36,8
Ich hätte kein Zutrauen in eine Beratungsstelle.	7,5	7,0	14,9	21,1
Ich hätte Angst, dass die Daten nicht vertraulich behandelt würden.	4,3	11,6	8,1	15,8
Ich hätte Zweifel an der Ausbildung der Berater.	8,3	16,3	13,0	21,1
Es wäre mir peinlich, als hilfebedürftig zu gelten.	7,4	7,0	17,6	31,6
Ich wüsste nicht, ob Kosten entstehen.	9,9	11,6	16,9	33,3
Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht.	6,7	11,6	1,3	5,3
Ich habe keinen Beratungsbedarf.	9,0	7,0	27,3	28,1

Bei der epidemiologischen Befragung würden 65,9% der Studierenden mit Beratungserfahrung bei einem Problem wieder eine Beratungsstelle aufsuchen, 6,1% würden dies nicht tun und 28,0% sind nicht sicher. Dagegen können sich nur 36,7% der Studierenden ohne Beratungserfahrung vorstellen, bei einem Problem eine Beratungsstelle aufzusuchen, 13,3% verneinen diese Möglichkeit und 50,0% wissen es nicht ( $p < .000$ ). Wie zu erwarten ist, sind Studierende, die bereits eine Beratung bekommen haben, einer erneuten Beratung offener gegenüber und würden sie als Problemlösestrategie eher in Betracht ziehen. Ähnliches gilt auch für die im Interview befragten Hochrisikoprobanden: Von den Beratungserfahrenen würden 67,4% erneut eine Beratungsstelle aufsuchen, 4,7% würden dies nicht mehr tun und 27,9% sind sich unsicher. Demgegenüber stehen die Antworten der Gruppe ohne Beratungserfahrungen, die sich hochsignifikant in ihren Antworten unterscheidet ( $p < .000$ ): Nur 22,8% würden eine Beratung aufsuchen, ebenfalls 22,8 würden diese definitiv nicht tun, 54,4% sind sich unsicher. Somit kann festgehalten werden, dass Studierende mit einem Hochrisikoprofil, die noch keine Beratungserfahrungen haben, einer Beratung etwas skeptischer gegenüber stehen als Studierende ohne Hochrisikoprofil.

Insgesamt sind Beratungserfahrungen in beiden Gruppen der Beratungsbereitschaft bei einem Problem zuträglich, sie ist jeweils höher als die der in Beratung Unerfahrenen Kommilitonen.

Gefragt nach Hürden, eine Beratungsstelle aufzusuchen, antworten die Studierenden der epidemiologischen Befragung bezogen auf alle Antworten mindestens signifikant unterschiedlich. 8% der Beratungserfahrenen fänden eine erneute Beratung schwierig, weil sie keine Beratungsstelle kennen, die Vergleichsgruppe sieht diesen Faktor zu 23,7% als Schwierigkeit ( $p < .000$ ). Bei der Interviewstudie ist diese Frage signifikant unterschiedlich ( $p < .020$ ), 9,3% der Beratungserfahrenen kennen ebenfalls keine geeignete Beratungsstelle, die Vergleichsgruppe führt diesen Grund zu 28,1% an. Den per Fragebogen befragten Probanden wäre es zu 12,3% unangenehm, sich Fremden anzuvertrauen, der Vergleichsgruppe dient diese Antwort zu 27,2% als Hindernis ( $p < .000$ ). Bei den Hochrisikoprobanden der Interviewstudie weist diese Antwortmöglichkeit keine Signifikanz auf ( $p < .232$ ), 25,6% der bereits Beratenen und 36,8% der in Beratung unerfahrenen Probanden wäre es unangenehm, sich Fremden anzuvertrauen.

Hinsichtlich des fehlenden Vertrauens in eine Beratungsstelle unterscheiden sich die Teilnehmer der epidemiologischen Studie hochsignifikant ( $p < .000$ ) und die Hochrisikoprobanden der Interviewbefragung signifikant ( $p < .05$ ). 7,5% der Beratungserfahrenen der Fragebogenerhebung würde das Zutrauen fehlen, 14,9% der unerfahrenen Studierenden. Bei der Interviewerhebung ist der Unterschied noch größer: 7% der Beratungserfahrenen fehlt das nötige Vertrauen in eine Beratungsstelle, dreimal so viele Probanden ohne Beratungserfahrungen wählen diese Antwort (21,1%).

Bezogen auf den vertraulichen Umgang mit ihren Daten haben 4,3% der bereits beratenen Studierenden der Fragebogenerhebung Angst vor fehlendem Datenschutz, die unerfahrenen Studierenden zu 8,1% ( $p < .002$ ). Mit 11,6% haben bereits beratene Studierende mit Hochrisikoprofil deutlich mehr Angst vor Missbrauch des Vertrauens, 15,8% sind es auf der Seite der mit Beratung unerfahrenen Befragten ( $p < .553$ ).

8,3% der beratungserfahrenen Teilnehmer der Fragebogenerhebung hätten Zweifel an der Ausbildung der Berater, 13,0% der unerfahrenen Probanden der gleichen Gruppe ( $p < .002$ ). Dagegen stehen 16,3% der bereits beratenen

Interviewprobanden der Beraterausbildung skeptisch gegenüber, 21,3% der unerfahrenen Hochrisikoprobanden hegen die gleichen Zweifel ( $p < .547$ ).

Bei den epidemiologisch befragten Teilnehmern mit Beratungserfahrung wäre es 7,4% peinlich, als hilfebedürftig zu gelten, 17,6% der noch nicht Beratenen antworten ebenso ( $p < .000$ ). Bei den Probanden der Interviewstudie ist der Unterschied noch etwas deutlicher: 7,0% der bereits in Beratung gewesenen Studierenden wäre die eigene Hilfebedürftigkeit peinlich, das gleiche gilt für 31,6% der Hochrisikoprobanden ohne Beratungserfahrungen ( $p < .003$ ).

9,9% der Studierenden mit Beratungserfahrung gaben in der epidemiologischen Beratung an, dass sie nicht wüssten, ob Kosten entstünden, 16,9% der Gruppe ohne Beratungserfahrung hegt die gleichen Zweifel ( $p < .000$ ). Bei den Hochrisikoprobanden ist die Differenz erneut größer, 11,6% der Beratungserfahrenen wissen nicht, ob Kosten entstehen, dagegen haben 33,3% der Beratungsunerfahrenen Angst vor Kosten ( $p < .012$ ).

Abschließend kann man sagen, dass beide Gruppen der Studierenden mit Beratungserfahrungen bei allen Antworten weniger Vorbehalte gegen eine erneute Beratung aufweisen als die beiden Gruppen ohne Beratungserfahrung. Im Einzelnen bleiben zwischen den epidemiologisch Befragten und den Probanden der Interviewbefragung folgende Unterschiede festzuhalten: Studierenden der Interviewstudie ist es trotz Beratungserfahrung doppelt so unangenehm, sich Fremden anzuvertrauen wie den Probanden der Fragebogenbefragung. Ebenso haben sie doppelt so hohen Zweifel an der Ausbildung der Berater. Anhand dieser Daten kann man das größere Misstrauen der Hochrisikoprobanden feststellen, was sie einer Beratungssituation entgegenbringen: Sie scheinen mehr Vorbehalte davor zu haben, dass sie sich öffnen müssen. Auch zwischen den Probanden ohne Beratungserfahrungen gibt es Unterschiede: Die Hochrisikoprobanden haben in allen Antwortkategorien mehr Hürden zu einer Beratung zu überwinden als die Vergleichsgruppe. Auch hier drückt sich ein großes Misstrauen gegenüber vertraulichen Situationen aus, Vorbehalte, die ein Sich-Einlassen auf ein helfendes Beratungsgespräch sehr erschweren würden.

Die Studierenden der Interviewbefragung wurden, wie bereits erwähnt, zu ihrem Beratungsverhalten genauer befragt. Im Folgenden soll wiedergegeben werden, welche Beratungsform sie bereits erlebt haben, welche Therapieform sie



sinnvoll für sich halten würden und welche konkreten Schritte sie auf diese Therapieformen bereits zugegangen sind.

Tabelle 43. Behandlungsaspekte der Interviewprobanden (Angaben in Prozent, N=100, sig.= .024)

	Studierende mit Beratungserfahrung N=43	Studierende ohne Beratungserfahrung N=57
<b>Art der Behandlung</b>		
keine Therapie	39,5	100,0
ambulante Psychotherapie	53,5	0,0
stationäre Psychotherapie	7,0	0,0
<b>Welche Art der professionellen Beratung hätten Sie gerne?</b>		
keine Beratung	41,9	61,4
Studien-/ Berufsberatung	4,7	14,0
Suchtberatung	2,3	3,5
Psychotherapeutische Beratung	44,2	15,8
Partnerschaftsberatung	7,0	5,3
<b>Was wurde unternommen?</b>		
nichts unternommen	28,0	59,1
Studienberatung besucht	0,0	9,1
Psychotherapeutische Studentenberatung besucht	12,0	0,0
Andere Beratungsstelle besucht	12,0	9,1
Psychotherapie in Vorbereitungsphase	12,0	4,5
Psychotherapie begonnen	24,0	0,0
Psychotherapie begonnen, aber abgebrochen	4,0	9,1
Selbsthilfegruppe	0,0	4,5
Literatur-/ Internetrecherche	8,0	4,5

Die Studierenden mit Beratungserfahrungen haben zu 39,5% keine Therapie gemacht, zu 53,5% befinden sie sich in ambulanter Behandlung bzw. haben diese bereits abgeschlossen, 7% haben eine stationäre Therapie abgeschlossen. Studierende ohne Beratungserfahrungen haben auch keine therapeutischen Erfahrungen.

Die Studierenden werden gefragt, welche Behandlung in einem Lebensbereich sie in den letzten sechs Monaten hätten gebrauchen können, von den beratungserfahrenen Studierenden wünschten sich 41,9% keine Beratung, während die nicht erfahrenen Studierenden zu 61,4% an eine Behandlung gedacht hatten.

Beratungserfahrene dachten zu 4,7% an eine studienbezogene Beratung, während das mehr als dreimal so viele Studierende ohne Erfahrung gewünscht hätten (14,0%). 2,3% der Erfahrenen hätten eine Suchtberatung gebrauchen können, bei der Vergleichsgruppe sind es mit 3,5% etwas mehr. Von den

Beratungserfahrenen hätten sich 44,5% in den letzten sechs Monaten eine psychotherapeutische Beratung gewünscht, die Vergleichsgruppe kommt bei diesem Wert nur auf 15,8%. Beratungserfahrene Studierende hätten zu 7,0% und die nicht erfahrenen Probanden zu 5,3% gerne eine Partnerschaftsberatung besucht.

Die deutlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit und ohne Beratungserfahrung sind hochsignifikant ( $p < .000$ ). In der nächsten Frage wurde ermittelt, wie hoch der Beratungsbedarf tatsächlich war, was also konkret unternommen wurde, um Hilfe zu suchen. 28% der Studierenden mit Beratungserfahrungen, die sich eine Behandlung gewünscht hätten, haben in den letzten sechs Monaten diesbezüglich gar nichts unternommen, bei der Vergleichsgruppe sind es 59,1%. Keiner der beratungserfahrenen Probanden hat eine Studienberatung aufgesucht, dafür suchten 9,1% der Vergleichsgruppe dort Hilfe. 12,0% der erfahrenen Hochschüler fanden den Weg in eine Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende, niemand der unerfahrenen Studierenden tat das. Andere Beratungsstellen wurden von den beratungserfahrenen Studierenden zu 12,0%, von der Vergleichsgruppe zu 9,1% frequentiert. Derzeit befinden sich 12,0% der Studierenden mit einer Beratungserfahrung in der Vorbereitungsphase zu einer Psychotherapie (Beantragung, probatorische Sitzungen), bei der Vergleichsgruppe sind dies nur 4,5%. 24% der bereits in Beratung gewesenen Studierenden haben im letzten halben Jahr eine Psychotherapie begonnen, niemand der Vergleichsgruppe kann dies aufweisen. Eine Psychotherapie zwar begonnen, aber wieder abgebrochen haben 4,0% der erfahrenen Studierenden und mehr als doppelt so viele Studierende ohne Beratungserfahrungen (9,1%). Dafür suchen 4,5% der letztgenannten Rat in einer Selbsthilfegruppe, während das bei den Beratungserfahrenen niemand tut. Über ihr Problem informiert haben sich 8,0% der beratungserfahrenen Studierenden, 4,5% der Vergleichsgruppe tat dies ebenfalls. Die beobachteten Unterschiede sind signifikant ( $p < .049$ ).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Studierende mit Beratungserfahrungen eine höhere Bereitschaft zu haben scheinen, sich im persönlichen Bereich beraten und helfen zu lassen: Z.B. haben 44,2% vs. 15,8% an eine Psychotherapie gedacht. Auch ist der Schritt von Überlegung zur Realisierung einer Hilfemöglichkeit für Studierende, die in einer Beratung

waren, offensichtlich leichter, da nur 28% keine Schritte in eine Richtung unternommen haben, die ihnen geholfen hätte, während 59,1% der Vergleichsgruppe zwar an eine Hilfemöglichkeit gedacht haben, sie aber nicht verwirklichen konnten. Damit wird das Ergebnis der bereits in Tabelle 57 dargestellten Daten untermauert: Studierende mit Beratungserfahrungen sind insgesamt sensibler ihren eigenen Problemen gegenüber und nehmen darüber hinaus schneller fremde Hilfe in Anspruch als Studierende, die auf diesem Gebiet noch keine Erfahrung haben. Praktisch bedeutet dies, dass Beratungsstellen z.B. eine klientennähere Öffentlichkeitsarbeit betreiben könnten, um den Studierenden die Ängste und Vorbehalte zu nehmen, sich in Krisensituationen helfen zu lassen und selbst die Initiative ergreifen, sich an entsprechende Beratungsstellen zu wenden.

#### 5.4.2 Suchtprobleme

Im Folgenden geht es um die eigentliche Prüfung der vierten Fragestellung. Es werden die bereits erwähnten Suchtprobleme in einen Zusammenhang mit Beratungserfahrung gesetzt.

Tabelle 44. Suchtprobleme bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung		Studierende ohne Beratungserfahrung	
	Epidem. Befragung	Interview-befragung	Epidem. Befragung	Interview-befragung
<b>DSM-IV-Diagnosen</b>				
Alkoholmissbrauch	9,3	18,6	12,1	17,5
Alkoholabhängigkeit	8,8	25,6	11,4	28,1
Gesamt	18,1	44,2	23,5	45,6
<b>Trinktage in den letzten 30 Tagen</b>				
1-5 Trinktage	50,6	30,2	46,3	31,6
6-9 Trinktage	19,2	20,9	22,7	15,8
10-19 Trinktage	14,1	34,9	18,5	33,3
20 und mehr Trinktage	4,0	7,0	3,2	15,8
<b>„Binge drinking“ in den letzten 14 Tagen</b>				
mindestens drei Mal 5 Getränke	43,0	11,6	45,3	14,0
mindestens drei Mal 5 oder mehr Getränke	38,6	32,6	42,6	52,6

Bezogen auf die epidemiologische Fragebogenerhebung lassen sich keine signifikanten Unterschiede der DSM-IV-Diagnosen ermitteln: Studierende mit Beratungserfahrungen weisen zu 9,3% einen Alkoholmissbrauch auf,

Studierende ohne Beratungserfahrungen zu 12,1% ( $p < .054$ ). Es besteht eine leichte Erhöhung der Studierenden ohne Beratungserfahrungen, die sich bei den Teilnehmern der Interviewbefragung jedoch nicht bestätigen lässt: Dort sind 18,6% der beratungserfahrenen Studierenden von einem Alkoholmissbrauch betroffen, die ohne eine Erfahrung mit 17,5% etwas weniger. Hinsichtlich der Alkoholabhängigkeitsdiagnose sind bei beiden Gruppen die Beratung betreffend unerfahrenen Studierenden etwas häufiger betroffen, es lässt sich allerdings keine Signifikanz feststellen. Insgesamt sind Studierende mit einer Beratungserfahrung in der epidemiologischen Befragung zu 18,1% von einer alkoholbezogenen Diagnose betroffen, dagegen sind es 23,6% der nicht erfahrenen Probanden. Der Unterschied von 5,5 Prozentpunkten kann allerdings allenfalls als eine leichte Tendenz der in Beratung Unerfahrenen zu einem Suchtproblem gedeutet werden. Bei den Hochrisikoprobanden gibt es diesbezüglich kaum nennenswerte Unterschiede, die Beratungserfahrenen weisen zu 44,2% eine suchtbezogene Diagnose auf, die Unerfahrenen zu 45,6%.

Bezüglich der Trinktage bestätigen sich die bisherigen Ausführungen weitestgehend: Die Probanden der epidemiologischen Befragung mit Beratungserfahrung haben in den letzten 30 Tagen zu 50,6% einen bis fünf Trinktage (Vergleichsgruppe 46,3%), zu 19,2% sechs bis neun Trinktage (Vergleichsgruppe 22,7%), zu 14,1% zehn bis vierzehn Trinktage (Vergleichsgruppe 18,5%) und zu 4,0% 20 und mehr Trinktage (Vergleichsgruppe 3,2%). Insgesamt kann man nicht von deutlichen Gruppenunterschieden sprechen. Ähnliches gilt für die Teilnehmer der Interviewbefragung, sie unterscheiden sich einzig bei der Kategorie „20 und mehr Trinktage“, diese weisen Studierende mit Beratungserfahrungen zu 7,0% auf, während Studierende ohne Beratungserfahrungen mit 15,8% mehr als doppelt so hoch liegen. Insgesamt lässt sich haben Studierende mit Beratungserfahrung jedoch bezogen auf die Trinktage in den letzten 30 Tagen keine niedrigeren Werte, so dass die eingangs angestellte Überlegung hier nicht zutrifft.

Hinsichtlich des „binge drinking“ wiederholen sich die Eindrücke der beiden vorherigen Kategorien, 43,0% der Studierenden der epidemiologischen Erhebung mit einer Beratungserfahrung haben in den letzten 14 Tagen

mindestens drei Mal 5 Getränke zu sich genommen, 38,6% der gleichen Gruppe mindestens drei Mal mehr als 5 Getränke im gleichen Zeitraum. Dagegen stehen die Studierenden ohne Beratungserfahrung mit 45,3% bzw. 42,6%. Die Studierenden ohne Beratung weisen etwas höhere „binge drinking“-Werte auf, es kann aber keine Signifikanz festgestellt werden.

Die in Beratung erfahrenen Studierenden der Interviewbefragung haben dagegen zu 11,6% in den letzten 14 Tagen mindestens drei Mal 5 Getränke und zu 32,6% mehr als 5 Getränke zu sich genommen, während die Vergleichsgruppe Werte von 14,0% und sogar 52,6% aufweisen. Der letzte Wert ist signifikant ( $p < .045$ ). Insgesamt kann die eingangs angestellte Überlegung auch hinsichtlich des „binge drinking“ nicht bestätigt werden.

### **5.4.3 Fazit**

Zusammenfassend kann man nicht behaupten, dass Studierende mit Beratungserfahrungen weniger Suchtprobleme aufweisen als Studierende ohne eine solche Erfahrung. Letztlich kann man nur davon ausgehen, dass Studierende, die bereits an einer Beratung oder therapeutischen Intervention teilgenommen haben, bei einer erneuten Problematik leichter Hilfe in professionellen Einrichtungen bzw. bei niedergelassenen Psychotherapeuten aufsuchen. Infolgedessen kann man sagen, dass eine positive Beratungserfahrung dazu führt, dass man fortan eine zusätzliche Lösungsstrategie im Leben besitzt, die auch bei schwerwiegenden Problemen wie psychischer Not oder Suchtproblemen früher dazu führt, Hilfe zu suchen und sie auch zu bekommen.

## **5.5 Ableitung innovativer Beratungs- und Hilfeprogramme**

Das vorliegende Kapitel folgt der fünften Forschungsfrage, welche innovativen Hilfeprogramme aus der Untersuchung abgeleitet werden können.

Ruft man sich alle dargestellten Ergebnisse der Untersuchungen nochmals in Erinnerung, so können innovative Beratungsprogramme und Hilfemöglichkeiten überlegt werden. Die Studie "Riskantes Trinken im jungen Erwachsenenalter" von Hanewinkel & Wiborg (2002) beschreibt in ihrem Ablauf die Entwicklung, Durchführung und Evaluation einer Kurzintervention für Studierende mit

riskantem Trinkverhalten. Dabei kann sie als indizierte präventive Intervention bezeichnet werden, da es das Ziel der Untersuchung ist, in der Population der Studierenden diejenigen zu identifizieren, die einen riskantem Alkoholkonsum aufweisen, um ihnen gezielte Hilfsmaßnahmen anzubieten. Als Hintergrund dienen hierzu Überlegungen aus dem „Harm-Reduction-Modell“ nach Marlatt. In diesem Ansatz geht es nicht um die Häufigkeits- und Mengenreduktion des Alkoholkonsums allein, sondern vor allem um die Prävention bzw. Reduktion negativer Konsequenzen, die aus dem riskanten Konsum resultieren. Die jungen Erwachsenen sollen die für sie typischen Risikosituationen, wie z.B. Fahren unter Alkoholeinfluss, ungeschützter Geschlechtsverkehr oder Fehlzeiten an der Universität durch vorhergehenden Alkoholkonsum, erkennen und damit umgehen können. Die kurz- und langfristige Effektivität dieser so genannten Kurzintervention für junge Erwachsene konnte durch mehrere Studien belegt werden (vgl. Hanewinkel & Wiborg 2002). Als Basis der Intervention dienen die Techniken des „Motivational Interviewing“ nach Miller & Rollnick (1999), welche aus den Strategien a) Empathie zeigen, b) Widersprüche aufzeigen, c) Wortgefechte vermeiden, d) nachgiebig auf Widerstand reagieren und e) Selbstwirksamkeit fördern bestehen. Demnach sollen die Studierenden dazu motiviert werden, ihren Alkoholkonsum zusammen mit einem geschulten Berater zu evaluieren und gegebenenfalls wahrgenommene Normen zu korrigieren. Es erfolgen gemeinsame Überlegungen, wie die negativen Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs zukünftig vermieden werden können. Entscheidend dabei ist, dass die Studierenden die Entscheidung zu einer Veränderung selbstständig und in eigener Verantwortung treffen. Die Studie von Hanewinkel & Wiborg (2002) hat das primäre Ziel, die in den USA entwickelte, auf den Techniken des „Motivational Interviewing“ aufbauende Kurzintervention (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students; BASICS) auf den deutschen Kulturkreis zu adaptieren, um diesen Ansatz verwenden zu können (vgl. Dimeff et al. 1999). Neben der Wirksamkeit der Intervention zeigt die Prozessevaluation, dass dieser Beratungsstil außerordentlich positiv von den Probanden aufgenommen wurde. Auf Grund fehlender signifikanter Ergebnisse, kann davon ausgegangen werden, dass die Intervention für beide Geschlechter gleichermaßen wirksam ist. Insgesamt belegt die Studie, dass derartige

Interventionen auch in Deutschland umsetzbar sind. Dabei zeigen die Prozess- und Ergebnisevaluation die hohe Akzeptanz der Intervention bei den Studierenden sowie deren Wirksamkeit auf. Als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der Kurzintervention ist jedoch der Einsatz qualifizierter Berater in ausreichender Anzahl.

Die kurze Darstellung der Studie zeigt, dass am in der Suchtprävention noch wenig erfahrenen Standort Hochschule bewährte Konzepte eingesetzt werden können. Das BASICS sollte sich jedoch nicht nur auf den Bereich des riskanten Alkoholkonsums beschränken, sondern um die für Studierende wichtigen Themen des stoffgebundenen Abhängigkeitsverhalten bezüglich Tabakkonsum und Cannabiskonsum und des nicht stoffgebundenen, aber suchtnahen gestörten Essverhaltens ausgeweitet werden. Im Folgenden soll eine Skizze einer möglichen Kurzintervention für Studierende dargestellt werden, die in weitergehenden Forschungsarbeiten implementiert und evaluiert werden müsste.

### 5.5.1 Innovatives Kurzinterventionsprogramm (IKU) für Studierende mit Substanzkonsumstörungen und suchtnahen Verhaltensweisen

Das folgende Konzept ist stark angelehnt an das Konzept des Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS), das von Dimeff et al. (1999) für die Zielgruppe der Studierenden mit riskantem Alkoholkonsum entwickelt wurde. Diese niedrigschwellige Kurzintervention schließt zwei 50-minütige Sitzungen sowie ein Reflektionsgespräch ein und baut auf den Erfahrungen mit dem Drinker's Check-Up auf (DCU, vgl. Miller et al. 1988, Miller et al. 1993). Beim DCU erhalten die Probanden eine objektive und wertungsfreie Rückmeldung über das Resultat einer ausführlichen diagnostischen Erhebung ihrer Konsumgewohnheiten, Abhängigkeitssymptomen und eventuellem Schweregrad ihrer Abhängigkeit. Der Therapeut soll die Darstellung und Erklärungen der Untersuchungsergebnisse anschaulich gestalten und die persönlichen Daten mit denen einer Referenzgruppe vergleichen, damit der Patient selbst einschätzen kann, wie stark er in seinem Verhalten vom Bevölkerungsdurchschnitt abweicht. Der Patient kann seine eigenen Schlussfolgerungen aus der empathischen Information des Therapeuten ziehen und wird so in seiner Veränderungsbereitschaft eingefordert. Das IKU kann von den psychologischen Beratern der Studentenberatungsstellen durchgeführt werden.

Das IKU ist durch folgenden Ablauf gekennzeichnet: Die Studierenden machen mit dem Therapeuten eine **Eingangsgespräch**, wo eine umfassende **Diagnostik** hinsichtlich des Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsums bzw. hinsichtlich des Essverhaltens durchgeführt wird. Danach werden die Studierenden angewiesen, ihr eigenes Konsumverhalten/ Essverhalten über einen Zeitraum von einer Woche zu **beobachten** und genau zu protokollieren. → Dabei soll in Bezug auf Alkohol die Getränkeanzahl pro Tag, die Uhrzeit des Konsums und der Zeitraum, in dem die Getränke konsumiert wurden, festgehalten werden. Auch der Konsumkontext soll protokolliert werden, also wo man Alkohol zu sich genommen hat und wer dabei war.



→ Hinsichtlich des Tabakkonsums sollen die Probanden notieren, wann sie wie viele Zigaretten geraucht haben und in welchem Kontext dies stattfand (allein, in Gesellschaft, in der Universität usw.)

→ Bezüglich des Cannabiskonsums sollen die gleichen Umstände wie beim Tabakkonsum notiert werden.

→ Das Essverhalten betreffend schreiben die Studierenden genau auf, was sie wann gegessen haben.

Nach einer Woche erhalten die Studierenden bei einem zweiten Termin ein **Feedback** über die Ergebnisse der Diagnostik zu Beginn und der Selbstbeobachtungsprotokolle. In dem zweiten Treffen sollen bezüglich des Substanzkonsums folgende Aspekte Beachtung finden:

1. Kann der Substanzkonsum des Studierenden als überdurchschnittlich bezeichnet werden? Der Therapeut sollte zur Veranschaulichung Ergebnisse der gleichen Altersgruppe der Studierenden bereithalten, damit der Proband selbst einschätzen kann, ob er vom Durchschnitt abweicht.

2. Ist das Risiko einer Substanzabhängigkeit aufgrund äußerer Umstände erhöht? Zum Beispiel wird erfasst, ob der Proband eine positive Familienanamnese in Bezug auf Alkoholabhängigkeit hat oder ob im Umfeld des Studierenden viele Menschen rauchen/ kiffen.

3. Hat der Studierende Wirksamkeitserwartungen an die Substanz, die einen dysfunktionalen Konsum begünstigen? Zum Beispiel hat er das Gefühl, dass er nur durch Cannabis einschlafen kann oder nur der Konsum von Alkohol ihn seine Probleme bewältigen lässt?

Bezüglich des Essverhaltens sollen in der zweiten Sitzung ähnliche Fragen behandelt werden:

1. Isst der Studierende überdurchschnittlich viel oder wenig? Erbricht er oder versucht er z.B. durch überdurchschnittliche sportliche Aktivität, Kalorien loszuwerden?

2. Ist das Risiko für eine Essstörung aufgrund äußerer Umstände erhöht? Zum Beispiel soll ermittelt werden, ob der Studierende in der Pubertät bereits essgestört war.

3. Was erwartet der Studierende von seinem Essverhalten? Kann er beispielsweise seine Gefühle durch Essen regulieren oder ist er der

Überzeugung, erst ein besserer Mensch zu sein, wenn er ein bestimmtes Gewicht erreicht hat?

Am Ende der zweiten Sitzung sollte ein weiteres Treffen vereinbart werden, das etwa drei Monate danach das Verhalten erneut **reflektieren** soll und wo geprüft werden kann, ob sich das Konsum- bzw. Essverhalten verändert hat oder ob z.B. weitere therapeutische Maßnahmen notwendig werden.

Der Ablauf von IKU ist demnach in vier Schritte zu unterteilen:

1. Eingangsanamnese
2. Selbstbeobachtung
3. Feedbackgespräch
4. Reflektionsgespräch

Betrachtet man die Wirksamkeit von dem Alkoholprogramm BASICS, so kann eine solche Vorgehensweise für Studierende als in höchstem Maße geeignet betrachtet werden. Hervorzuheben ist, dass die Kurzintervention bei Studierenden mit Alkoholproblemen bedeutsame Effekte im Verhalten der Studierenden auch vier Jahre nach der Intervention erbrachte (vgl. Hanewinkel & Wiborg 2002). Deshalb ist eine Adaption des Verfahrens auf weitere Problembereiche erfolgversprechend und auch für die Beratungsstellen gut zu leisten, da keine aufwändigen zusätzlichen Interventionen erfolgen. Voraussetzung für eine Durchführung an psychosozialen Beratungsstellen für Studierende ist allerdings die ausführliche Schulung der Berater in der motivationalen Gesprächsführung.

## 6. Schluss

Insgesamt betrachtet lassen die bislang vorliegenden epidemiologischen Einzelbefunde der vorliegenden Studie noch keine eindeutigen pathogenen Implikationen zu. Die Klärung ätiologischer Implikationen der beobachteten Störungen bei Studierenden ist sicherlich eine wesentliche Aufgabe der künftigen Forschung, um letztlich befriedigend Empfehlungen für die Prävention und Behandlung von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen im Studium ableiten zu können.

Die Existenz eines suchtbezogenen Problems ist nicht nur abhängig vom Faktor Studium, sondern es sind auch geschlechtsspezifische und altersspezifische Unterschiede festzustellen. Eine diesbezügliche genauere Auswertung der gesammelten Daten würde sicherlich noch tiefer gehende Ergebnisse hervorbringen. Die Intention des vorliegenden Abschlussberichtes ist es jedoch, einen ersten Überblick zum Zusammenhang zwischen der Situation der Studierenden im Allgemeinen und dem Vorliegen einer suchtbezogenen Diagnose zu bieten. Dies in Abgrenzung zu gleichaltrigen Nicht-Studierenden zu vollziehen, wird als sinnvolle Vorgehensweise bewertet. Im Zuge dessen muss allerdings der nächste Schritt fokussiert werden, der darin besteht, die Subgruppen der Studierenden untereinander in Vergleich zu setzen: Die Gruppe der Hochschüler als solche ist durch die vorliegende Arbeit als suchtgefährdet einzustufen – ein nächster Forschungsschritt muss die Untersuchung geschlechts- und altersbezogener Faktoren sein. Als sinnvoll wird in diesem Zusammenhang auch ein stärkerer Bezug zu lebensbiografischen Individualdaten erachtet. Wie viele Studien in der Life-Event-Forschung ist auch die vorliegende Untersuchung querschnittlich angelegt. Seiffge-Krenke (1994) konstatiert, dass einzelne kritische Lebensereignisse nur eine geringe Auswirkung auf die Gesundheit haben, sie betont vielmehr die Kumulierung von Belastungen und vor allem die Chronizität von Stressoren. So ist das bedeutsame Ereignis Studium nicht als nur *ein* kritisches Lebensereignis zu betrachten, da Studierende z.B. sowohl der Ablösung vom Elternhaus als auch den Veränderungen der sozialen Beziehungen als Entwicklungsthemen begegnen und sie darüber hinaus mit den Studienbedingungen konfrontiert sind. Das gesamte Studium wird demnach als kritische bzw. sensible Phase bewertet, innerhalb derer die Gefahr besteht,

dass junge Erwachsene dysfunktionale Bewältigungsmuster wie Drogenkonsum oder psychische Störungen entwickeln und so zwar Stress zu bewältigen versuchen, jedoch zur Spannungsreduktion zumindest in Bezug auf Studienverlauf oder Wohlbefinden allzu oft zu den falschen Mitteln greifen. Um eine differenzierte Analyse der studienbedingten belastenden Faktoren vornehmen zu können, ist daher eine längsschnittliche Untersuchung verschiedener Kohorten von Studierenden unabdingbar. Dadurch können Lebensalter, Studienphase und Lebensereignisse wesentlich besser im Einzelnen dargestellt und miteinander in Korrelation gesetzt werden. Sämtliche Ansatzmöglichkeiten werden im Zuge der Erfahrungen der vorliegenden Untersuchung zu Korrelationen mit einer verdeckten Problematik führen, die zumindest auf präklinische Störungsbilder in Bezug auf die Achsen I und II des DSM-IV einen Hinweis geben und bereits im Vorfeld manifester psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen eines präventiven Ansatzes bedürfen könnten.

Die mittelbar und unmittelbar durch die Suchtprobleme oder psychischen Erkrankungen hervorgerufenen individuellen Schwierigkeiten betroffener Studierender existieren an den Hochschulen innerhalb eines Zusammenhangs, der diese Schwierigkeiten zum Teil verstärken, gar hervorrufen kann, zum Teil jedoch auch ausgleichend wirken kann. So ist gerade für psychisch labile Studierende die zeitliche Struktur vieler Studienfächer ein Lernfeld für den Umgang mit zeitlich begrenzten Leistungsschwankungen, ohne dass ein direkter Studienplatzverlust droht. Das weiter oben erwähnte Feedback-Vakuum hat also in diesem Zusammenhang sein Gutes: Das schrittweise Erproben und Steigern der Leistungsfähigkeit als Strategie im Umgang mit Leistungsschwankungen und Verunsicherungen wird in diesem Zusammenhang von betroffenen Studierenden als bedeutungsvoll beschrieben. Voraussetzung für eine solche schrittweise Steigerung und Erprobung der Leistungsfähigkeit ist die Anbindung an eine psychosoziale Hilfeeinrichtung, die an allen deutschen Hochschulen für Studierende zur kostenlosen Verfügung stehen.

Allerdings besteht ein Hauptproblem der betroffenen Studierenden darin, dass sie die eigene Störung oder Erkrankung noch nicht wahrgenommen haben und sie selbst verleugnen. Diese Problemlage verunmöglicht einen Zugang seitens

der Beratungsstellen zu den Studierenden. Dennoch sollte nicht erst die Krankheitseinsicht des einzelnen jungen Erwachsenen zu einer Hilfemaßnahme führen. Vielmehr soll durch die vorliegende Studie der Bedarf verdeutlicht werden, der in Bezug auf eine hochschuleigene Suchtprävention deutlich besteht. Die hohe Substanzmissbrauchsproblematik ist eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung studienspezifische Besonderheit, der sich sowohl die Suchtkrankenhilfe als auch die immer noch recht hochschwelligem psychosozialen Dienste für Studierende annehmen sollten. Insgesamt tut sich eine Versorgungslücke auf, in der ein Großteil junger Erwachsener ein hochproblematisches Konsumverhalten an den Tag legt, jedoch keine Präventionsmaßnahmen bzw. Behandlungsstrategien gezielt auf die Situation von Studierenden fokussiert: „Clearly, institutional-based prevention strategies need greater attention by researchers as well as practitioners in the coming years, particularly as they relate to alcohol-related problems among young adults” (Mosher 1999, 360).

Bezugsrahmen für eine zukunftsweisende Weiterführung der behandelten Forschungsthemen bilden demnach eine *Personen-* sowie eine *Strukturorientierung*. Auf der Interventionsebene bedeutet dieser Ansatz, dass in Bezug auf die Studierenden Ressourcen gefördert und Belastungen abgebaut werden müssen.

Der Transfer von der Forschung zur Praxis kann sich bezogen auf die *strukturelle Ebene* durch den Aufbau und die Offenlegung von strukturierten und transparenten Studienbedingungen vollziehen. Auch sollte in dieser Hinsicht durch die psychosozialen Dienste beispielsweise des Deutschen Studentenwerks eine niedrigschwelligere Vorgehensweise in Bezug auf die Alltagsprobleme der Studierenden erfolgen. So kann zum Beispiel eine wirkungsvolle Suchtpräventionsmaßnahme darin bestehen, Studierenden das Ausmaß ihres Suchtmittelkonsums im Vergleich zu Altersgenossen zu spiegeln, und darauf aufbauend mittels der motivationalen Gesprächsführung eine Reduktion des Konsums zu erwirken. Entsprechende Versuche wurden durch das Institut für Therapieforschung (FT Nord) bereits mit messbarem Erfolg durchgeführt (vgl. Hanewinkel & Wiborg 2002), werden aber trotz relativ geringen personalen und methodischen Aufwands nicht in die Beratungspraxis übernommen.

Die *personenorientierte Ebene* kann z.B. aufgrund der in der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse in geschlechtsspezifischer Hinsicht gefördert werden. Die Stärkung und Förderung von Persönlichkeitsmerkmalen sollte nicht nur im Jugendalter eine Rolle spielen. Hornung & Knoch (1999, 198) postulieren in diesem Zusammenhang für die Gruppe der Schweizer Studierenden verschiedene Optimierungsstrategien, von denen die prägnantesten dargestellt werden sollen:

- Schaffung von strukturierten, klaren und transparenten Studienbedingungen
- Förderung und Ausbau des Tutoratswesens, insbesondere in der Studieneingangsphase
- Entwicklung von institutionalisierten Lösungen, die den Kontakt zwischen Lehrenden und Lernenden verbessert
- Integration von fachübergreifenden Kompetenzen in die jeweiligen Fachcurricula (z.B. Kurse zu Arbeitstechniken)
- Bessere Information von Abiturientinnen und Abiturienten über die spezifischen Lernkulturen und Anforderungen in den einzelnen Studienfächern und zum Hochschulstudium allgemein
- Frühzeitige niederschwellige Beratungsangebote in der Studieneingangsphase
- Stärkung und Förderung von Persönlichkeitsmerkmalen, wie etwa Selbstwertgefühl und Optimismus
- Sensibilisierung der Dozentinnen und Dozenten für die potenziell selbstwert- und ressourcenstärkenden Aspekte ihrer Tätigkeit bei den Studierenden.

Das Studium als „Konservierung von Jugendlichkeit“ (Köster 2002, 34) kann für viele Studierende eine willkommene Chance sein, das Erwachsenwerden hinauszuschieben. Infolge dessen sollte durch Bildungsinstitutionen wie die deutschen Hochschulen auch eine Bildung der Persönlichkeit gefördert und optimiert werden. Laut Hochschulrahmengesetz (vgl. HRG 1999) sollen Lehre und Studium Studierende zu verantwortlichem Handeln befähigen. Um verantwortlich in Bezug auf unseren freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat handeln zu können, müssen individuelle und gruppenspezifische

Sorgen und Nöte aufgegriffen und durch Ressourcenförderung auf der individuellen Ebene bearbeitet werden. Für unsere Gesellschaft ist es überlebensnotwendig, nicht nur in Bezug auf Wissensinhalte gebildete und befähigte junge Erwachsene hervorzubringen, sondern auch Menschen, die sich im Gemeinwesen einbringen können und wollen, und nicht an den vorgegebenen Strukturen kranknen.

## 7. Literaturverzeichnis

Allgöwer, A. (2000). Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen: Leske+Budrich.

Angenendt, J., Frommberger, U & Berger, M. (2004). Angststörungen. In: M. Berger (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 637-690. München: Urban & Fischer.

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

Bachmann, N.; Berta, D., Eggli, P., Hornung, R. (1999). Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden. Bern: Verlag Hans Huber.

Berger, M. & van Calker, D. (2004). Affektive Störungen. In: M. Berger (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 541-636. München: Urban & Fischer.

Bergmann, E. & Horch, K. (2000). Sozioökonomische Daten zu gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2001*. 202-218. Geesthacht: Neuland.

Berna-Glantz, R. (1980). Von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter. Die Bedeutung der Integration altersspezifischer Erfahrungen in das psychische Bezugssystem. *Psyche*, 34 (1), 430 – 448.

Blos, Peter (1973). *Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett.

Bohleber, W. (1982). Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten. In: E. Krejci & W. Bohleber (Hrsg.). *Spätadoleszente Konflikte: Indikation und Anwendung psychoanalytische Verfahren bei Studenten*. 11–52. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

Bornhäuser, A. (2001). *Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe*. Bern: Hans Huber.

Bornhäuser, A. (2002). *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.



Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A., Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.

Brown, S.A., Goldman, M.S., Christiansen, B.A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 512-519.

Bühringer, G., Bauernfeind, R.; Simon, R. & Kraus, L. (2000). Entwicklung der Konsumhäufigkeit und –muster in der Bevölkerung. In: A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.). *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 129-135. München: Urban & Fischer.

Bürgin, D. & Biebricher, D. (1993). Soziale und antisoziale Tendenz in der Spätadoleszenz. In: M. Leuzinger-Bohleber & E. Mahler (Hrsg.). *Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz: Gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungsprozesse bei Studierenden*. 87-102. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BzGA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (2003). *Cannabis: Haschisch und Marihuana. Eine Informationsbroschüre*. Köln: BzGA.

Comer, R.-J. (2001). *Klinische Psychologie*. Berlin: Spektrum.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Göttingen: Verlag Hans Huber.

Dilling, H., Reimer, C. & Arolt, V. (2001). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Dimeff, L. A.; Baer, J. S., Kivlahan, D.R.; Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students: a harm reuction approach*. New York: Guilford Press.

Dlugosch, G. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets Test Service.

Dörner, K., Plog, U., Teller, C. & Wendt, F. (2002). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Drake, R.-E., Mc Laughlin, P., Pepper, B. & Minkoff, K. (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch: Ein Überblick. In: M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.). *Komorbidität. Therapie von psychischen*

Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. 209-219. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Driessen, M. (1999). Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Darmstadt: Steinkopff.

Engel, G.L. (1977). The need for a medical model: challenge for biomedicine. *Science*, 196, 204-208.

Faust, V. (2000). Blickpunkt. Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen, Schlafstörungen. Diagnose und Therapie mit pflanzlichen Psychopharmaka. Stuttgart: Aesopus.

Feuerlein, W.; Küfner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Thieme.

Finzen, A. (2000). Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Gournay, K., Sandford, T., Johnson, S. & Thornicroft, G. (1997). Dual diagnosis of severe mental health problems and substance abuse/ dependence: a major priority for mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4 (2), 89-95.

Günther, A., Dedner, C., Schäfer, G., Berl, J., Kuder, T., Bader, T. & Dengler, W. (2000). Komorbidität bei Drogenabhängigen. Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. *Suchttherapie*, 1, 16-20.

Hahne, R., Lohmann, R., Krzyszycha, K., Österreich, S., App, A. (1999). Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Deutsches Studentenwerk. Bonn: Druckerei V+V.

Hanewinkel, R., Wiborg, G. (2002). Riskantes Trinken im jungen Erwachsenenalter. IFT-Nord, Kiel.

Helmert, U., Borgers, D. & Bammann, K. (2000). Soziale Polarisierung des Rauchens: Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Beratungen und Gesundheitspolitik. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 76, 397 – 400.

Hochschulrahmengesetz (HRG) (1999). Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl I, S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. August 2002 (BGBl I, S. 3138).

Holm-Hadulla, R. & Soeder, U. (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 419-425.

Holm-Hadulla, R. (2001). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hornung, R. & Fabian, C. (1999). Leben an der Hochschule: Eine Einführung in den Problem- und Forschungsbereich. In: N. Bachmann, D. Berta, P. Egli & R. Hornung (Hrsg.). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden*. 11-16. Bern: Hans Huber.

Hornung, R. & Knoch, D. (1999). Zusammenfassende Überlegungen und Schlussfolgerungen. In: N. Bachmann, D. Berta, P. Egli & R. Hornung (Hrsg.). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden*. 189-217. Bern: Hans Huber.

Hurlbut, S. C.; Sher, K. J. (1992). Assessing Alcohol Problems in College Students. *College Health*, 41, 49-58.

Hurrelmann, K. (1991). *Sozialisation und Gesundheit: Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.

Hurrelmann, K. (1997). Trendwende beim Konsum psychoaktiver Substanzen? Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter. *Deutsche Jugend*, 12, 517-526.

Jakubaschk, J. (1997). Einige Befunde zu Epidemiologie und Verlauf. In: Böker, W. & Brenner, H.D. (Hrsg.). *Behandlung schizophrener Psychose. Klinische Psychologie und Psychopathologie*. Band 64. 25-43. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.

Kasper, S., Möller, H.J. & Müller-Spahn, F. (2002). *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Keller, S., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. 17-44. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kessler, R.-C., Mc Gonagle, K.-A., Zhao, S., Nelson, C.-B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month

prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Keupp, H. (1985). Psychosoziales Elend an den Hochschulen als Handlungsfeld der Studentenberatung- Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten über den „Klinischen Blick“ hinaus hin zur Prävention. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 318-332.

Kind, H. & Kohler, T. (1972). Seelische Gesundheitsstörungen bei Studenten und ihre Behandlung. *Psychosomatische Medizin*, 4, 13 – 23.

Klein, M. (2002). Der Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen am Beispiel von Tabak und Alkohol: Ergebnisse einer epidemiologischen kinder- und jugendpsychologischen Studie. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C. (Hrsg.). „Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?“ Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. 283 – 289. Lengerich: Pabst.

Köster, F. (2002). Studienabbruch. Perspektiven und Chancen. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

Krampen, G. & Reichle, B. (2002). Frühes Erwachsenenalter. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. 319-349. Weinheim: Beltz.

Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, Sonderheft 1, 1-87.

Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, 44, Sonderheft 1, 3-83.

Krausz, M. (1994). Krankheitstheoretische Überlegungen. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. Freiburg: Lambertus.

Krausz, M. (2001). Stand der Entwicklung der Komorbiditätsforschung. In: Landschaftsverband Rheinland (LVR) (Hrsg.). *Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität. Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln*. Köln: LVR.

Krausz, M. & Lambert, M. (2000). Cannabis. In: A. Uchtenhagen & W. Ziegglänsberger (Hrsg.). *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 77-82. München: Urban & Fischer.

Krausz, M., Degwitz, P. & Verthein, U. (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 1, 3-7.

Krejci, E. (1982). Studentenzeit als psychosoziales Moratorium. Erfahrungen und Reflexion aus einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten. In: E. Krejci & W. Bohleber (Hrsg.). *Spätadoleszente Konflikte: Indikation und*

Anwendung psychoanalytische Verfahren bei Studenten. 53-80. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

Kröger, C., Heppekausen, K. & Kraus, L. (2002). Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11 (4), 149-155.

Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Lackinger-Karger, I. (2002). Psychosomatik und Psychoneurosen. In: W. Schwarzer & A. Trost (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe*. Dortmund: Borgmann.

Ladewig, D., Graw, P., Miest, P.-Ch., Hobi, V., Schwarz, E. (1976). Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA): Erste Erfahrungen bei der Konstruktion eines Testinstrumentes zur Abschätzung des Abhängigkeitsgrades von Drogen- und/oder Alkoholkonsumenten. *Pharmakopsychiatrie*, 9, 305-312.

Leuzinger-Bohleber, M. & Mahler, E. (1993). Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz. Gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungsprozesse bei Studierenden. In: M. Leuzinger-Bohleber & E. Mahler (Hrsg.). *Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz*. 13-48. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Leuzinger-Bohleber, M. (2001). Spätadoleszenz – Ein biographischer Kristallisationspunkt? Versuch einer pluralistischen, modellzentrierten Annäherung an spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In: Holm-Hadulla, R. (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. 14-39. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lieb, R. & Isensee, B. (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: F. Moggi (Hrsg.). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 31-62. Bern: Hans Huber.

Löhner, F. (2002). Therapie und Prognose schizophrener Substanzgebraucher. In: G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.). *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts*. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., 408-415. Lengerich: Pabst Science.

Margraf, J. (1994). Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen: Mini-DIPS. Berlin, Heidelberg: Springer.

Miller, W.R., Sovereign, R.G. & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioral Psychotherapy*, 16, 251-268.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.

Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (1999). Sucht hat immer eine Geschichte. Leitfaden zur Aktion Suchtvorbeugung. Düsseldorf: MFJFG.

Moggi, F. (2002). Doppeldiagnosen – ein artifizielles oder reales Problem? In: F. Moggi (Hrsg.). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 15-27. Bern: Hans Huber.

Mosher, J. F. (1999). Alcohol policy and the young adult: establishing priorities, building partnerships, overcoming barriers. *Addiction*, 94, 3, 357-361.

Montada, L. (1998). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. 1-83. Weinheim: Psychologie Verlag Union.

Müller, A. (2001). Interaktion mit Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. 285-303. Göttingen: Hogrefe.

Pallenbach, E. & Ditzel, P. (2003). *Drogen und Sucht. Suchtstoffe – Arzneimittel – Abhängigkeit – Therapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Pauly, A. (2003). Lustig ist das Studentenleben-Suchtprävention an Hochschulen. In: LVR (Hrsg.). *Suchtfälle Familie?! Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter*. Köln: LVR.

Petermann, U. & Petermann, F. (1992). *Probleme im Jugendalter: Psychologische Hilfen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors: processes of change* (S. 3-27). New York, NY: Plenum Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Radtke, K., Hallmann, T., Götz, M., Haenlein, A., Jahns, C., Kerßenfischer, T., Meyer, K., Öhlmann, J. & Seidel, W. (1998). *Studierende fragen Studierende. Eine Befragung zur Studiensituation an der Philosophischen Fakultät im Rahmen des Strukturentwicklungsprojekts Philosophische Fakultät/ CHE (StEP) an der Universität Münster*. Arbeitspapier Nr. 18. [www.che.de](http://www.che.de)

Regier, D.-A., Burke, J.-D. & Burke, K.-C. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einführung*. Göttingen: Hogrefe.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., John, U. (1998). Deutsche Übersetzungen des Processes of Change -Fragebogens, des Decisional Balance -Fragebogen, und des Self-Efficacy -Fragebogens zum Rauchen. Greifswald: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Lübeck: Klinik für Psychiatrie.

Schönell, J. & Closset, J. (2002). Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen in der psychiatrischen Versorgung. In: G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.). Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., 473-479. Lengerich: Pabst Science.

Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. 29-45. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Selling, H. (2001). Die Angst der Frauen vor Erfolg. In: R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. 89-112. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Silbereisen, R.-K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 1056-1068. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Soeder, U., Bastine, R. & Holm-Hadulla, R. (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In: Holm-Hadulla, R. (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. 158-187. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H.-J. (2004). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: M. Berger (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 47-78. München: Urban & Fischer.

Stohler, R. (2000). Komorbidität. In: A. Uchtenhagen & W. Ziegglänsberger (Hrsg.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. 271-273. München: Urban & Fischer.

Teuwsen, E. (1990). Autonomie- und Trennungsdynamik bei Studierenden. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40, 432 – 440.

Teuwsen, E. (2001). Spätadoleszente Reifungskrisen. In: R.-M. Holm-Hadulla (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. 40-64. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Thiel, A., Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 9 (4), 267-278.

Tölle, R. & Windgassen, K. (2003). *Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Tretter, F. & Müller, A. (2001). Grundaspekte der Sucht. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe, 18-32.

Trost, A. (2000). Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: W. Schwarzer (Hrsg.). *Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik*. 273-305. Dortmund: Borgmann.

Uchtenhagen, A. (2000). Definition und Begriffe. In: A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.). *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1-3. München: Urban & Fischer.

Velicer, W. F., DiClemente, C., Prochaska, J. O., Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.

Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgens, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drugs addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166-177.

Verthein, U., Degkwitz, P., Kühne, A. & Krausz, M. (1998). Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht* 44 (4), 232-246.

Wechsler, H.; Wuethrich, B. (2002). *Dying to drink. Confronting binge drinking on College Campuses*. Rodale, USA.

Wittchen, H.-U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (30), 9-16.

Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1991). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-I*. Göttingen: Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Nelson, C.-B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Wittchen, H.U.; Müller, N.; Pfister, H.; Winter, S. Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S216-S222.

Wittchen, H.-U. & Argandona, M. (2000). Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen. In: A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.). *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 23-27. München: Urban & Fischer.



---

Wittfoot, J. & Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. *Suchttherapie*, 1, 8-15.

Wittowski, J. (1994). *Das Interview in der Psychologie: Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Zaudig, M. (2002). Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der Zwangsstörung. In: Zaudig, M., Hauke, W., Hegerl, U. (Hrsg.) *Die Zwangsstörung*. Stuttgart: Schattauer.

## **8. Zusammenarbeit mit anderen Stellen**

Im Rahmen des Projektes „Suchtprävention an deutschen Hochschulen“ fand mit folgenden Institutionen eine Zusammenarbeit statt:

- Fachklinik Bad Tönisstein
- Forum Hochschule und Kirche e.V., Bonn
- Katholische Fachhochschule NW
- Psychotherapeutische Beratungsstelle des Studentenwerks Heidelberg
- Psychotherapeutische Beratungsstelle des Kölner Studentenwerks
- Sozialdienst Katholischer Männer (SKM), Köln.

Wir danken allen Beteiligten recht herzlich für ihre Kooperationsbereitschaft.

In das Projekt sind zu 10% Drittmittel mit eingeflossen.