

Inhaltsverzeichnis	1
Vorwort	8
1. Einleitung	9
2. Fragestellung	12
3. Stand der Forschung: Merkmalsanalyse entwicklungsrelevanter Aspekte im Studienalter	16
3.1 Entwicklungsthemen im frühen Erwachsenenalter	19
3.1.1 Ablösung vom Elternhaus	26
3.1.2 Manifestation sozialer Beziehungen	32
3.1.3 Berufliche Etablierung	35
3.2 Bedeutsames Lebensereignis Studium	41
3.2.1 Funktionale Bewältigung	44
3.2.2 Dysfunktionale Bewältigung	52
4. Hypothesen	72
5. Untersuchungsmethodik	76
5.1 Untersuchungsdesign	76
5.1.1 Epidemiologische Querschnittsstudie	76
5.1.2 Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung	81
5.1.3 Reanalyse der Datensätze zur Epidemiologie	87
5.1.4 Reanalyse des Datensatzes zu psychischen Störungen	89
5.1.5 Reanalyse der Datenbasis zu Studienverlauf	90
5.2 Auswertungsmethoden und statistische Prüfverfahren	90
5.2.1 Auswertung der quantitativen Daten	90
5.2.2 Hypothesen und Untersuchungsverfahren im Überblick	92
6. Untersuchungsverlauf	95
6.1 Zeitlicher Ablauf	95
6.2 Gewinnung der Untersuchungsgruppen	98
6.3 Soziodemografische Daten	101
6.3.1 Kölner Studie	101
6.3.2 Drogenaffinitätsstudie	110
6.3.3 Repräsentativerhebung IFT	111
6.3.4 Bundes-Gesundheitssurvey	111
6.4 Bewertung des Gesamtverlaufs	113
7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	117
7.1 Hypothese 1: Prävalenz von Suchtproblemen	117

7.1.1	Bestimmung des Alkoholkonsums und der Konsummenge	118
7.1.2	Bestimmung der DSM-IV-TR-Kriterien	123
7.1.3	Bestimmung des Nikotinkonsums und der Konsummenge	129
7.1.4	Bestimmung des Konsums illegaler Drogen	131
7.1.5	Fazit	141
7.2	Hypothese 2: Ausprägung der Substanzkonsumproblematik bei komorbiden Studierenden	143
7.2.1	Bestimmung der psychischen Beeinträchtigung	143
7.2.2	Bestimmung der Komorbidität psychischer Beeinträchtigung mit einem Suchtproblem	155
7.2.3	Bestimmung der substanzbezogenen Einstellungen	160
7.2.4	Fazit	167
7.3	Hypothese 3: Studienverlauf bei Studierenden mit Suchtproblemen	168
7.3.1	Studienbezogene Daten	171
7.3.2	Zufriedenheit mit dem Studienfach	175
7.3.3	Zeitstruktur während des Semesters	183
7.3.4	Zufriedenheit mit dem Studium	185
7.3.5	Fazit	190
7.4	Hypothese 4: Studienverlauf bei Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen	191
7.4.1	Studienbezogene Daten	193
7.4.2	Zufriedenheit mit dem Studienfach	195
7.4.3	Zeitstruktur während des Semesters	203
7.4.4	Zufriedenheit mit dem Studium	204
7.4.5	Fazit	209
7.5	Hypothese 5: Studienverlauf bei Studierenden mit komorbiden Beeinträchtigungen	209
7.5.1	Studienbezogene Daten	211
7.5.2	Zufriedenheit mit dem Studienfach	212
7.5.3	Zeitstruktur während des Semesters	219
7.5.4	Zufriedenheit mit dem Studium	221
7.5.5	Fazit	225
7.5.6	Vergleich der Problemgruppen im Überblick	226
7.6	Hypothese 6: Präsenz von Suchtproblemen im Kontext	

psychosozialer Beratung	228
7.6.1 Beratungserfahrung	230
7.6.2 Suchtprobleme	236
7.6.3 Fazit	238
7.7 Zusammenfassung	239
8. Ausblick	242
9. Literatur	247
10. Anhang	264

Abbildung 1.	Entwicklungsaufgaben, -risiken und Problembereiche des frühen Erwachsenenalters im Verlaufskontext	23
Abbildung 2.	Klassifikation Missbrauch bzw. Schädlicher Gebrauch nach DSM-IV-TR und ICD-10	54
Abbildung 3.	Klassifikation Abhängigkeit/ Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV-TR und ICD-10	55
Abbildung 4.	Methodenabfolge der Untersuchung	76
Abbildung 5.	Aufbau des Fragebogens	78
Abbildung 6.	Synopse von Hypothesen und Untersuchungsverfahren	94
Abbildung 7.	Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen bei den Probanden der Kölner Studie	120
Abbildung 8.	Physische Befindlichkeit im Vergleich	148
Abbildung 9.	Psychische Befindlichkeit im Vergleich	148
Abbildung 10.	Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr	179
Abbildung 11.	Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen	188
Abbildung 12.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur	195
Abbildung 13.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Arbeitsplätzen	196
Abbildung 14.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden	197
Abbildung 15.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	198
Abbildung 16.	Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr	198
Abbildung 17.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten	200
Abbildung 18.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrpersonen	200
Abbildung 19.	Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug(s) der Veranstaltungen	201
Abbildung 20.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Strukturiertheit des Studiengangs	202
Abbildung 35.	Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen	206
Abbildung 22.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur	213
Abbildung 23.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung Arbeitsplätzen	213
Abbildung 24.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden	214
Abbildung 25.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	215
Abbildung 26.	Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr	215
Abbildung 27.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten	216
Abbildung 28.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs	217
Abbildung 29.	Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug der Veranstaltungen	218
Abbildung 30.	Bedeutung und Zufriedenheit der Strukturiertheit des Studiengangs	218
Abbildung 31.	Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen	222

Tabelle 1.	Demografische und studienbezogene Daten der Probanden der Kölner Querschnittsstudie	101
Tabelle 2.	Vergleich der Hauptstudienfachwahl	104
Tabelle 3.	Demografische und studienbezogene Daten der Interviews	106
Tabelle 4.	Demografische Daten zur Drogenaffinitätsstudie	110
Tabelle 5.	Demografische Daten der Repräsentativerhebung	111
Tabelle 6.	Demografische Daten des Bundes-Gesundheitssurveys	111
Tabelle 7.	Trinktage und Trinkmenge in den letzten 30 Tagen	118
Tabelle 8.	Trinktage in den letzten 30 Tagen	119
Tabelle 9.	„Binge drinking“ bei einer durchschnittlichen Trinkgelegenheit	121
Tabelle 10.	Alkoholkonsummenge und –geschwindigkeit bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen bei den Probanden der Kölner Studie	122
Tabelle 11.	DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholmissbrauch bei den Probanden der Kölner Studie	124
Tabelle 12.	DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei den Probanden der Kölner Studie	126
Tabelle 13.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Probanden der Kölner Studie	127
Tabelle 14.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol in der Kölner Studie und in der Repräsentativerhebung	128
Tabelle 15.	Raucherstatus bei den Probanden der Kölner Studie	130
Tabelle 16.	Raucherstatus der Vergleichsstudien	130
Tabelle 17.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen der Probanden der Kölner Studie	132
Tabelle 18.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen: Gesamtvergleich der drei Studien	133
Tabelle 19.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 18-24-Jährigen	135
Tabelle 20.	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 25-30-Jährigen	136
Tabelle 21.	Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 18-24-Jährigen	138
Tabelle 22.	Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 25-30-Jährigen	139
Tabelle 23.	Konsumänderung seit dem 1. Semester	140
Tabelle 24.	Prävalenz von Suchtproblemen	142
Tabelle 25.	Physische und psychische Befindlichkeit: Epidemiologische Befragung der Kölner Studie	144
Tabelle 26.	Physische und psychische Befindlichkeit aufgeteilt nach Geschlecht: Epidemiologische Befragung der Kölner Studie	144
Tabelle 27.	Physische und psychische Befindlichkeit: Interviews der Kölner Studie	146
Tabelle 28.	Physische Befindlichkeit der Probanden der Kölner Studie	147
Tabelle 29.	Psychische Befindlichkeit der Probanden der Kölner Studie	147
Tabelle 30.	Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Studierenden der Kölner Studie	149
Tabelle 31.	Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei Studierenden aufgeteilt nach Alter	151

Tabelle 32.	Verteilung der Persönlichkeitsmerkmale der Interviewprobanden	154
Tabelle 33.	DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholmissbrauch bei den Interviewprobanden der Kölner Studie	156
Tabelle 34.	DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei den Interviewprobanden der Kölner Studie	158
Tabelle 35.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden der Kölner Studie	159
Tabelle 36.	Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden der Kölner Studie aufgeteilt nach Komorbidität	159
Tabelle 37.	Skalen des Brief AEQ-G bei den Interviewprobanden der Kölner Studie aufgeteilt nach Komorbidität	161
Tabelle 38.	Geschlechtsdifferenzierte Häufigkeitsverteilung des BDA bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	163
Tabelle 39.	Skalen des SER-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	164
Tabelle 40.	Skalen des DBR-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität	166
Tabelle 41.	Skalen des FÄR bei den rauchenden Interviewprobanden der Kölner Studie aufgeteilt nach Komorbidität	167
Tabelle 42.	Störungsbilder der Studierenden	169
Tabelle 43.	Studierende mit Suchtproblemen	171
Tabelle 44.	Studienverlauf von Studierenden mit und ohne Suchtprobleme	173
Tabelle 45.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur nach Einschätzung der Studierenden	176
Tabelle 46.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Arbeitsplätzen nach Einschätzung der Studierenden	177
Tabelle 47.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden nach Einschätzung der Studierenden	178
Tabelle 48.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden	179
Tabelle 49.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten nach Einschätzung der Studierenden	180
Tabelle 50.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden	181
Tabelle 51.	Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug(s) der Veranstaltungen nach Einschätzung der Studierenden	181
Tabelle 52.	Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Strukturiertheit des Studiengangs nach Einschätzung der Studierenden	182
Tabelle 53.	Zeitstruktur von Studierenden in Bezug auf Suchtprobleme	184
Tabelle 54.	Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden mit und ohne Suchtprobleme	186
Tabelle 55.	Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium	188
Tabelle 56.	Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen	192

Tabelle 57.	Studienverlauf von Studierenden der Interviewbefragung mit und ohne psychische Beeinträchtigungen	193
Tabelle 58.	Zeitstruktur von Studierenden mit und ohne psychische Beeinträchtigung	203
Tabelle 59.	Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden ohne und mit psychischer Beeinträchtigung	205
Tabelle 60.	Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium	207
Tabelle 61.	Studierende mit Komorbidität	211
Tabelle 62.	Studienverlauf von Studierenden mit und ohne Komorbidität	211
Tabelle 63.	Zeitstruktur von Studierenden mit und ohne Komorbidität	220
Tabelle 64.	Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden mit und ohne Komorbidität	221
Tabelle 65.	Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium	223
Tabelle 66.	Störungsbilder der Studierenden	226
Tabelle 67.	Problemgruppen in Abhängigkeit ausgewählter Studienverlaufsaspekte	227
Tabelle 68.	Beratungserfahrung bei den Probanden der Kölner Studie	230
Tabelle 69.	Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie	230
Tabelle 70.	Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie	231
Tabelle 71.	Behandlungsaspekte der Interviewprobanden	234
Tabelle 72.	Suchtprobleme bei den Probanden der Kölner Studie	237

Vorwort

Die vorliegende Untersuchung hat sich zum Ziel gesetzt, die bisher kaum erforschte Gruppe der Studierenden in Deutschland hinsichtlich ihrer Ausprägung von Suchtmittelmissbrauch, Suchtmittelabhängigkeit sowie suchtnahen Verhaltensweisen zu erforschen und Zusammenhänge zwischen Studium und problematischem Substanzkonsum aufzuzeigen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Datengrundlage des Forschungsprojektes „Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen“, welches der Forschungsschwerpunkt Sucht an der Katholischen Fachhochschule NW im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung von September 2002 bis Februar 2004 unter der Federführung von Herrn Prof. Dr. Michael Klein durchführte.

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Jörg Fengler, der mich mit großer Geduld und Freundlichkeit betreut und unterstützt hat.

Besonders danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Michael Klein. Ohne seine Inspiration, Förderung und Ermutigung hätte ich diese Dissertation gar nicht erst begonnen.

Des Weiteren danke ich den 2.624 teilnehmenden Studierenden, die mit ihrer Offenheit und ihrem Vertrauen diese Untersuchung ermöglicht haben.

Ebenso danken möchte ich allen Interviewerinnen und Interviewern, die mit großem Engagement zum Gelingen der Arbeit beitrugen.

Danken möchte ich außerdem Frau Dr. Angelika Hambach für ihre ständige Ermutigung, Frau Dipl.-Soz.päd. Melanie Stacha für ihren unermüdlichen Einsatz, sowie Frau Dipl.-Psych. Tatjana Ferrari und Frau Dr. Tanja Hoff für ihre methodischen und inhaltlichen Anregungen.

Für die vielfältige Hilfestellung und stets kritische Auseinandersetzung danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen des Forschungsschwerpunktes Sucht.

Von Herzen danke ich meinem Mann Andreas, der mich liebevoll und nachsichtig durch alle Phasen der Arbeit begleitet hat und dem ich diese Dissertation widme.

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 schwierige 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 des betroffenen Studierenden nachhaltig verschlechtern (vgl. Bachmann et al. 1999).

Die Lebenssituation der Studentinnen und Studenten¹ 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. das selbstständige Lernen und das alleine Wohnen) in der Studiensituation wie auch in der persönlichen Situation zu lösen ist. Die Lebenssituation der Studierenden kann durch Ambivalenz und Konflikte gekennzeichnet sein: So gilt z.B. der Studierende altersgemäß als mündiger Bürger, ist aber in vielfacher Hinsicht existenziell noch von den Eltern abhängig (vgl. Vascovic 1997). Der mögliche Krisencharakter dieser Lebensphase und die besonders damit verbundene erhöhte Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen ist durch empirische Studien belegt worden (vgl. Soeder et al. 2001, Bachmann et al. 1999, Holm-Hadulla & Soeder 1997). Studierende weisen nach Angaben in diesen Studien 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 für Fehlverhalten als Gleichaltrige, die bereits im Erwerbsleben stehen. So werden

¹ Wenn im Folgenden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Wortform angewandt wird, so sind damit dem Sinn nach ausdrücklich Frauen und Männer gemeint. Als „Studierende“ werden im Folgenden alle Frauen und Männer bezeichnet, die an einer deutschen Fachhochschule oder Universität im Erststudium studieren und zwischen 18 und 30 Jahren alt sind.

erwerbstätige junge Erwachsene nicht oft unbemerkt die Arbeit ausfallen lassen können, weil sie am Vortag zu viel getrunken haben, nach wenigen Malen werden Kollegen oder Vorgesetzte darauf aufmerksam – bei Studierenden wird sich niemand daran stoßen, wenn sie wiederholt nicht zur Hochschule kommen. Oft neidet man den angehenden Akademikern ihr vermeintlich „lockeres Studentenleben“. Doch der studentische Alltag kann anders aussehen: Eine Teilgruppe Studierender leidet unter sozialer Isolation, mangelnder Betreuung oder Prüfungsängsten, sie denkt an Fachrichtungswechsel oder gar Studienabbruch. Sie befinden sich eher in einem Zustand des **Feedback-Vakuums** bzw. der **Feedback-Latenz**, was die Entwicklung gegenregulatorischer Lebensstilprozesse im Sinne der Verhaltensänderung zum sozial erwünschten Verhalten behindern dürfte (vgl. Pauly 2003).

Die 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks hat gezeigt, wie verbreitet psychische Probleme bei einer für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Studierenden sind (N=20.533): 27% der befragten Studierenden gaben an, dass sie durch psychische Beeinträchtigungen Schwierigkeiten in ihrem Studium haben, 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.

Abgesehen von den Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks konnten eigene Literaturrecherchen keine neueren deutschsprachigen Untersuchungen auffinden, die explizit die psychische Gesundheit bei Studierenden vertieft untersucht hat.

Aufgrund dieses offensichtlichen Defizits wird eine wissenschaftliche Bearbeitung des Themas für unabdingbar gehalten, damit präventive Vorgehensweisen weiterentwickelt werden können, die sich positiv auf die psychische Gesundheit von Studierenden auswirken.

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.

Um herauszustellen, was in der vorliegenden Arbeit zum Thema Studierende und Suchtstörungen im Einzelnen erarbeitet werden soll, werden in Kapitel 2 die untersuchungsrelevanten Leitfragen hergeleitet und formuliert.

Kapitel 3 umfasst den Stand der Forschung zu Entwicklungsthemen im frühen Erwachsenenalter. Es werden lebensphasenspezifische Schwierigkeiten und Möglichkeiten aufgezeigt, bevor das Merkmal Studium als bedeutsames bzw. kritisches Lebensereignis in den Fokus genommen wird. Im Zusammenhang mit der Bewältigung der entwicklungstypischen Aufgaben im Studienalter werden funktionale und dysfunktionale Problemlösungsaspekte aufgezeigt.

Im vierten Kapitel werden anhand der Forschungsfragen und des dargestellten theoretischen Hintergrundes die sechs Untersuchungshypothesen der vorliegenden Studie dargestellt, bevor in Kapitel 5 die Untersuchungsmethodik dargelegt wird.

Kapitel 6 schildert den Untersuchungsverlauf, während die Darstellung und die Diskussion der Ergebnisse der Studie in Kapitel 7 erfolgt.

Kapitel 8 stellt einen auf den Ergebnissen basierenden Ausblick in die Zukunft der Lebenswelt von Studierenden an.

2. Fragestellung

Primäres Ziel der vorliegenden Untersuchung ist Untersuchung der seelischen Gesundheit von deutschen Studierenden in ihrem Lebensraum. Dazu werden sowohl Situationsanalysen erstellt und kleinere Teilziele formuliert: Die Analyse der Situation von Studierenden in Deutschland bezüglich eines problematischen Konsums von Suchtmitteln soll ebenso Thema der vorliegenden Untersuchung sein wie die Analyse der Komorbiditätsrate psychischer Störungen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen.

Trotz unterschiedlicher biografischer Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sich mit der Aufnahme eines Studiums die Lebenssituation für die meisten Betroffenen gleichermaßen massiv verändert. Die Lebensrealitäten der bereits studierenden jungen Erwachsenen sind, auch abgesehen von den persönlichen Faktoren, zumindest hinsichtlich einiger struktureller Punkte ebenfalls miteinander vergleichbar (v gl. BMBF 1998).

Eine Analyse des Gesundheitszustands der betreffenden Altersgruppe erbrachte, dass die 15- bis 24-Jährigen sich nicht der zunächst vermuteten gesundheitlichen Unbekümmertheit erfreuen, sondern bereits wichtige altersstufenspezifische Gesundheitsprobleme und -risiken wie Drogenmissbrauch oder psychogene Essstörungen aufweisen (vgl. 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. Die Altersspanne zwischen 18 und 21 Jahren wird als eine sensible Phase für den Konsumbeginn illegaler Drogen bezeichnet (Verthein et al. 1998).

Betrachtet man die Konsumfrequenzen suchtauslösender Substanzen, so belegen epidemiologische Daten, dass nach DSM-IV-TR-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. Um herauszufinden, wie sich der Status Quo des Suchtverhaltens bei *den Studierenden* in Deutschland unabhängig von individuellen Faktoren wie individueller Biografie darstellt, lässt sich die erste Forschungsfrage formulieren:

<p>1. Wie ist die aktuelle Situation von Studierenden in Bezug auf problematisches Substanzkonsumverhalten?</p>
--

Die hoch gefährdete Altersgruppe der ab 18-Jährigen fällt mit Verlassen der Schule aus dem Fokus für Präventionsbemühungen heraus. Für diejenigen, die nach der Schule nicht studieren, schließen sich häufig arbeitsplatzbezogene Gesundheitspräventionsmaßnahmen an. Im Gegensatz dazu müssen die Studierenden gänzlich ohne präventive Versorgung durch ihren „Ausbilder Hochschule“ auskommen. 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% selbst eine Suchtproblematik angeben. Die Probleme mit Alkohol, Medikamenten und Drogen steigen in dieser Untersuchung mit zunehmendem Alter an. Hier ist anzumerken, dass die Befragten repräsentativ ausgewählte Studierende, und nicht Klienten einer psychosozialen Beratungsstelle für Studierende waren, die in der Studentenforschung mehrheitlich als Untersuchungsgruppe dienen (vgl. z.B. Holm-Hadulla 2001). Die oben genannte Erhebung des Deutschen Studentenwerks stellte außerdem fest, dass psychische Erkrankungen „mit Abstand der häufigste Grund zur Studienunterbrechung“ sind (BMBF 1998, 486), ohne dass dieser Aspekt jedoch in der Forschung bislang weitere Berücksichtigung fand.

Das in der vorliegenden Dissertation vermutete Suchtverhalten der studentischen Altersgruppe kann in diesem Zusammenhang als ein Problemlösungsversuch psychischer Beeinträchtigungen bewertet werden (vgl. Kapitel 3.2.2). Auch das Problem der Komorbidität steht mit der Bewältigung von Schwierigkeiten in Zusammenhang: Das Ausmaß des Konsums psychotroper Substanzen hängt zusammen mit dem Verlauf und der Intensität von psychischen Störungen (Krausz 1994).

Unterschiedliche Einschätzungen und Wahrnehmungen der Gesellschaft und der Studierenden selbst in Bezug auf den Status der Studierenden führen zur Überprüfung einer weiteren Frage:

2. Ist das Merkmal „Studium“ ein Risikofaktor für das Vorhandensein einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischer Beeinträchtigung?

Ausgehend von einer Beeinträchtigung des gesamten Lebenskontextes liegt die Vermutung nahe, dass sich das Vorliegen psychischer Schwierigkeiten und/oder einer Suchtbelastung auf die Leistungsfähigkeit der studentischen Population negativ auswirken kann. Dies wirft die nächste Frage auf:

3. Wirken sich psychische Probleme und Suchtprobleme bei Studierenden auf das Studierverhalten aus?

Die Berater psychologischer Beratungsstellen für Studierende konzentrieren sich in ihrer psychosozialen Arbeit stark auf Probleme in den Bereichen Leistungsversagen, Prüfungs- und Lebensängste sowie Depressionen (vgl. Holm-Hadulla 2001). Eine vor kurzem durchgeführte eigene Befragung studentischer Beratungsstellen in Deutschland hatte ergeben, dass für deren Beratungsklientel nur bei durchschnittlich 1,1% explizit eine Abhängigkeitsproblematik vermutet wird (vgl. Pauly 2003). 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 ist eine Untersuchung der Klientel in Beratungskontexten interessant:

4. Unterscheidet sich die Gruppe der allgemeinen Studierenden von der Gruppe der Studierenden in Beratungskontexten hinsichtlich einer Suchtbelastung?

Zur Beantwortung der formulierten Fragen werden im folgenden Kapitel zunächst anhand empirischer Befunde theoretische Überlegungen zu den Themen frühes Erwachsenenalter und Studium angestellt, bevor die eigene Untersuchung dargestellt wird. Kapitel 4 befasst sich mit den von den Forschungsfragen inspirierten Hypothesen für die Studie.

3. Stand der Forschung: Merkmalsanalyse entwicklungsrelevanter Aspekte im Studienalter

Die zu untersuchenden studierenden Personen weisen außer dem gemeinsamen Merkmal, an einer deutschen Universität oder Fachhochschule als Studierende eingeschrieben zu sein, noch eine weitere Übereinstimmung auf: Sie befinden sich dem Lebensalter nach in einer Phase, die die Entwicklungspsychologie als „frühes Erwachsenenalter“ definiert (vgl. Krampen & Reichle 2002). Das frühe Erwachsenenalter zeichnet sich formal durch den Altersbereich zwischen dem 18. und dem 29. Lebensjahr aus. Doch was genau passiert in dieser Zeit mit dem Menschen? Das folgende Kapitel stellt den Lebensverlauf des jungen Erwachsenen dar, der geprägt ist von individuellen und gesellschaftlichen Anforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Es werden zunächst die historischen Darstellungsversuche einer „Normalbiografie“ (vgl. z.B. Kohli 1985) auf heutige gesellschaftliche Verhältnisse transferiert sowie der moderne Individualisierungsprozess (vgl. Beck 1986) am Exempel der Studierenden verdeutlicht. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass das wissenschaftliche Interesse an den Entwicklungsprozessen des frühen Erwachsenenalters vom Forschungsfeld der Entwicklung in Kindheit und Jugend dominiert wird und erst in den letzten Jahren in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist. Aus diesem Grund soll die vorliegende Arbeit auch als ein Versuch verstanden werden, ein besonderes Feld der Erwachsenenforschung zu beleuchten: Die ihrem Lebensalter entsprechend dem frühen Erwachsenenalter zuzuordnenden Studierenden, die aufgrund struktureller Merkmale weder als erwachsen noch als jugendlich zu bezeichnen sind (vgl. Krampen & Reichle 2002, Pauly 2003).

Die Gliederungsversuche des menschlichen Lebenslaufs nach Lebensalter, Stadien oder Abschnitten sind sowohl im Alltag als auch in der wissenschaftlichen Entwicklungspsychologie bereits seit der Antike zu finden. Das heutige Jugendschutzgesetz regelt zum Beispiel nach Altersstufen, ab wann eine Person jugendlich (vgl. § 2 JugendschutzG 2003) oder ab wann der Verzehr von alkoholischen Getränken in der Öffentlichkeit (vgl. § 4 JugendschutzG 2003) zulässig ist, und impliziert somit einen gewissen Reifestatus, der altersstufenabhängig ist. Friedrichs & Kamp (1978, 191)

sprechen von einer „gesellschaftliche[n] Gliederung in Altersgruppen mit ihren unterschiedlichen normativen Anforderungen“. Rosenmayr (1978) stellt aus kulturgeschichtlicher Sichtweise unterschiedliche Gliederungen des Entwicklungsprozesses in Sieben-Jahres-Einheiten dar. Allerdings werden seiner Meinung nach eher willkürlich gewählte Lebensereignisse als Markierungspunkte herausgefiltert und nicht generelle, tatsächlich universell eintretende Sieben-Jahres-Übergänge gefunden. Rosenmayr kommt zu dem Schluss, dass man insgesamt auf einen „... der Kosmologie bzw. Astrologie entlehnten, also auf populär einleuchtende Argumente gestützten Entwurf einer Lebensordnung...“ (1978, 33) stößt. Auch Lehr (1978, 317) sieht in der Sieben-Jahres-Einteilung den Ausdruck des Versuchs, die Gliederung des Lebenslaufs „... mit Hilfe einer mythologischen Zahlenlehre...“ zu erkennen. Sie beschreibt weiter, dass der Eintritt in jede neue Lebensstufe als „innere Wende“ bzw. als „Neugeburt“ verstanden wurde (ebd.), womit ein psychischer Übergang postuliert wird.

Betrachtet man die frühen Anfänge der wissenschaftlichen Entwicklungspsychologie, die Kinderpsychologie und deren Stufenmodelle, so werden auch dort einzelne Entwicklungsabschnitte voneinander unterschieden, zwischen denen mehr oder minder tiefe Einschnitte oder auch plötzliche Niveauveränderungen beobachtet und beschrieben werden (vgl. Bergius 1959). Verhaltensänderungen oder „Entwicklungsschübe“ werden der Übersichtlichkeit und Ordnung willen anhand von leicht rekapitulierbaren äußeren Markierungspunkten oder Entwicklungsphasen (z.B. Sprechen oder Laufen lernen) beschrieben. Solche Einteilungen dienen einerseits der Praktikabilität des pädagogisch-psychologischen oder therapeutischen Alltags, sind andererseits jedoch in ihrer Fülle so unterschiedlich, dass auch hier nicht von generellen oder universalen Entwicklungsmodellen die Rede sein kann. Letzteres kann als Ausdruck der unterschiedlichen theoretischen Orientierungen der einzelnen Autoren gedeutet werden, die keine universellen, in Bezug auf Zeitalter und Kulturen invarianten Entwicklungseinteilungen erkennen können (vgl. Olbrich 1990). Auch Lehr (1978) kritisiert in diesem Zusammenhang eine auffällige Vernachlässigung der entwicklungsrelevanten Einzelphänomene. Bei den Stufenmodellen wird nicht der Übergang selbst beschrieben, sondern es werden vielmehr die zwischen den Übergängen

liegenden, relativ statisch betrachteten Entwicklungsabschnitte betont. Die Fragen nach den Auslösern der Entwicklung von einer Stufe zur nächsten und nach der Erklärung des Übergangs werden nach Olbrich (1990) nur sekundär erkennbar. Olbrich (1990, 125) ist weiter der Meinung, dass besonders intensive bzw. krisen- und konfliktreich erlebte Übergänge eine Möglichkeit zur Erfassung des Veränderungsprozesses des Einzelnen bieten:

Deutlicher als in Perioden des ‚glatten adaptiven Funktionierens‘ werden bei krisenhaften Übergängen die Einflußfaktoren auf das Veränderungsgeschehen und der Verlauf des Prozesses für die betroffene Person erfahrbar und damit auch für den Wissenschaftler klarer registrierbar. [...] Gleichwohl wird in solchen Perioden der ‚beschleunigten‘ und durch größeren Umbruch gekennzeichneten Entwicklung der Blick auf das dynamische Geschehen gelenkt.

Mit den beschriebenen Überlegungen wird einer prozessorientierten Entwicklungsidee Vorschub geleistet und die oben geschilderte, eher starre Interpretation, in welcher Entwicklung nur der Unterschied zwischen den Verhaltensmerkmalen der einen von denen der anderen Stufe bedeutet, weicht zurück.

Für die Untersuchung solcher Übergangsprozesse sollen im Folgenden jene sozialen, somatischen und psychischen Attribute bestimmt werden, die speziell im Lebensalter der Studierenden relativ universell auftreten und auf den Entwicklungsprozess einwirken können. Diese Wirkmechanismen gilt es zunächst einzeln und später in ihrer Gesamtheit und Interaktion zu beschreiben. Nachdem im nächsten Abschnitt wichtige Entwicklungsthemen im frühen Erwachsenenalter dargestellt werden, sollen für die interessierende Untergruppe der jungen Erwachsenen, die Studierenden im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, die Transitionskriterien Ablösung vom Elternhaus (Kapitel 3.1.1), Manifestation sozialer Beziehungen (Kapitel 3.1.2) und berufliche Etablierung (Kapitel 3.1.3) beschrieben werden.

Es soll untersucht werden, inwiefern bei der Gruppe der Studierenden generelle Aussagen für Entwicklungsphasen und bedeutsame Lebensereignisse gemacht werden können. Im Kapitel 3.2 sollen das Studium als bedeutsames Lebensereignis betrachtet und sein Einfluss auf die Entwicklung und Bewältigung von Studierenden theoretisch untersucht werden.

3.1 Entwicklungsthemen im frühen Erwachsenenalter

„Wer will, kann von sich aus darauf verzichten, in die Erwachsenenexistenz einzusteigen“ (Bohleber 1987, 60).

Um sich speziell dem frühen Erwachsenenalter widmen zu können, muss zunächst in aller Kürze das Grundverständnis dessen aufgezeigt werden, was es im 21. Jahrhundert bedeutet, „erwachsen“ zu sein bzw. was zu diesem Status dazugehört. Ein Überblick darüber, was im historischen Kontext die Institutionalisierung des Lebenslaufes bedeutet, findet sich in prägnanter Weise bei Faltermaier et al. (2002): Mit durchschnittlicher Zunahme des Lebensalters der Menschen z.B. durch medizinischen und wirtschaftlichen Fortschritt kann erstmals ein für alle berechenbarer Lebenslauf entstehen, die Vorstellung einer „Normalbiografie“ (ebd., 16), die für die meisten Personen in der Vollführung bestimmter sozialer Ereignisse Realität werden. Faltermaier et al. sprechen von einer „Dreiteilung des Lebenslaufes in eine Vorbereitungsphase (Kindheit und Jugend), eine Aktivitätsphase („aktives“ Erwachsenenalter) und eine Ruhephase (Alter)“ (2002, 16). Die rechtliche Manifestierung der Altersgrenzen zwischen den beschriebenen Phasen ist z.B. in Deutschland geprägt vom Bildungssystem (z.B. allgemeine Schulpflicht) oder, wie bereits beim Jugendschutzgesetz angemerkt, vom Rechtssystem (z.B. Strafmündigkeit). Kohli (1985, 22) beschreibt für die letzten Jahre eine Häufung der empirischen Anzeichen dafür, „dass der Prozess der Chronologisierung zu einem Stillstand gekommen ist oder sich sogar umgekehrt hat“. In der heutigen Zeit ist dies zu bestätigen, da z.B. im familiären Bereich das Heiratsalter oder das Alter bei der Geburt des ersten Kindes im Vergleich zu früher stark angestiegen ist (vgl. z.B. Vascovic 1997). Der Familienbildungsprozess wird somit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, gleichzeitig ist ein Trend festzustellen, dass die Familie als dominante Lebensform alternativen Lebensformen immer mehr weicht (vgl. Faltermaier et al. 2002).

Ähnliche Entwicklungen zeigen sich hinsichtlich der Erwerbsarbeit: Die frühere Form des Arbeitnehmers - also nach der Schule eine Lehre, danach eine unbefristete Anstellung - ist in der heutigen Zeit kaum noch aktuell. Eine Vielfalt an Jobmodifikationen, z.B. Zeitarbeitsverträge, Teilzeitarbeit oder freie Mitarbeit

verlangt vom heutigen Arbeitnehmer ein hohes Maß an Flexibilität. Die so genannten Zukunftsaussichten sind für viele junge Leute eher unklar, da sie bereits im Gefühl der Perspektivlosigkeit hinsichtlich einer im Vergleich zu früher hohen Arbeitslosenquote sozialisiert werden und sich auf einen erschwerten Berufseinstieg bzw. längere Ausbildungszeiten von vornherein einstellen müssen (vgl. Gangl 2003).

Die ehemals geltende Berufsphase, in der nach der Ausbildung eine lebenslange Anstellung keine Seltenheit war, findet sich auf dem heutigen Arbeitsmarkt kaum noch. Beck (1986, 116) bezeichnet diesen Wandel, der die sozialen Bezüge der Menschen tief greifend umgestaltet, als Individualisierungsprozess:

Vor dem Hintergrund eines vergleichsweise hohen materiellen Lebensstandards und weit vorangetriebenen sozialen Sicherheiten wurden die Menschen in einem historischen Kontinuitätsbruch aus traditionellen Klassenbindungen und Versorgungsbezügen der Familie herausgelöst und verstärkt auf sich selbst und ihr individuelles Arbeitsmarktschicksal mit allen Risiken, Chancen und Widersprüchen verwiesen.

Faltermaier et al. (2002) haben in einer Analyse dieses Individualisierungsprozesses drei Dimensionen herausgearbeitet, die die Herauslösung aus traditionellen Sozial- und Lebenszusammenhängen, den Verlust von traditionellen Sicherheiten und eine neue Art sozialer Einbindung umfassen.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass der ehemals relativ vorhersehbare Lebenslauf eines Erwachsenen an vielen Stellen erschüttert wurde und inzwischen die Bewältigung einer Fülle verschiedener Anforderung sowie viele Veränderungen bedeutet. Faltermaier et al. (2002, 18) fassen dies folgendermaßen zusammen:

Das Bild des Erwachsenen als ‚fertige Person‘ gehört der Vergangenheit an, wenn es überhaupt jemals gestimmt hat. Die Gesellschaft erwartet heute von ihren mündigen Bürgerinnen und Bürgern ‚lebenslanges Lernen‘, ‚Flexibilität‘, ‚Mobilität‘, ‚ständige Weiterbildung‘, ‚Innovation‘ und einen offenen Umgang mit

‚neuen Technologien‘ und den Herausforderungen der ‚Globalisierung‘ – um nur einige Schlagwörter zu nennen.

Sennett (1998) bezeichnet diesen notwendigen neuen Persönlichkeitstypen, der sich ständig wechselnden beruflichen Anforderungen sowie sich rasch verändernden Familien- und Beziehungsstrukturen stellen muss, als den „flexiblen Menschen“. Nach Meulemann (1992, 122) hat das Erwachsenwerden seine biografischen Konturen verloren: „[...] es ist mit dem Älterwerden deckungsgleich geworden“.

Der beschriebene Wandel der heutigen Gesellschaft hinterfragt die Entwicklungsprozesse von Erwachsenen auf aktuelle Weise und lässt eine Notwendigkeit in der Erwachsenenbildung deutlich werden: Die Entbindung von traditionellen Zwängen und die soziale Freisetzung bedeuten für den Erwachsenen neue Handlungsräume und kreative Gestaltungsmöglichkeit des eigenen Lebensentwurfs mit neuen Entwicklungsmöglichkeiten. Andererseits werden ehemals stabile Lebensorientierungen im Lebenslauf demontiert und der Einzelne ist Unsicherheiten und auch Widersprüchen ausgeliefert, die jeweils neuartige Reaktionen und Verhaltensweisen verlangen. Dies kann bei Individuen zu Überforderungen und Krisen sowie gar zur *Gefährdung personaler Identität* führen (vgl. Keupp et al. 1999). Hinzuzufügen bleiben schließlich die säkulare Beschleunigung der körperlichen Entwicklung in der Pubertät und die damit einhergehenden psychosozialen Entwicklungsprozesse: Der frühere Beginn intimer Beziehungen und die biologisch erklärbare kürzere Kindheitsphase nähern die Heranwachsenden schneller an das Erwachsenenalter, als das früher der Fall war (vgl. Krampen & Reichle 2002). Dagegen reicht die säkulare Retardation der finanziellen Eigenständigkeit bis teilweise weit ins frühe Erwachsenenalter hinein. Viele Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von einer Verlängerung des Jugendalters, was zu Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Transition zum Erwachsenenalter führt (vgl. z.B. Meulemann 1995, Krampen & Reichle 2002, Pauly 2003).

Vor dem bisher geschilderten theoretischen Hintergrund soll nun im Folgenden die Phase des frühen Erwachsenenalters genauer beleuchtet werden, vor allem der *Übergang* vom Jugendlichen zum jungen Erwachsenen, der sich bei dem Großteil der Studierenden mindestens in der Anfangsphase des Studiums finden lässt.

In der Lebensphase des frühen Erwachsenenalters stehen die Übergangsprozesse im Mittelpunkt, die den Jugendlichen zum Erwachsenen werden lassen. „Der Übergang zum Erwachsenenalter ist eine der bedeutendsten sozialen Transitionen, die das Individuum im Laufe seiner Ontogenese durchläuft“ (Reis 1997, 176). Die Ablösung vom Elternhaus, die Manifestation sozialer Beziehungen sowie berufliche Etablierung sind hier generell übliche Entwicklungsschritte, die durchlaufen werden.

In der Literatur zum frühen Erwachsenenalter finden sich vor allem die Modelle zu altersabhängigen *Entwicklungskrisen*, die auf Erikson basieren (1959, 1966), sowie das Modell der *Entwicklungsaufgaben* nach Havighurst (1982), dessen Modell hier zunächst dargestellt werden soll. Der junge Erwachsene sieht sich mit einer Reihe von Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die Havighurst zum Beispiel mit Partnerwahl, sozialer Integration oder der Lebensstilfindung bezeichnet. Diese Entwicklungsaufgaben sind zum Teil Fortsetzungen bzw. Abschluss der Aufgaben in Jugend und Adoleszenz, wobei das Problemspektrum für den jungen Erwachsenen wesentlich durch die hinzukommende Übernahme von Eigenverantwortung für langfristig wirkende, vergleichsweise irreversible Entscheidungen erweitert wird (vgl. Havighurst 1982, Reis 1997). Die Transition vom Jugendlichen zum Erwachsenen vollzieht sich in Form zahlreicher Rollenveränderungen, die zwar mit dem Lebensalter assoziiert sind, sich aber individuell in hohem Maße unterschiedlich gestalten (vgl. Papastefanou 1997). Dazu gehören beispielsweise Rollenübernahmen wie die des Studierenden, des Partners, des Elternteils, des Arbeitnehmers und viele mehr.

Das frühe Erwachsenenalter wird bei vielen Autoren als Phase der Beziehungsentwicklung und Verantwortungsübernahme geschildert (vgl. z.B. Bohleber 1987, Schuch 1998, Krampen & Reichle 2002). Die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung, welche vorwiegend Entwicklungsaufgaben der Jugend und Adoleszenz sind, setzt sich im frühen Erwachsenenalter fort, und zeigt sich an einer weiteren Ausdifferenzierung und Intensivierung der sozialen Beziehungen. Neu hinzu kommen die sukzessive Ablösung vom Elternhaus und die berufliche Orientierung (vgl. Papastefanou 1997, Krampen & Reichle 2002). Kann der junge Erwachsene die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen, so birgt dies nicht nur Risiken für die Entwicklung des

Selbstwertgefühls und des Sozialverhaltens junger Erwachsener, sondern es können sich im Extremfall auch psychische Störungen manifestieren (vgl. (Taylor & Oskay 1995, Fullinwider-Bush & Jacobvitz 1993, Brandl 1991, Kohlendorfer 1996). In Abbildung 1 ist das frühe Erwachsenenalter mit seinen Lebensbereichen bzw. Bezugsgrößen zusammen mit den spezifischen Entwicklungsrisiken und -problembereichen sowie mit den Übergängen vom Jugendalter und zum mittleren Erwachsenenalter schematisch dargestellt.

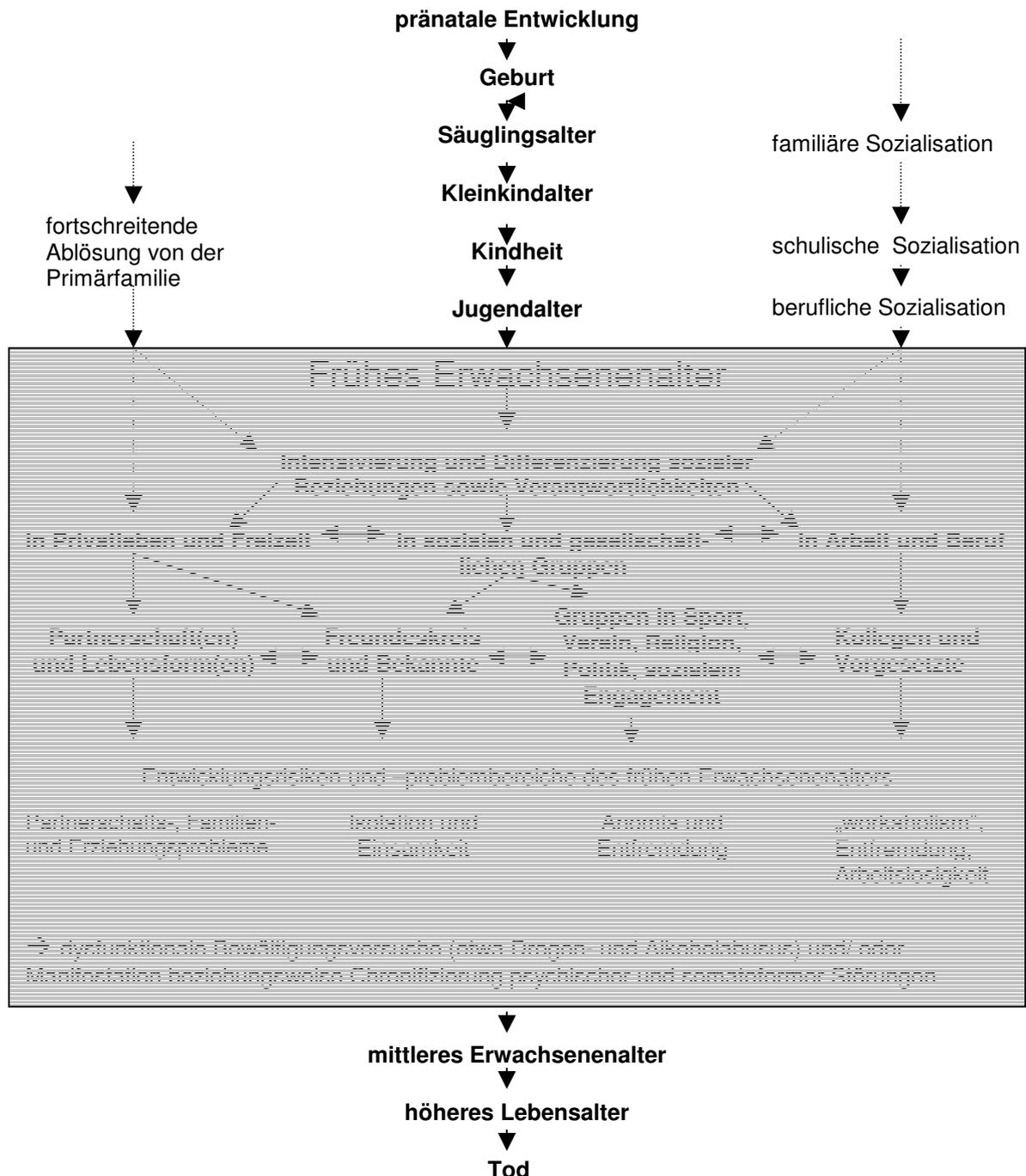


Abbildung 1. Entwicklungsaufgaben, -risiken und Problembereiche des frühen Erwachsenenalters im Verlaufskontext (Krampen & Reichle 2002, 325)

Abbildung 1 verdeutlicht, wie umfassend und komplex die Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase des frühen Erwachsenenalters miteinander verbunden sind. Aufgaben wie Ablösung von der Primärfamilie oder die verschiedenen Sozialisationsarten werden aus den vorhergehenden Entwicklungsphasen „mitgebracht“ und erfordern weiterhin eine adäquate Bewältigung. Allerdings stehen im Fokus des frühen Erwachsenenalters die Intensivierung und Differenzierung sozialer Beziehungen in den drei unterschiedlichen Lebensbereichen Privatleben, Gesellschaft und Beruf. Jede dieser Bezugsgrößen hat eigene Ausprägungen, wie z.B. Phasen der Beziehungsaufnahme oder Phasen der Trennung, in denen sich der junge Erwachsene übt und weiterentwickelt, bis er ins mittlere Erwachsenenalter eintritt, wo er weiterhin ungelöste Entwicklungsaufgaben aus der Zeit des frühen Erwachsenenalters bewältigen muss. Die fett markierten Bereiche bzw. Aufgaben innerhalb des schraffierten Kästchens lassen sich weitgehend für alle jungen Erwachsenen generalisieren. Die normal gedruckten Entwicklungsrisiken und Entwicklungsproblembereiche stellen dar, was in der Phase des frühen Erwachsenenalters alles *nicht* gelingen kann. Ein bei allen Individuen mögliches Scheitern bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben kann zu einer Vielzahl an negativen Folgen führen (vgl. z.B. Erikson 1959, 1966). Dabei kann davon ausgegangen werden, dass mit zunehmendem Misslingen der Aufgaben die Wahrscheinlichkeit für dysfunktionale Bewältigungsversuche ebenfalls steigt (vgl. Felitti et al. 1998).

Nicht berücksichtigt wurde in der bisherigen theoretischen Darstellung das Konzept der kritischen Lebensereignisse und ihrer Bedeutung für die Entwicklung (vgl. Filipp 1990). Viele der erwähnten Lebensphasenmodelle sind durch die Annahme bestimmt, bestimmte kritische Ereignisse oder Wendepunkte seien biologisch oder sozial in die Biografie des Menschen integriert. Erikson (1950) geht davon aus, dass dabei jede neue typische Begegnung mit der Umwelt in einem Konflikt zwischen den bisher eingeübten Formen der Auseinandersetzung und einer den neuen Anforderungen entsprechenden Bewältigungsart resultiert. Insofern stellt jede neue Phase eine Krise dar, „da beginnendes Wachstum in einem spezifischen Teil das Individuum verwundbar macht“ (ebd., 100).

Vaillant (1977) vergleicht den Übergang ins frühe Erwachsenenalter mit der Situation eines eben geschlüpften Schmetterlings, der lebensfähige Verbindungen zwischen sich und der Umwelt herstellen muss. Levinson (1978) bezeichnet die Übergangsphasen in eine neue Lebensphase als Krisenzeit, die von „tiefen inneren Konflikten“ begleitet ist (ebd., 51). Auch Riegel (1981) schließt sich den krisenorientierten Lebenslaufkonzepten an und bezeichnet die Krisen als die Knotenpunkte, die strukturelle Veränderungen der biologischen, psychologischen und kulturellen Ebene miteinander verknüpfen.

Lehr hält dagegen, dass „Belastungssituationen, Konflikte und ‚Krisen‘ nicht durch eine organismische Kraft in das menschliche Leben hineinprogrammiert werden und daß nicht bestimmten biologischen – und damit stärker lebensalterabhängigen – Entwicklungen eine krisenauslösende Funktion zugesprochen werden darf“ (1987, 222). Die Autorin konstatiert weiter, dass weniger spezifische Lebensereignisse selbst für die weitere Entwicklung bedeutend sind als vielmehr die Formen der Auseinandersetzung mit ihnen. Diese Bewältigungsformen werden wiederum durch die Einbettung der entsprechenden Ereignisse in die biografische Gesamtsituation und die dadurch gegebene kognitive Repräsentanz bestimmt. „Bewältigte Ereignisse, gemeisterte kritische Lebenssituationen tragen zur Persönlichkeitsentwicklung bei“ (Lehr 1987, 223). Eine ausschließlich konflikt- und krisenorientierte Sicht kann die menschliche Entwicklung jedoch nur zum Teil erfassen, zumal auch positiv erlebte Ereignisse einen erheblichen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung haben können. Aus diesem Grund schlägt Lehr vor, den Begriff „kritisches Lebensereignis“ durch den des „bedeutsamen Lebensereignisses“ zu ersetzen, um damit der Breite des menschlichen Erlebens gerecht zu werden.

Insgesamt sollte festgehalten werden, dass man bei der Erforschung von Entwicklungsaspekten des frühen Erwachsenenalters kritisch gegenüber vorprogrammierten Krisenzeiten im Lebenslauf sein kann, da alle Krisenzeiten und ihre Bewältigung in hohem Maße persönlichkeits- und umfeldabhängig sind.

Die altersadäquate Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bzw. bedeutsamen Lebensereignissen wird auch durch die kognitive Repräsentation beeinflusst: Entwicklungsaufgaben sind dabei individuell unterschiedlich kognitiv

repräsentiert. Die Wahrnehmung der Aufgaben bzw. Ereignisse werden durch eine Vielzahl persönlicher Erfahrungen, von spezifischen Sozialisationserfahrungen, aber auch durch vielfältige Einflussfaktoren der gegenwärtigen Lebenssituation und antizipierte Zukunftsaussichten beeinflusst. Das Erleben der spezifischen Situation wiederum beeinflusst die Auseinandersetzung mit diesen Entwicklungsaufgaben bzw. Lebensereignissen und trägt dadurch zur Persönlichkeitsentwicklung bei (vgl. Lehr 1987).

Man kann also zu dem Schluss kommen, dass es weder generelle, das heißt auf alle Persönlichkeitsbereiche ausgedehnte, noch universelle, das heißt alle Individuen in gleicher Weise betreffende Entwicklungsaufgaben geben kann. Dennoch gibt es Gemeinsamkeiten und je nach Lebensbereich gleiche Unterkategorien, die im Folgenden am Beispiel der Studierenden näher erläutert werden.

3.1.1 Ablösung vom Elternhaus

Zunächst sollen zur besseren Verständlichkeit begriffliche Vorüberlegungen zur „Ablösung“ angestellt werden, über die in der wissenschaftlichen Literatur zwei Konzeptansätze zu finden sind:

Zum einen sind dies die auf die Person konzentrierten Ansätze, die sich aus der psychoanalytischen Tradition ergeben. Hier wird der Ablösungsbegriff oder auch Individuation vor allem im Sinne des Erreichens eines Zustands der *emotionalen Unabhängigkeit* und *Autonomie* verwandt (z.B. Papastefanou 1997). Die Aufgaben des Lösens aus dem Familienverband und der emotionalen Distanzierung haben den „Status einer sozialen Norm und wurden zu einer Art kulturellem Zwang, der bis heute anhält“ (ebd., 29).

Zum anderen finden sich interpersonale Ansätze, die Individuation im Sinne eines sozial eingebetteten Prozesses sehen: Die Aufgabe des Jugendlichen besteht darin, seine Unabhängigkeit zu vergrößern und gleichzeitig die Bindung und Kommunikation mit seinen Eltern aufrecht zu erhalten (vgl. Sullivan & Sullivan 1980). Ablösung ist eingebunden in einen Prozess der Beziehungsgestaltung. Sie führt nicht zur Auflösung einer Beziehung, sondern zur Abgrenzung innerhalb der Beziehung (vgl. Papastefanou 1997).

Der Begriff der Ablösung bildet den Prozess der *Transformation* und *Neudefinition* ab. Die Eltern-Kind-Beziehung wird neu gestaltet, Eltern und

Heranwachsender begegnen sich auf der Ebene der Gleichberechtigung. Das bisherige Abhängigkeitsverhältnis wird aufgelöst und reift zu einem freiwilligen gleichberechtigten Miteinander (vgl. White et al. 1983). Die Eltern-Kind-Beziehung lässt sich als lebenslanger Umgestaltungsprozess zwischen den beiden Polen Bindung und Autonomie verstehen.

Ablösung wird daher für den zu behandelnden Themenkomplex der Situation von Studierenden im Folgenden als Prozess der Beziehungsumgestaltung verstanden. Unter anderem eine stabile Elternbindung ermöglicht es dem Jugendlichen, selbstständig zu werden und für sich Verantwortung zu übernehmen (vgl. White et al. 1983, Papastefanou 1997).

Die Ablösung vom Elternhaus ist ein Entwicklungsprozess, der demnach nicht erst im frühen Erwachsenenalter beginnt und im Akt des Auszugs aus der elterlichen Wohnung gipfelt. Dieser Prozess beginnt schon in der Kindheit, erfährt in der Jugend („Sturm- und Drang“-Zeit) eine besondere Beschleunigung und bleibt bis ins Erwachsenenalter bedeutsam (vgl. u. a. Seiffge-Krenke 1984, Papastefanou 1997).

Schuch (1998, 90) spricht in diesem Zusammenhang von „innerem und äußeren Ablösungsprozess“. Innere Ablösung bedeutet die psychische Unabhängigkeit von den Eltern und die Aufgabe des emotionalen Schutzes durch die Eltern, äußere Ablösung meint die räumliche Trennung und die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen.

In der modernen Zeit der letzten 20 Jahre scheint die Ablösung vom Elternhaus ein besonders schwieriger Prozess zu sein, Hartup (1989) postuliert, dass heute ungleich mehr Zeit als früher für den familiären Ablösungsprozess bestehe. Kapfhammer (1993) bezeichnet den Beginn des frühen Erwachsenenalters gar als verlängerte Adoleszenz, was er mit verlängerten Ausbildungszeiten und der damit einhergehenden längeren ökonomischen Abhängigkeit von den Eltern bei gleichzeitig hoher Autonomie bezüglich verschiedener Teilbereiche der Lebensgestaltung begründet. Keniston führte den Begriff der „Postadoleszenz“ bereits 1968 ein, Buchmann (1989) bezeichnet Postadoleszente als erwachsen ohne ökonomische Selbstständigkeit, da sie ökonomisch von ihren Eltern abhängig sind.

An dieser Stelle unterscheidet Vasovic (1997, 144) zwischen fünf unterschiedlichen Ablösungsdimensionen, die im Folgenden dargestellt sind.

Seine Differenzierung der verschiedenen Ebenen verdeutlicht die Vielzahl der notwendigen Ablösungsaktivitäten.

1. Rechtliche Ablösung

Der Heranwachsende erreicht mit dem 18. Lebensjahr die Volljährigkeit und damit die unbeschränkte Geschäftsfähigkeit und Mündigkeit (vgl. Vascovics 1997).

Während die rechtliche Ablösung mit dem 18. Geburtstag automatisch eintritt, müssen die vier restlichen Dimensionen zum Teil mühsam von jungen Erwachsenen erarbeitet werden. Im Folgenden sollen jeweils kurze Abrisse zeigen, was die aktuelle Forschungsliteratur zu den einzelnen Ablösungsdimensionen Vascovics' aufweist.

2. Haushalts-/ wohnungsmäßige Ablösung

Der Adoleszente verlässt den elterlichen Haushalt, in einer eigenen Wohnung wird der Haushalt selbstständig geführt (vgl. ebd.).

Buba (1997) sieht die Wohnform als Gestaltungsspielraum für die Ausführung von Alltagsfunktionen oder Kontakten, als Bestimmungsparameter für die direkte soziale Kontrolle, der man unterliegt. Deshalb betrachtet er den Auszug aus dem Elternhaus als einen oft bedeutsameren Einschnitt als die finanzielle Unabhängigkeit. Der Autor meint außerdem, dass zur erfolgreichen Ablösung auch die räumliche Trennung von den Eltern gehöre. Papastefanou (1997) konstatiert, dass der Auszug nicht mit der Übernahme erwachsener Rollen gleichzusetzen sei. Auch Goldscheider & LeBourdais (1986) beobachten, dass viele junge Erwachsene nicht ausziehen, obwohl sie erwachsene Rollen übernommen haben, und es umgekehrt allein Lebende gibt, die keinen der Rollenwechsel vollzogen haben. Papastefanou (2000) bewertet den Auszug für Eltern und für Kinder als einen wichtigen Lebensabschnitt, der ihnen einen Zuwachs an Freiheit und Selbstständigkeit einbringt. Die räumliche Trennung hilft beiden Seiten, sich aus der Eltern-Kind-Struktur zu lösen und ermöglicht eine Beziehung auf einer gleichberechtigten Ebene. Stierlin (1981) unterscheidet zwischen ablösungsfördernden und –hemmenden elterlichen Einstellungen zum Auszug ihrer Kinder.

3. Ökonomisch-finanzielle Ablösung

Finanzielle Selbstständigkeit wird in der Regel durch eigene Berufs- und Erwerbstätigkeit erlangt. Dies ist der Fall, wenn eine Person über mehr finanzielle Mittel als das gesetzliche Existenzminimum verfügt (vgl. Vascovic 1997).

Die ökonomische Abhängigkeit von den Eltern ist der wichtigste Aspekt, der im Zusammenhang mit Studierenden und Problemen eines fehlenden Erwachsenenstatus genannt wird (vgl. Pauly 2003). Die finanzielle Unabhängigkeit war in den fünfziger und sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts, der heutigen Elterngeneration, meist der erste Schritt, bevor man andere Aspekte des Erwachsenenlebens erreichen konnte (vgl. Reitzle & Silbereisen 1999). Die Integration junger Erwachsener in das Erwerbsleben geschieht heute hingegen in den meisten Fällen sukzessive.

Besonders Studierende befinden sich demnach eine längere Zeit zwischen zwei gesellschaftlichen Bereichen, dem der Erwerbsarbeit und dem des Studiums. Erwerbstätigkeit beginnt bei dieser Gruppe in der Mehrzahl mit Ferienjobs oder Aushilfstätigkeiten. Junge Erwachsene streben zudem zunehmend höher qualifizierte, damit länger andauernde Ausbildungsgänge an und verbleiben somit relativ lange im Bildungssystem. Es ist eine Vorverlagerung von Berufsphasen in die Studienzeit zu beobachten, bei der die Parallelität von Ausbildung und Beruf nicht ein institutionalisiertes Ausbildungsprogramm ist, sondern auf eigener Initiative beruht und sowohl der ausbildungsbegleitenden Qualifizierung (z.B. Praktika) als auch der Einkommensabsicherung dienen kann (vgl. Buba 1997).

Das lange Ausbildungssystem, der Abbau staatlicher Unterstützungssysteme, Schwierigkeiten beim Übergang ins Berufsleben und der relativ späte Beginn einer dauerhaften Berufstätigkeit wirken sich verlängernd auf die Phase der finanziellen Abhängigkeit aus. „Dies erhöht und verlängert [...] die Belastung der Eltern, die in der Regel den Großteil des Lebensunterhalts dieser jungen Erwachsenen bestreiten und der finanzielle Rückhalt ihrer erwachsenen Kinder sind“ (Buba 1997, 355). Buba spricht hier von einem „Einkommenspatchwork“, bei dem die Studierenden arbeiten gehen und verschiedene Einkommensquellen verknüpfen und kombinieren, um sowohl die elterliche Belastung als auch die damit verbundene Abhängigkeit und Kontrolle zu

minimieren. Folglich begegnen die jungen Erwachsenen der ökonomischen Abhängigkeit von ihren Eltern zumindest teilweise mit Bemühungen zur Verselbstständigung und Ablösung.

4. Soziale Ablösung

Selbstbestimmung und Selbstkontrolle der eigenen Handlungen, insbesondere in Partnerschaftsbeziehungen lösen die elterliche Gewalt ab (vgl. Vascovic 1997).

Die elterliche Kontrolle der sozialen Beziehungen nimmt naturgemäß ab, da Treffpunkte der jungen Erwachsenen z.B. nicht mehr die elterlichen Wohnungen sind, sondern eigene Wohnungen oder öffentliche Plätze wie Universität oder „Studentenkneipen“.

Schuch (1998) verweist daran anknüpfend auf spezifische Konflikte, die einer solchen Ablösung im Wege stehen können. Dazu gehören bestimmte familiäre Konstellationen, die unter anderem massive Schuldgefühle und Ängste bei Ablösungsversuchen auslösen: Der Jugendliche ist so eng an ein Familienmitglied oder die ganze Familie gebunden, dass die Befürchtung entstehen kann, z.B. durch den eigenen Auszug die geliebten Menschen zu verletzen oder aus der Familie ganz ausgestoßen zu werden (ebd.).

Die daraus entstehenden innerpsychischen Konflikte können Ausdruck missglückter Bewältigungsstrategien sein, die eine Ablösung vom Elternhaus erschweren können. Buba (1997) sieht in der Bindung an einen Partner einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung sozialer Selbstständigkeit und Ablösung von den Eltern. Neue Lebens- und Beziehungsformen wie z.B. nichteheliche Lebensgemeinschaften haben erheblich an Bedeutung gewonnen und traditionelle Lebensarten werden weiter hinausgeschoben oder gar abgelehnt. Späterer Ausbildungsabschluss und auch die verzögerte ökonomische Selbstständigkeit führen dazu, dass auch die Form der sozialen Bindung an einen Partner zunehmend später realisiert wird.

5. Affektive Ablösung

Unabhängig vom Grad der objektiven Ablösung bei den beschriebenen Dimensionen können sich Adoleszente von den Eltern subjektiv noch nicht oder bereits abgelöst fühlen. Die affektive Ablösung korrespondiert mit der

Selbsteinschätzung, „erwachsen“ zu sein. Vascovics verdeutlicht mit dieser Ebene die emotionale Dimension. Es geht um die innere Loslösung von den Eltern, um eine psychische Distanzierung von der Herkunftsfamilie sowie darum, dass sich der Studierende allmählich eine Erwachsenenidentität aufbaut (vgl. Faltermaier et al. 2002). Durch neue soziale Rollen kann der junge Erwachsene autonomer werden. Der Studierende als Zugehöriger zu dieser Altersklasse, der die affektive Ablösung bewältigt, fühlt sich selbstständig und von seinen Eltern unabhängig. Er besitzt ein Selbstbewusstsein des Erwachsenseins, was eine wichtige Voraussetzung dafür ist, es tatsächlich zu sein (vgl. ebd.).

Bei den fünf dargestellten Dimensionen muss hinsichtlich der Betrachtung von Studierenden stets daran gedacht werden, dass sich die betreffenden jungen Erwachsenen eine längere Zeit im Studium befinden. Im Verlauf eines Studiums kann ein Studierender demnach von der Frühphase über eine späte Phase bis zur vollständigen Ablösung vom Elternhaus alle Entwicklungen durchlaufen. Aus diesem Grund lassen sich Studierende nicht als eine homogene Gruppe von jungen Erwachsenen fassen, sondern sie sind ebenso in verschiedenen Entwicklungsprozessen oder –stufen zu sehen wie alle anderen jungen Erwachsenen. Zwar haben Spätadoleszente ähnliche Lebenskontexte, doch sollte nicht vergessen werden, auch die Einzelnen mit ihren individuellen Erfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten bzw. Entwicklungsschwierigkeiten zu betrachten.

Die Ablösung vom Elternhaus sollte nicht auf eindimensionale Faktoren beschränkt werden, die nicht miteinander korrespondieren, sondern sie muss als grundsätzliche Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt verstanden werden.

3.1.2 Manifestation sozialer Beziehungen

Ein weiteres Entwicklungsthema im frühen Erwachsenenalter sind die sozialen Beziehungen, die im Folgenden eingehender betrachtet werden. Auch die Entwicklung der weiteren sozialen Beziehungen darf nicht als unabhängig von der Ablösung vom Elternhaus, sondern muss in Wechselwirkung zueinander verstanden werden.

Soziale Entwicklung im Erwachsenenalter wird in der Soziologie unter anderem als Rollenlernen dargestellt (Schmidt-Denter 1994). Eine Rolle bezeichnet die zusammengefassten Verhaltenserwartungen, die mit verpflichtendem Charakter an eine bestimmte soziale Funktion geknüpft sind, sowie umgekehrt die Verhaltenserwartungen, die der Träger der Rolle an seine soziale Umgebung stellen kann. Jede Rolle ist mit bestimmten Rechten und Pflichten verbunden (vgl. u. a. Schmidt-Denter 1994). Brim hat das Konzept der Rollen-Sozialisation im Erwachsenenalter bereits 1966 entwickelt und geht davon aus, dass das Verhalten im Verlauf der menschlichen Lebensspanne nicht ausschließlich als Effekt der Sozialisation in Kindheit und Jugend erklärt werden kann. Er sieht im Erwachsenenalter soziale Rollenerwartungen, die z.B. für den Jugendlichen noch nicht wichtig waren und er sich deshalb auch nicht darauf einstellen musste. Als Beispiel nennt er die familiäre Rolle, die sich im Erwachsenenalter stark verändert. Die Rolle eines Elternteils statt eines Kindes, eines Lebenspartners statt eines Geschwisters auszufüllen, erfordert andere Verhaltensweisen als früher. Hinzu kommen die in der modernen Gesellschaft verstärkt notwendigen Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen, die neue Anforderungen an den Menschen stellen. Die Konfrontation mit den Erwachsenenrollen erfordert demnach neues Lernen und Veränderungspotenziale.

Rollenlernen und Beziehungssysteme stehen nach Brim in einem engen Zusammenhang, denn „das meiste, was der Mensch während des Sozialisationsprozesses in der Kindheit und im späteren Leben lernt, stellt eine Reihe komplexer interpersonaler Beziehungen dar“ (1966, 8).

Schmidt-Denter führt diesen Gedanken weiter aus und bezeichnet die Gesellschaft als „Reihe von Zweierbeziehungen, in denen Rollensozialisation durch soziale Interaktion stattfindet“ (1994, 164). Weiterhin postuliert er, dass

bei steigender Komplexität der Gesellschaft auch die gegensätzlichen Rollenerfüllungen der jeweiligen Individuen schwieriger werden. Komplexität der Gesellschaft entsteht für den Einzelnen dadurch, dass der Erwachsene mehr Rollen auszufüllen hat und somit schneller Rollenkonflikte ausgelöst werden können. Darüber hinaus ist sein sozialer Bezugsrahmen größer als in der Kindheit, was zu mehr gegensätzlichen Rollenanforderungen durch verschiedene Personen führen kann. Coser (1975) betrachtet diese Rollenkomplexität als Beitrag zur Entwicklung der Komplexität der Persönlichkeit und sieht sie als Grundlage eines erfüllten Lebens.

Im Folgenden soll die Rolle des jungen Erwachsenen als Beziehungspartner fokussiert werden. Nach Krampen & Reichle (2002) ist das frühe Erwachsenenalter heutzutage primär durch die Intensivierung und die Differenzierung sozialer Beziehungen und Verantwortlichkeiten in den unterschiedlichen Lebensbereichen charakterisiert. Junge Erwachsene stellen Freundschaften, und zwar deren Neugründung wie auch deren Erhalt, in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit (vgl. Nurmi 1992). Auch Faltermaier et al. (2002) sehen die Intimität sozialer Beziehungen als dominierende Thematik des frühen Erwachsenenalters. Junge Erwachsene probieren sich in der Entfaltung ihrer Beziehungsfähigkeit in emotionaler, persönlicher und sexueller Hinsicht. In dieser Zeit werden beispielsweise Partnerbeziehungen erstmals stabiler und dauerhafter und sind nun von einer starken emotionalen Intensität und Verbindlichkeit geprägt. In der heutigen Zeit erleichtert der Abbau sozialer Normen die Beendigung unbefriedigender oder konfliktreicher Beziehungen und den Aufbau von neuen, zufrieden stellenden Beziehungen (vgl. ebd.). Wie Faltermaier et al. (2002) jedoch korrigierend postulieren, kann dieser Abbau der Normen dazu führen, dass intime Beziehungen unverbindlicher sind und ihr Charakter beliebiger ist. Auf der anderen Seite sehen sie den Wunsch nach „großer romantischer Liebe“ und nach Stabilität von Beziehungen besonders im frühen Erwachsenenalter (96).

Partnerbeziehungen und auch das Erleben von intimen Beziehungen ohne partnerschaftliche Bindung sind wesentlich für die psychische Entwicklung im frühen Erwachsenenalter (vgl. ebd.). Die Autoren sehen in keiner anderen Lebensphase so viele neu geknüpfte Beziehungen: Freunde, Kommilitonen, Arbeitskollegen oder Nachbarn spielen im Leben der jungen Erwachsenen eine

wichtige Rolle, zumal die Beziehung zu den Eltern sich sukzessive verändert. Durch die räumliche oder auch emotionale Distanzierung werden die Eltern immer seltener um psychosoziale Unterstützung gebeten, der Rat der Eltern beschränkt sich häufig nur auf ökonomisch-praktische Fragen (vgl. Papastefanou 1997). Bei persönlichen Fragen wie etwa in Bezug auf Beziehungsaspekte werden zunehmend Freunde und Gleichaltrige um Rat gefragt, womit sich die Vertiefung außerfamiliärer sozialer Beziehungen wiederum auf die Ablösung von der Herkunftsfamilie auswirkt. Die Beziehungen zu Freunden aus der Schulzeit oder zu Geschwistern kühlen in der Phase des frühen Erwachsenenalters häufig ab oder laufen vollends aus (vgl. Faltermaier et al. 2002). Der junge Erwachsene muss das Netzwerk seiner aktiven sozialen Beziehungen also aktiv neu gestalten, was sich als zusätzliche Besonderheit des von Beck (1986) angesprochenen Individualisierungsprozesses in dieser Altersstufe darstellt. In der heutigen Zeit spielen die Familie und der damit verbundene soziale Rückhalt eine zunehmend geringere Rolle (vgl. Faltermaier et al. 2002). Die Person hat demnach die Chance, ihre (selbst gewählten) sozialen Beziehungen in hohem Maße nach den eigenen Interessen und Bedürfnissen zu gestalten, was ihn andererseits jedoch in einen Handlungszwang bringt: Er muss das soziale Netzwerk pflegen, da ihm sonst Isolation droht: „Viele Individuen müssen heute Belastungs- und Krisensituationen in ihrem Leben ohne soziale Unterstützung bewältigen; das gefährdet sowohl ihre psychische als auch ihre körperliche Gesundheit. (Faltermaier et al. 2002, 98). Auch Hurrelmann (1991) bewertet die soziale Bindung als *die* Schutzfunktion gegenüber Lebensbelastungen. Ob es zu einer Überforderung der Anpassungsfähigkeiten eines Menschen kommt und wie sich diese Überforderung auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung auswirkt, entscheidet sich nach Hurrelmann (1991, 112) maßgeblich durch die Beschaffenheit des sozialen Netzwerkes, in das eine Person einbezogen ist:

Je stärker eine Person in ein soziales Beziehungsgefüge mit wichtigen Bezugspersonen eingebunden ist, desto besser kann diese Person mit ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und andauernden Lebensbelastungen umgehen und desto weniger treten Symptome der Belastung wie soziale, psychische und somatische Auffälligkeiten auf.

Dem sozialen Beziehungsnetzwerk einer Person werden also hilfreiche Funktionen im Blick auf Problembelastungen zugesprochen, Hurrelmann nennt in diesem Zusammenhang den Begriff des „sozialen Immunsystems“ (ebd.).

Der junge Erwachsene muss sich demnach in gleichem Maße, wie er sich emotional oder auch räumlich von seinen Eltern entfernt, anderen Bezugspersonen nähern und mit ihnen stabile und befriedigende Beziehungen aufbauen und aufrecht erhalten können.

3.1.3 Berufliche Etablierung

Der Beginn von Berufstätigkeit, die Karriereplanung, die Hierarchisierung von familiären Beziehungen, die Erwerbsarbeit und die Freizeitgestaltung sind Aspekte des Themas Beruf (vgl. Schuch 1998). Die Persönlichkeitsentwicklung des jungen Erwachsenen vollzieht sich zu einem bedeutsamen Teil in der Auseinandersetzung mit seiner Arbeit (vgl. Faltermaier et al. 2002). Dabei bieten alle Formen der Arbeit Gelegenheiten zum Lernen, da sowohl bei der betreffenden Tätigkeit selbst als auch im sozialen Kontext der Arbeit neue Kompetenzen erworben werden.

Die Qualitätsmerkmale der Schulverläufe und der Bildungsabschlüsse stellen die Schlüssel für unterschiedliche Zugänge in das Beschäftigungssystem und somit auch für unterschiedliche Berufskarrieren dar (vgl. Hoff 1995). Der Erwerb von Bildungsabschlüssen ist demnach die wichtigste Möglichkeit, individuelle Lebenschancen positiv zu beeinflussen. Der Übergang zur Berufstätigkeit bedeutet für das Individuum auch oder gerade heute die Platzierung in die Gesellschaft (vgl. Gangl 2003, Krampen & Reichle 2002).

Schuch (1998) postuliert, dass der Beruf über den Aspekt der gesellschaftlichen Position hinaus eng in Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen und dem Selbstkonzept steht. Doch bereits vor der Zeit des Berufseinstiegs entwickelt der junge Erwachsene bereits wesentlich früher eine Berufsidentität: Schon in der Grundschule stellen sich Kinder einen „Traumberuf“ vor, die zunächst breite Konzentration auf bestimmte Tätigkeiten (z.B. Tiere pflegen) oder Vorbilder (z.B. Fußballstars) verengt sich im Laufe der (Schul-) Zeit zu Aspekten der eigenen Vorlieben und Talente, bis eine persönliche Berufsvorstellung bezogen auf das eigene Individuum entsteht (vgl. Faltermaier et al. 2002).

Super (1992) spricht von „Berufsmündigkeit“, die er mit dem Ausmaß der erfolgten Berufsplanung und -erkundung, dem Ausmaß an Wissen über die bevorzugte Berufsgruppe sowie dem Ausmaß an rationalem Entscheidungsverhalten und Realismus bei der Berufsentscheidung definiert. Orientierungsprozesse werden jedoch in heutiger Zeit vor allem dadurch erschwert, dass es immer weniger klare Berufsbilder gibt. Darüber hinaus ist ein Wandel in der Arbeitswelt zu beobachten: Es geht immer weniger darum, den „Beruf fürs Leben“ zu finden, vielmehr richtet sich die Entscheidung für eine berufliche Ausbildung mehr nach den Möglichkeiten, eine Basisqualifikation zu erlangen, die sich als ausbaufähig und wandelbar darstellt und somit eine Chance auf eine Anstellung eröffnet (vgl. Faltermaier et al. 2002, Gangl 2003).

Bei einer empirischen Studie passten sich Schüler, die sich in der Schule noch Berufe gemäß ihren persönlichen Fähigkeiten und Interessen gewünscht haben, im Verlauf der Lehrstellensuchen in ihren Optionen den Anforderungen des Arbeitsmarktes immer stärker an (vgl. Hoff 1995). Die Orientierung am eigenen Interesse wich dem Wunsch, überhaupt eine Ausbildungsstelle zu bekommen. Vor allem für junge Erwachsene mit einer weniger guten schulischen Qualifizierung wird es zunehmend schwieriger, einen Ausbildungsplatz zu finden. Sie durchlaufen häufig Warteschleifen in Qualifizierungsmaßnahmen der Jugendberufshilfe oder sind mit Arbeitslosigkeit konfrontiert, bevor sie eine Berufsausbildung erhalten, die ihnen eine langfristige ökonomische Eigenständigkeit ermöglicht.

Der Abschluss einer Ausbildung ist jedoch Voraussetzung für den Berufseinstieg (vgl. ebd.). Faltermaier et al. (2002) beobachten daran anknüpfend zwei Schwellen, die der junge Erwachsene auf dem Weg in die Berufstätigkeit zu überwinden hat: Die erste Schwelle umfasst die Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu finden, die zweite Schwelle sollte beim Übergang von der Ausbildung zum Beruf bewältigt werden: Junge Erwachsene müssen häufig Phasen in ungesicherten oder kurzfristigen Beschäftigungsverhältnissen in Kauf nehmen, bevor sie eine Festanstellung finden, für die häufig Berufserfahrung vorausgesetzt ist.

Die ungünstige Arbeitsmarktsituation zwingt die jungen Menschen dazu, Kompromisse einzugehen. Heute wird hohe Flexibilität und Mobilität im Beruf erwartet, daher stellen sich berufliche Lebensläufe junger Erwachsener immer

häufiger als von Veränderungen oder Unterbrechungen gekennzeichnet dar. Dieser Wandel der Rahmenbedingungen stellt eine Verunsicherung der persönlichen Zukunft dar (vgl. Buba 1997). Geringe Planbarkeit im beruflichen Bereich wirkt sich auch auf Entscheidungsprozesse in Partnerschaft und Familie aus und tragen somit in komplexer Wechselwirkung zur personalen Entwicklung bei (vgl. Faltermaier et al. 2002). Spätestens beim Berufseinstieg wird das Geschlecht des jungen Erwachsenen bedeutsam, denn mit ihm verbinden sich immer noch unterschiedliche Karriereoptionen. Die persönliche Identität ist vor allem bei Männern stark durch berufliche Tätigkeiten geprägt, während Frauen aufgrund möglicher Mehrfachrollen bzw. Konflikten zwischen Karriere und Mutterschaft länger in einem noch unentschiedenen Identitätsstatus stehen (vgl. Schuch 1998).

Die Entwicklung im beruflichen Bereich sieht Lehr (1987) auf vielfache Weise in den Sozialisationsprozess verwoben. Sie ist ihrer Überzeugung nach sowohl als Sozialisationsprozess als auch als bestimmende Variable im Sozialisationsprozess zu betrachten. Faltermaier et al. (2002) weisen darauf hin, dass junge Erwachsene sich in unterschiedlichen Phasen ihres Berufslebens befinden: Während einige bereits im Jugendalter ihren Beruf gewählt und ihre Ausbildung beendet haben und somit meist mit Mitte zwanzig über einige Jahre Berufserfahrung verfügen, ist bei anderen Angehörigen der selben Altersgruppe, beispielsweise den Studierenden, der Prozess der Berufsfindung noch zu durchlaufen.

So soll im Folgenden nach der bisher eher allgemeinen Darstellung von Berufsaspekten in Bezug auf junge Erwachsene der Fokus speziell auf die Gruppe der Studierenden gerichtet werden.

Zinnecker (1997, 165) bezeichnet Schulen und Hochschulen als „Staubecken für einen überlasteten Arbeitsmarkt“, und skizziert die öffentliche Diskussion, in der nach psychischen und physischen Gesundheitsrisiken verlängerter Schulzeiten gefragt werde. Besonders die Misserfolgfälle in diesen Laufbahnen sieht er im Fokus der öffentlichen Meinung.

Er sieht eine komplette Umwandlung des Lebensabschnittes der Postadoleszenz, bezeichnet sie als „Neubestimmung jugendlicher Identität und Lebensweise als Ganzer, weit über die institutionellen Grenzen von Bildungs- und Ausbildungslaufbahnen hinaus“ (ebd.) und fasst diese Transformation mit

dem Begriff „Bildungsmoratorium“: „Mit der Begriffswahl sollte umschrieben werden, dass die Jugendphase der Moderne sich als ein Moratorium vor der Arbeitsgesellschaft – statt als Einfädelungsphase in Erwerbsarbeit – neu konstituiert. Hauptthema dieses Moratoriums ist der Erwerb von Bildungsabschlüssen“ (Zinnecker 1997, 166).

Der Autor postuliert eine Umwandlung der Bildungseinrichtungen, da bereits ein Drittel aller Jugendlichen die ehemals einer sozialen und intellektuellen Minderheit vorbehaltenen Universitäten durchlaufen und zu der Entstehung einer Massenuniversität beitragen. Hinzu kommt das Problem der sozialen Ungleichheit in Bezug auf die finanziellen und intellektuellen Voraussetzungen für lange Lern- und Studienzeiten: Das einst von allen äußeren Verpflichtungen befreite Studieren wird strukturell aufgelöst, da der Erwerb des Bildungsabschlusses in der Mehrzahl aller Fälle von Nebenerwerbsarbeit begleitet ist. Zinnecker spricht von einer Doppelbelastung der jungen Erwachsenen im „postadoleszenten Bildungsmoratorium durch die Gleichzeitigkeit von Lern- und Erwerbsarbeit“ (ebd., 167). Auf der Grundlage verschiedener Aspekte zur Erwerbstätigkeit wird in der 14. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (BMBF 1995, 303f) folgende Einschätzung vorgenommen:

Wie wenig die Vorstellung vom jugendlichen Moratorium der Studierenden noch stimmt, wird deutlich aus den [...] Abhängigkeiten zwischen Alter und verschiedenen Indikatoren der Erwerbstätigkeit. Schon unter den jüngeren Studenten (bis 21 Jahre) ist fast jeder zweite Studierende erwerbstätig. Soweit ein Studierender hinzuverdient, macht dieser Hinzuverdienst etwa ein Viertel seines Gesamtbudget aus. [...] Jedes weitere Jahr im Studentenleben erhöht allerdings den Grad der Erwerbstätigkeit. Am stärksten nimmt die Gruppe derjenigen Studierenden zu, die sich finanziell auf eigene Beine stellen. [...] Der dominante Einfluß der altersgemäßen Entwicklung – verbunden mit einer dem Erwachsenenstatus angemessenen finanziellen Unabhängigkeit – erweist sich als wichtigste Prägekraft im studentischen Leben. Dieser elementare Einflussfaktor setzt sich über formalrechtliche Rahmenbedingungen (Unterhaltsanspruch, ordnungsgemäßes Studium) hinweg und entwickelt seine eigenen Studienstrategien (Streckung des Lehrpensums, Parallelisierung zweier Lebenswelten: Welt der Studierenden und der Erwerbstätigen).

Letztlich lässt sich der Berufseinstieg der eher jüngeren Erwachsenen auf den Arbeitsmarkt mit dem Studieneinstieg der Studierenden nicht adäquat vergleichen. Bezogen auf die Berufseinstiegsphase haben Clark & Kupka (1994) herausgefunden, dass junge Erwachsene mit höherem Selbstwertgefühl und höheren sozialen Kompetenzen einen eher fließenden und erfolgreichen Übergang in die Berufstätigkeit aufweisen (und umgekehrt). Der Eintritt ins Berufsleben ist für Studierende wichtiger Wendepunkt in der Ausbildungsphase und gleichzeitig in der Regel ihr Ende. Bis etwa Anfang der 1990er Jahre sicherte ein akademisches Studium, zumindest hinsichtlich des Sozialprestiges, eine Stelle an der Spitze der Berufshierarchie (vgl. Vollrath 1988). Heute dagegen bleiben ganze Kohorten von Studienabsolventen arbeitslos (ebd.). Diese Beschäftigungsschwierigkeiten widersprechen nicht nur den gesellschaftlichen Leitbildern vom akademischen Status, sondern auch den individuellen Erwartungen der Studierenden. Eine repräsentative Untersuchung des Hochschul-Information-Systems (HIS) zeigte bereits 1981, dass die beruflichen Erwartungen von Wissen um die zukünftig drohende Arbeitslosigkeit nur wenig beeinflusst werden. Trotz schlechter Arbeitsmarktchancen erwarten Studierende von ihrem Beruf in erster Linie berufliche Handlungs- und Erfahrungsspielräume und arbeitsbezogene Identifikationsmöglichkeiten- erst in zweiter Linie hoffen sie auf berufliche Sicherheit (vgl. HIS 1981). Beide Ziele werden allerdings von den Beschäftigungsverhältnissen empfindlich tangiert. So erstaunt es daher nicht, dass die Konfrontation mit der Arbeitslosigkeit nach Studienabschluss zu erheblichen psychischen Belastungen führen kann (vgl. Vollrath 1988).

Sicherlich wäre es von Interesse, die Unterschiede des Berufseinstiegs von Nicht-Akademikern und Akademikern herauszuarbeiten, doch sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Fokus der Untersuchung auf jungen Erwachsenen *während* eines Studiums liegt. Es sei allerdings betont, dass für Studierende ein längerer „Schonraum“ besteht, ihre berufliche Identität finden zu müssen. Die berufliche Etablierung spielt demnach für Studierende zumindest am Anfang ihres Studiums eine weniger bedeutsame Rolle im Vergleich zu Nicht-Akademikern am Anfang ihrer Ausbildung. Diese persönlichen Freiheitsgrade stehen jedoch der Haltung der Arbeitgeber gegenüber, die an frisch examinierten Hochschulabgängern in Bezug auf Alter

und Länge der Ausbildung sicherlich hohe Erwartungen stellen. Mit diesen können Akademiker am Anfang überfordert sein, da sie meist über wenig Berufserfahrung in ihrem eigenem Berufsfeld verfügen (vgl. Zinnecker 1997).

Zusammenfassung

Insgesamt lassen sich alle geschilderten Entwicklungsthemen der jungen Erwachsenen als eminent vom gesellschaftlichen Umbruch betroffen beschreiben: Vieles ist für junge Erwachsene nicht mehr so, wie es für die jungen Erwachsenen ihrer Elterngeneration war. Konstatiert werden kann jedoch, dass diese Wirkmechanismen für *alle* jungen Menschen in gleicher Weise gelten, somit also wieder als universell für die neue Generation der jungen Erwachsenen zu bezeichnen sind. Der flexible Mensch hat dennoch die traditionellen Entwicklungsaufgaben der Ablösung vom Elternhaus, der Manifestation sozialer Beziehungen sowie der beruflichen Etablierung zu durchlaufen und zu meistern. Auch für ihn ist der Übergang zum Erwachsenenalter eine der bedeutendsten Transitionen.

In Bezug auf die besondere Gruppe Studierender lässt sich abschließend festhalten, dass Studierende nicht als eine einheitliche Gruppe von jungen Erwachsenen zu fassen, sondern dass sie ebenso in verschiedenen Entwicklungsprozessen zu sehen sind wie alle anderen jungen Erwachsenen: Jeder junge Erwachsene muss sich in gleichem Maße, wie er sich von seinen Eltern entfernt, anderen Bezugspersonen nähern und mit ihnen stabile und befriedigende Beziehungen eingehen. Die meisten jungen Erwachsenen müssen heute Phasen in ungesicherten oder kurzfristigen Beschäftigungsverhältnisse in Kauf nehmen, ob sie studiert haben oder nicht. Die ungünstige Arbeitsmarktsituation zwingt die jungen Menschen aller Ausbildungsabschlüsse dazu, Kompromisse einzugehen.

Einer der Unterschiede zwischen studierenden und nicht studierenden jungen Erwachsenen ist die Phase des Berufeinstiegs, der bei Studierenden verzögerter eintritt und daher als zunächst für diese Untersuchung nicht bedeutend eingeschätzt wird.

3.2 Bedeutsames Lebensereignis Studium

Wie bereits unter Punkt 3.1 ausgeführt, stellt die Aufnahme eines Studiums für jeden Studierenden wenn nicht sogar ein kritisches, so doch mindestens ein bedeutsames Lebensereignis dar: Der Übergang von Schule zu Universität führt zu großen persönlichen, strukturellen und statusbezogenen Veränderungen für die einzelne Person. Den Studienbeginn als bedeutsames Lebensereignis zu betrachten, lässt sich in der Tradition der Lebensereignisforschung („Life-Event-Forschung“) begründen, die sich in den 1960er Jahren aus der Stressforschung heraus entwickelte, hauptsächlich geprägt durch die Arbeiten von Holmes & Rahe (1967) in den USA und der Forschergruppe um Brown (vgl. Brown & Birley 1968) in Großbritannien. Es wurde erstmals eine Veränderung des Blickwinkels von der biologischen Seite des Stresses hin zur psychosozialen Auswirkung von Stress erreicht.

Die Grundannahme der Life-Event-Forschung liegt darin, dass lebensverändernde Ereignisse als soziale Stressoren wirken, die vom betroffenen Individuum eine erhöhte Anpassungsleistung verlangen und so letztendlich zum Ausbruch einer Krankheit oder aber zu Verhaltensmodifikationen im Sinne positiver Handlungsmöglichkeiten beitragen können (vgl. Rogner & Baumann 1981, Saathoff 2003). In Deutschland ist dieser Forschungsansatz ab etwa den 1980er Jahren Gegenstand der entwicklungspsychologischen Forschung geworden. Seitdem werden Rollenübergänge, Lebenskrisen und vor allem *kritische* Lebensereignisse fokussiert, da man einen Zusammenhang mit der individuellen Entwicklungsgeschichte sah: „Lebensereignisse können somit als Kristallisationspunkte für die Entwicklungsprozesse von Erwachsenen verstanden werden“ (Faltermaier et al. 2002, 74). Die Life-Event-Forschung untersucht, ob und wie belastende Ereignisse zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen und ob sich die mit den Ereignissen verbundenen persönlichen Krisen positiv auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken können (vgl. zum Überblick: Faltermaier 1987, Filipp 1990).

Katschnig (1980) benennt wichtige Punkte, die für die Life-Event-Forschung charakteristisch sind: Nicht katastrophale Ereignisse, sondern alltägliche Veränderungen stehen im Mittelpunkt der Forschungsbemühungen. Das Augenmerk ist auf *Veränderungen* der sozialen Situation von Personen

gerichtet, nicht auf die soziale Situation als solche. Außerdem werden in der Lebensereignisforschung nur die kurzfristigen Auswirkungen verändernder Lebensereignisse untersucht, nicht die Wirkung länger zurückliegender Veränderungen. Schließlich macht die Lebensereignisforschung keine theoretischen Aussagen über spezifische Wirkmechanismen der erfassten Ereignisse.

Dohrenwend & Dohrenwend (1974) bezeichnen Lebensereignisse als Begebenheiten, die nicht außergewöhnlich selten in der Bevölkerung vorkommen, jedoch eine Besonderheit im Leben der betreffenden Person darstellen. Nach Filipp (1990) erfüllen kritische Lebensereignisse drei Kriterien: Sie müssen zeitlich datier- und lokalisierbar sein, eine qualitativ-strukturelle Neuorganisation des Person-Umwelt-Gefüges erforderlich machen, und die affektiven Reaktionen auf das Ereignis müssen längerfristig sein.

Auch Faltermaier et al. (2002) betrachten die Einflüsse durch eine sich eher abrupt verändernde Lebenswelt als Lebensereignisse. Sie konstatieren, dass Lebensereignisse Lebensläufe strukturieren, da sie markante und subjektiv bedeutsame Veränderungen in der Lebenswelt eines Menschen darstellen.

Unterschiedliche Standpunkte gibt es in der Literatur darüber, ob ausschließlich die Veränderungen zum Negativen, wie z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, oder auch zum Positiven, wie z.B. ein Lottogewinn, kritische Lebensereignisse sind. Horlacher (2000) vertritt die Meinung, dass der Begriff der kritischen Lebensereignisse nicht auf negative Ereignisse beschränkt ist, dagegen beschreibt Siegrist (1980, 313), dass eine erhöhte Anpassungsleistung meist nur bei Ereignissen notwendig ist, „die als unerwünscht, unerwartet, unbeeinflussbar und/ oder mit negativen Folgen behaftet erfahren werden“. Der Autor konstatiert darüber hinaus, dass nur negative Erlebnisse zur Genese oder zum Ausbruch einer Krankheit beitragen können.

Brim & Ryff (1980) unterscheiden bei der Systematisierung von Lebensereignissen im Erwachsenenalter zwischen normativen und nicht-normativen Lebensereignissen. Normative Lebensereignisse treten in einer Population mit großer Wahrscheinlichkeit auf und sind an eine bestimmte Altersphase gebunden, z.B. Berufseinstieg oder Auszug aus dem Elternhaus im frühen Erwachsenenalter. Als nicht-normative Ereignisse bezeichnen die

Autoren Ereignisse, die nicht an den Lebenslauf gebunden sind, z.B. den Tod der Eltern oder einen Lottogewinn.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Fragestellungen der Life-Event-Forschung sich auf Fragestellungen beziehen, welche Belastungen mit einem Ereignis verbunden sind, wie die betroffene Person damit umgeht, welche Bewältigungsversuche unternommen werden, ob dabei Krisenerfahrungen gemacht werden und welche Auswirkungen diese gesamten Prozesse auf die weitere Entwicklung einer Person haben. Eng verbunden mit der Frage, wie bedeutsam Lebensereignisse im Erwachsenenalter in Bezug auf die Persönlichkeitsentwicklung sind, sind somit das Konzept der Krise (vgl. Ulich 1987) und das Coping-Konzept (vgl. Lazarus & Folkman 1984). Eine Krise ist nach Ulich (ebd.) eine mögliche Folge der mit einem Lebensereignis verbundenen Lebensveränderung allgemein. Sie wird dann wahrscheinlich, wenn sich negative Veränderungen zuspitzen und die Person so in ihrem Selbst getroffen ist, dass eine Gefährdung der Handlungsfähigkeit besteht. Coping definiert sich nach Lazarus & Folkman (ebd.) als Anstrengung zur Anpassung und Bewältigung der mit dem Lebensereignis verknüpften Anforderungen und Belastung.

Die oft ganz unterschiedlichen subjektiven Bedeutungen, die ähnliche Ereignisse wie z.B. der Studienbeginn bei verschiedenen Personen haben, und die Vielfalt von Handlungsprozessen, die sie nach sich ziehen können, verdeutlichen die Notwendigkeit, eine Subjektperspektive in der Life-Event-Forschung zu etablieren. Lehr (1987) postuliert, dass weniger bestimmte Lebensereignisse selbst für die weitere Persönlichkeitsentwicklung entscheidend sind als vielmehr die Formen der Auseinandersetzung mit diesen. Letztere sieht sie durch die biografische Gesamtsituation und die dadurch gegebene kognitive Repräsentanz stark beeinflusst. Lehr fordert (1987, 223):

[...] Es kommt darauf an, zu ergründen, *welche* Persönlichkeit mit *welcher* biographischen Entwicklung und in *welcher* gegenwärtigen Lebenssituation mit *welchen* Bedingungen konfrontiert wird, *wie* sie diese Ereignisse erlebt und mit *welchen* Bewältigungsstrategien sie darauf reagiert.

Bezogen auf die Untersuchungsgruppe der Studierenden muss man deshalb die subjektiven Empfindungen und Lebenskontexte sehen, wenn im weiteren

Verlauf dieser Arbeit das Studium als bedeutsames bzw. kritisches Lebensereignis gedeutet wird.

Vor oder zum Zeitpunkt des Studienbeginns werden die Abiturienten mit der Frage nach dem zukünftigen Ausbildungsweg konfrontiert. Sie müssen eine Entscheidung treffen, die für ihre Lebensgestaltung und Lebenszufriedenheit von weitreichender Bedeutung ist, die aber zugleich von erheblichen Unsicherheiten und Risiken belastet ist, da dem zukünftigen Akademiker unüberschaubare Ausbildungs- und Berufsmöglichkeiten sowie unbekannte Tätigkeitsinhalte und Studienanforderungen nebst unsicherer Berufsaussichten gegenüber stehen (vgl. Vollrath 1988). Der Studienbeginn birgt eine plötzliche und einschneidende Erweiterung und Erschwerung seiner Freiräume für geistige Tätigkeiten und Handlungen, manche Studierende erleiden einen „Alternativenschock“ (Keil 1975): Er muss nicht nur neue Handlungsmuster aufbauen, um sich in den neuen Kommunikations-, Handlungs- und Informationsfreiräumen bewegen zu können. Gleichzeitig hat er seine gewohnten Handlungsmuster und Beziehungen aufzugeben und erlebt so den Studienbeginn zum Teil als Verlustsituation, auf die er mit Abwehr, Angst oder Trauer reagieren kann (vgl. Vollrath 1988). Das Studium erfordert somit eine Neuintegration der sozialen Beziehungen und einen Neubeginn sozialer Interaktionen. Auch der weitere Studienverlauf birgt Gefahren und Hindernisse, die das Leben eines Studierenden massiv verändern und beeinflussen können, z.B. das Nichtbestehen einer Prüfung und den damit verbundenen Mehraufwand kann von den betroffenen Hochschülern als belastend erlebt werden.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst funktionale Bewältigungsstrategien in Bezug auf studentische Probleme dargestellt. Schließlich werden dysfunktionale Bewältigungsmuster an den Beispielen Substanzkonsum und anderen psychiatrischen Störungen diskutiert (Kapitel 3.2.2).

3.2.1 Funktionale Bewältigung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, sind Studierende durch zahlreiche gesellschaftliche und persönliche Faktoren beeinflusst, wenn es um die Aufnahme und Aufrechterhaltung des Studiums geht. Es wurde bereits

erwähnt, dass nicht vollzogene Entwicklungsschritte, ungelöste Entwicklungsaufgaben und auch gesellschaftliche Hürden für junge Studierende zu Problemen werden können, an denen sie in beruflicher oder auch privater Hinsicht scheitern können.

Beutel (1989) fand allerdings in seiner Überblicksstudie bei allen Studien zu kritischen Lebensereignissen einen signifikanten Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und psychischen und physischen Beschwerden. Seit den 1980er Jahren werden in der Life-Event-Forschung nicht mehr nur die Kausalbeziehungen zwischen globalen Belastungswerten und Krankheitsausbrüchen untersucht, sondern auch intervenierende Variablen wie individuelle Dispositionen (z.B. Bewältigungsmöglichkeiten), Kontextfaktoren wie z.B. soziale Unterstützung sowie spezielle Ereignismerkmale, z.B. Kontrollierbarkeit, mit einbezogen (vgl. Hönnmann & Schepank 1983). Dies lässt vermuten, dass lebensverändernde Ereignisse keine ausreichende Erklärungsursache für den Ausbruch einer Erkrankung darstellen, sondern nur im Zusammenspiel mit anderen Faktoren pathogen wirken (vgl. Siegrist et al. 1980, Katschnig 1980). Bestimmte personale Ressourcen, wie z.B. eine hohe Selbstwirksamkeit können die negativen Folgen kritischer Lebensereignisse reduzieren oder sogar verhindern (vgl. Beutel 1989, Horlacher 2000, Saathoff 2003).

Bezieht man in diese Überlegung die Studierenden mit ein, so wird deutlich, dass weder alle Studierenden durch das Lebensereignis Studium psychische und physische Probleme bekommen, noch dass dieses Lebensereignis *keinen* Einfluss auf das Leben der Einzelnen hat.

Im Folgenden sollen fünf personenbezogene Dimensionen untersucht werden, deren Einfluss besonders bei der Ausbildung psychischer Störungen wie Substanzabhängigkeit eine schützende Rolle bei kritischen Lebensereignissen spielen: Persönlichkeit als übergeordnete Dimension, darüber hinaus Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung, Vulnerabilität und Coping. Ohne hier auf die theoretischen Grundlagen der jeweiligen Modelle eingehen zu können, und statt die empirische Gültigkeit der unterschiedlichen Dimensionen zu prüfen, wird im Folgenden ein wesentlich bescheideneres Ziel verfolgt: Es wird versucht zu eruieren, was junge Menschen das kritische Lebensereignis Studium funktional bewältigen lässt.

Persönlichkeit

Der Versuch, die komplexe Persönlichkeit eines Menschen zu beschreiben und zu messen, führte zur Formulierung von Persönlichkeitsmerkmalen. Als Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen werden habituelle Verhaltensweisen und Reaktionsbereitschaften verstanden, die in relativer zeitlicher Konstanz bestehen. Persönlichkeitsmerkmale bezeichnen keine Pathologie, sondern interindividuell ausgeprägte Eigenschaften, die meist gegensätzlich beschrieben werden (z.B. Extraversion vs. Introversion), und erst bei extremer Ausformung als Normabweichung mit möglichem Krankheitswert verstanden werden können (vgl. z.B. Saathoff 2003). Es existieren viele unterschiedliche Systeme zur Beschreibung und zur Messung von Persönlichkeit. Seit Ende des letzten Jahrhunderts sich in der Forschung das so genannte Fünf-Faktoren-Modell („Big Five“) der Persönlichkeit zunehmend als ein integrierendes Konzept zum Verständnis und zur Erfassung grundlegender Persönlichkeitseigenschaften etabliert (vgl. Martin & Sher 1994):

1. **Extraversion** (Extraversion vs. Introversion)
2. **Verträglichkeit** (Umgänglichkeit/ Fügsamkeit vs. Unabhängigkeit/ Antagonismus)
3. **Gewissenhaftigkeit** (Gewissenhaftigkeit vs. Nachlässigkeit/ Impulsivität)
4. **Neurotizismus** (emotionale Labilität vs. Stabilität)
5. **Offenheit für Erfahrungen** (Beweglichkeit/ Idealismus vs. Konvention/ Unbeweglichkeit).

Persönlichkeitsspezifische Einstellungen werden über die Lebensspanne erworben und ausgebildet. Diesbezüglich existiert eine Fülle an theoretischen Darstellungen, die nicht Gegenstand dieser Arbeit sein sollen (vgl. zum Überblick: Lindenberger 2002). Die Persönlichkeit eines Menschen kann sich auch bei erfolgreicher Bewältigung von Anforderungen und kritischen Lebensereignissen entwickeln (vgl. Filipp 1990): Der individuelle Handlungsspielraum wird vergrößert, die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen erhöht sich und das Selbstbild wird entsprechend erweitert und

modifiziert. Manche Personen sind eher reaktiv, begegnen vor allem äußerem Druck. Andere brauchen einen solchen nicht, da sie durch sich selbst bewegt sind und persönliche Verantwortung übernehmen.

Demnach kann vermuten werden, dass Studierende mit einer eher aufgeschlossenen und optimistischen Persönlichkeit den studienbedingten Schwierigkeiten demnach wesentlich konstruktiver und erfolgreicher begegnen werden als Studierende, die eher labil und passiv sind.

Selbstwirksamkeit

Kognitionen über die eigenen Fähigkeiten beeinflussen das menschliche Handeln. Diese subjektiven Überzeugungen können mehr oder weniger mit der „Realität“ übereinstimmen (Bandura 1977 und 1997). Kognitionen haben eine Schlüsselfunktion bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychischer Erkrankungen (Kanfer et al. 2000). Bei selbstreflexiven Kognitionen macht sich ein Mensch selbst zum Gegenstand der eigenen Wahrnehmung, Analyse und Beurteilung. Die Selbstwirksamkeit beschreibt die Erwartung einer Person, ein bestimmtes Verhalten überhaupt ausführen bzw. unterlassen zu können (z.B. Verzicht auf Nikotinzufuhr in einem unpassenden Moment). Bandura (1997) bezieht die wahrgenommene Selbstwirksamkeit auf Überzeugungen über diejenigen eigenen Fähigkeiten, die gebraucht werden, um eine bestimmte Handlung zu organisieren oder auszuführen, um damit ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen besonders die Auswahl von Handlungen, den Aufwand zur Zielerreichung, das Durchhaltevermögen angesichts Schwierigkeiten und Hürden sowie den Handlungserfolg. Bandura (ebd.) fand heraus, dass selbstwirksame Personen Stress besser meistern, mehr leisten und gesünder sind als Personen ohne messbare Ausprägung dieser Eigenschaft. Personen mit Ängsten verfügen über eine geringere Selbstwirksamkeit als Personen ohne Ängste, je weniger Selbstwirksamkeit eine Person zeigt, desto mehr leidet sie an Depressivität (vgl. Schindler & Körkel 1994).

Kontrollüberzeugung

Das Konzept der internen und der externen Kontrollüberzeugung (im Englischen „locus of control“ genannt) beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person Ereignisse entweder als Konsequenz des eigenen Verhaltens wahrnimmt (interne Kontrolle) oder als Schicksals- bzw. Zufallsumstand bzw. durch andere Menschen bedingt (externe Kontrolle) (Rotter 1966). Dieses Konstrukt der sozialen Lerntheorie erklärt ein bestimmtes Verhalten in einer Situation durch subjektive Verstärkung von Handlungen und durch subjektive Erwartungswahrscheinlichkeiten darüber, dass ein bestimmtes Ereignis als Folge einer Handlung auftritt. Die Erwartungswahrscheinlichkeit umfasst situationsspezifische und generalisierte Erwartungen.

Kontrollüberzeugungen finden sich auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen: Neben den generalisierten können auch bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen ausgebildet werden, die sich nur auf bestimmte Lebensbereiche beziehen, beispielsweise ein Studienerfolg, und von den generalisierten differieren können (vgl. Lohaus 1992). Studierende können demnach eine auf das Studium bezogene hohe Kontrollüberzeugung haben, wenn sie z.B. davon ausgehen, dass sie sicher gewünschte Seminare belegen können, da ihnen dies bisher immer gelungen ist und sie nicht davon ausgehen müssen, dass sich dies ändert. Spezifische Kontrollüberzeugungen können besser spezifisches Verhalten vorher sagen, während generalisierte Erwartungen eher allgemeines Verhalten bestimmen (vgl. Schwarzer 1996).

Die Bedeutung der generalisierten Erwartungen bei neuen oder mehrdeutigen Situationen ist recht hoch, wobei die in Routinesituationen an Gewicht verliert und die situationsspezifischen Erwartungen in den Fordergrund treten. Kontrollüberzeugungen sind ein eminenten Gesichtspunkt der generalisierten Erwartung, die aus den Erfahrungen einer Person in verschiedenen Situationen in der Vergangenheit entstehen (vgl. Rotter 1966).

Menschen mit externalen Kontrollüberzeugungen erleben Situationen häufiger als Stress auslösend und belastend. Es zeigt sich zudem in einigen Studien ein Zusammenhang zwischen Externalität und Angstneigung (vgl. Krampen 1982, Mielke 1996). Johnson & Sarason (1978) konstatieren bereits sehr früh, dass die Beziehung zwischen erlebten Lebensereignissen und Depressivität sowie Angst von den Kontrollüberzeugungen der Personen moderiert wird.

Vulnerabilität

Ebenfalls in der Persönlichkeit jedes einzelnen Menschen sind individuelle Verarbeitungsmuster zu entdecken, die sich bei Stresssituationen oder kritischen Lebensereignissen zeigen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass bei Menschen neben bestimmten auslösenden Stressoren eine besondere Anfälligkeit für eine bestimmte Störung vorhanden sein kann (vgl. Zubin 2000, Saathoff 2003). Diese Vulnerabilität umfasst einerseits angeborene und andererseits durch Lebenserfahrungen erlernte Unterschiede in der Sensibilität für spezifische psychische Störungen bzw. für psychische Störungen allgemein. Disponierende Faktoren können biologische oder psychische Bedingungen sein, die, sofern sie nicht angeboren sind, zum größten Teil in der frühen Kindheit erworben werden. Eine solche erworbene Vulnerabilität kann durch traumatische Erfahrungen, aber auch familiäre Interaktionen oder Erziehungsstile aufgebaut werden. Ein Beispiel für eine psychische Prädisposition für Alkoholabhängigkeit ist die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils bei Jungen (vgl. Klein & Zobel 2001). Auch im Vorfeld der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen wird von prädisponierenden Verletzlichkeiten ausgegangen, die sich in der frühen Kindheit entwickeln, die weitere Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen und die Grundlage für Störungen bilden (vgl. Fiedler 1997, Saathoff 2003). Schröder & Schwarzer (1997) bezeichnen mit Vulnerabilität das Fehlen protektiver Faktoren zur Bewältigung problematischer Situationen. Baumann & Perrez (1998) gehen in diesem Punkt davon aus, dass Bewältigungsressourcen auf Kontinua repräsentiert sind, deren Endpunkt ein Defizit trägt und daher zu einer erhöhten Stressanfälligkeit und zu einer schlechteren Bewältigung führt. Bewältigungsressourcen sind ihrer Definition nach persönliche, soziale und materielle Ausstattungen einer Person, also Persönlichkeitseigenschaften, Kompetenzen und Fähigkeiten, aber auch soziale Unterstützung und Integration. Jerusalem (1994) fand in einer Untersuchung heraus, dass z.B. die Selbstwirksamkeit bei einem Menschen schützend wirken kann, aber ein situativer Faktor wie Arbeitslosigkeit vulnerabel auf das Stresserleben des Betroffenen wirken kann und ihn in hohem Maße belastet. Personen mit negativen Ausprägungen in den bereits dargestellten Modellen der

Persönlichkeit, der Selbstwirksamkeit oder der Kontrollüberzeugung neigen demnach zu einem stärkeren Belastungsempfinden.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann nur als Rahmenmodell betrachtet werden, da keine genaue inhaltliche Definition der Vulnerabilitätsfaktoren gegeben oder überhaupt möglich ist. Der Begriff „Vulnerabilität“ ist sehr weit gefasst und kann für jedes Individuum Unterschiedliches bedeuten. Das Modell deutet an, dass es neben Stress auslösenden Situationen wie z.B. dem kritischen Lebensereignis Studium personenbezogene Faktoren gibt, die berücksichtigt werden müssen.

Anpassungsverhalten: Coping

Innerhalb der verschiedenen Stresstheorien hat sich vor allem der transaktionale Ansatz der Berkeley-Gruppe um Lazarus durchgesetzt. Gemäß deren Verständnis handelt es sich bei Stress um ein relationales Konstrukt, wonach Stress im Zusammenspiel zwischen der Person und ihrer inneren und äußeren Umwelt entsteht. Die Autoren gehen davon aus, dass Bewältigungsstrategien dann notwendig werden, wenn die Passung zwischen Umwelt und Person durch besondere Belastung aus dem Gleichgewicht gerät. Stress ist somit eine Funktion der subjektiven Wahrnehmung eines Ungleichgewichts zwischen internen und externen Anforderungen, die an die Person gestellt werden, und ihren Möglichkeiten, angemessen darauf zu reagieren sowie der antizipierten möglichen negativen Folgen (vgl. Lazarus & Launier 1978, Lazarus 1990). Lazarus und seine Arbeitsgruppe bezeichnen als Coping die vermittelnde Funktion der Bewältigungsprozesse in der Interaktion von Stressoren und dem Auftreten von psychischen oder physischen Folgen. Als Bewältigung werden alle verhaltensorientierten und intrapsychischen Strategien definiert, die bei der Auseinandersetzung mit belastenden Situationen dazu beitragen, aufkommende Angstreaktionen zu meistern. Coping ist ein adaptiver Prozess, der in ständigem Wandel ist, durch die Situation und die Person bestimmt wird und auf diese zurückwirkt (vgl. Schüßler 1993).

Nach Kaluza & Vögele (1999) ist das Copingkonzept trotz vieler Präzisierungsversuche unscharf definiert. Sie sehen nicht, wann genau ein Verhalten als Bewältigung bezeichnet wird und ob nicht jede Reaktion auf eine

belastende Situation als Coping zu bezeichnen sei, da keine Einschränkung bezüglich des Erfolgs des Verhaltens gemacht wird.

Wann eine Bewältigungsstrategie angemessen und adaptiv ist, kann nicht allgemein konstatiert werden, da dies von den Merkmalen der belastenden Situation und auch dem situativen Kontext abhängt (vgl. Filipp & Aymanns 1996). Bei zusammenfassenden Beurteilungen zur Effektivität des Copingverhaltens zeigen sich positive Effekte für aktive Problem lösende Reaktionen, hier besonders auf die Bewältigung von Alltagsbelastungen bezogen und auf die positive Umdeutung einer belastenden Situation mittels Relativierung sozialer oder temporaler Vergleiche (vgl. Kaluza & Vögele 1999). Bei kontrollierbaren, wenig sich selbst ändernden, negativ erlebten Lebenssituationen kann eine aktive Einflussnahme eine funktionale Reaktion darstellen. Erlebt ein Studierender beispielsweise die Struktur seiner Hochschule als rigide und starr, so kann er versuchen, durch politische Arbeit aktiv Einfluss auf die Gestaltung seiner Lebensumwelt zu nehmen. In Situationen, die sich mit großer Wahrscheinlichkeit aus sich selbst heraus verändern, kann dagegen Passivität wirkungsvoller sein (vgl. Perrez et al. 1998). Kurzfristig scheint vermeidendes Copingverhalten recht günstig zu sein, langfristig erweisen sich Ignorieren und Verleugnen belastender Situationen als schlechte Bewältigungsformen. Gesteigerte Aufmerksamkeit auf den Stressor führt langfristig zur besseren Problembewältigung (vgl. Filipp & Aymanns 1996, Kaluza & Vögele 1999). Auch soziale Unterstützung führt besonders bei länger andauernden Belastungssituationen zu einer Reduktion von psychischen und physischen Beschwerden (Hurrelmann 1991, Kaluza & Vögele 1999).

Insgesamt ist es problematisch, Krisenbewältigungsverhalten nach der Güte zu bewerten: Wenn eine Belastung für eine Person zu groß ist, scheint eine Betäubung der Sinne mit Alkohol ein funktionaler Bewältigungsmechanismus zu sein: Die Person „vergisst“ ihre Problemen und kann sich entspannen. Das Ziel, ein Problem kurzfristig zu bewältigen, scheint erreicht. Langfristig bergen Bewältigungsstrategien solcherart natürlich große Gefahren wie die der Substanzabhängigkeit oder der gesundheitlichen Schädigung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine funktionale Bewältigung des bedeutsamen und sicherlich auch kritischen Lebensereignisses Studium unter

anderem in Verbindung mit positiven Persönlichkeitsfaktoren, hoher Selbstwirksamkeit und internaler Kontrollüberzeugung gelingen und positiv beeinflusst werden kann. Damit sind naturgemäß nicht alle Schutzfaktoren genannt, die bei der Bewältigung studienspezifischer Probleme eine Rolle spielen können, doch stellen diese drei Bereiche ein generell für die Altersgruppe der Studierenden gültiges Ressourcenkonzept dar. Auch die Vulnerabilität für Stressoren spielt in der Erhaltung der psychischen und physischen Gesundheit eine wichtige Rolle, ebenso wie das erfolgreiche Bewältigungsverhalten von Krisen.

Stehen die Faktoren in einem positiv-ausgewogenen Kontext zueinander, so ist zu vermuten, dass die Person selbst über ein stabiles „internes Netzwerk“ verfügt, das Problemen konstruktiv und aktiv begegnen kann, ohne langfristig unter zu schwer wiegenden Krisen zu leiden.

3.2.2 Dysfunktionale Bewältigung

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).

Im folgenden Kapitel werden der riskante Substanzkonsum und psychiatrische Erkrankungen als Beispiele für eine dysfunktionale Bewältigung des kritischen Lebensereignisses Studium aufgeführt. Auf der Basis der vormals geschilderten funktionalen Bewältigungsmodelle wird im Folgenden davon ausgegangen, dass die Belastungen des Studiums bzw. der damit verbundenen Umstände bei manchen Studierenden zu groß sind, als dass sie sie mit den ihnen eigenen Persönlichkeitseigenschaften, Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen meistern können. Es werden demnach die jungen Erwachsenen thematisiert, die unter anderem durch den Faktor Studium problematisches Verhalten entwickeln. Das Bewältigungsverhalten wird als dysfunktional beschrieben, da die Person bewusste oder unbewusste Schädigung erleidet.

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

Riskanter Substanzkonsum

Die Begriffe „Substanzmissbrauch“ und „Substanzabhängigkeit“ sind in der heutigen Fachliteratur als die allgemein anerkannten Termini zur Charakterisierung übermäßigen Rauschmittelgebrauchs zu finden. Der Begriff „Abhängigkeit“ ist 1964 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Zusammenhang mit dem Konsum chemischer Substanzen entwickelt worden, um den eher unscharfen und mehrdeutigen Begriff „Sucht“ abzulösen (vgl. Trost 2000). Substanzabhängigkeit 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 die Begriffe werden sowohl im allgemeinen Sprachgebrauch als auch in der Textrevision des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der vierten Fassung (DSM-IV-TR, Saß et al. 2003) 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 als Missbrauch als auch Abhängigkeit definiert wird. 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).

Zur Unterscheidung von nichtpathologischem Gebrauch und Missbrauch gibt es einige zu beachtende Gesichtspunkte in Bezug auf den Substanzkonsum. So sind die jeweilige Substanz, die Konsumumstände, der Entwicklungsstand und die Lebensumstände der konsumierenden Person, sowie auftretende negative Reaktionen und Konsequenzen im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch von Bedeutung. Dabei sind die Grenzen zwischen Gebrauch und Missbrauch fließend und nicht bereits durch die Legalität der Substanz festgelegt (vgl. Feuerlein et al. 1998). Um Untersuchungen in diesem Bereich anstellen zu

können, sind daher sachliche Definitionen notwendig. Die führenden Klassifikationssysteme hierzu sind die International Classification of Diseases in ihrer zehnten Fassung (ICD-10, Schneider 1999), sowie das Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders in der vierten Fassung (DSM-IV-TR). Die Suchtkrankenhilfe richtet sich heute weitestgehend nach dem DSM-IV-TR, da hier auch psychosoziale und Umgebungsfaktoren mit einbezogen werden.

Die Abbildungen 2 und 3 stellen die Definitionen von Missbrauch bzw. Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit bzw. Abhängigkeitssyndrom der beiden Klassifikationssysteme einander gegenüber.

<u>Missbrauch nach DSM-IV</u>		<u>Schädlicher Gebrauch nach ICD-10</u>
1. Mindestens eines der folgenden Symptome trifft zu:	↔	1. Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche und psychische Störungen)
<ul style="list-style-type: none"> • Fortgesetzter Konsum, der zu Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (Arbeit, Schule) • Fortgesetzter Konsum in gefährlichen Situationen (z.B. Straßenverkehr) • Juristische Probleme aufgrund fortgesetzten Konsums • Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der sozialen Probleme, die dadurch verursacht/verstärkt werden 		
2. Auftreten der Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten	↔	2. –
3. Keine Abhängigkeit	↔	3. Kein Abhängigkeitssyndrom

Abbildung 2. Klassifikation Missbrauch bzw. Schädlicher Gebrauch nach DSM-IV und ICD-10 (vgl. Wittchen et al. 1991, Schneider 1999)

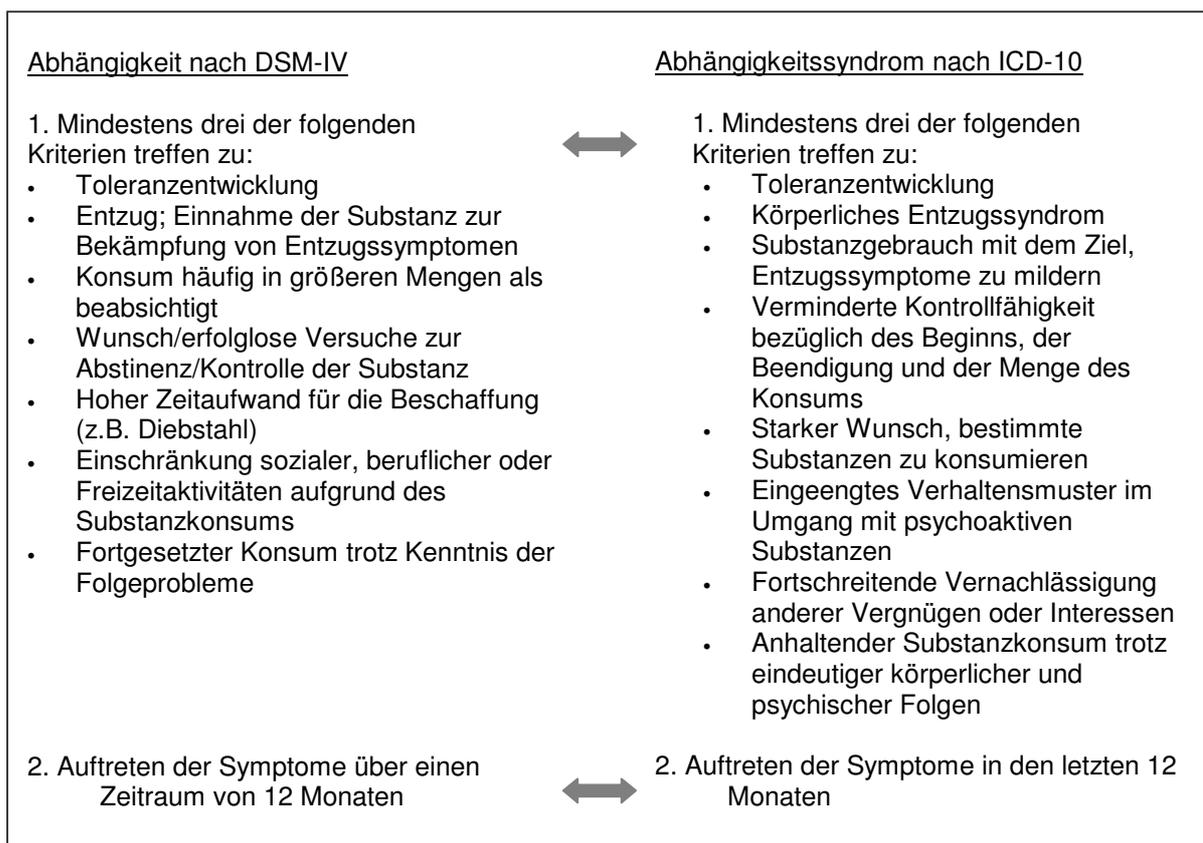


Abbildung 3. Klassifikation Abhängigkeit/ Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV-TR und ICD-10 (vgl. Saß et al. 2003, Schneider 1999)

Die genannten unterschiedlichen Begriffe für substanzbezogene Störungen werden in der Literatur sehr breit und vielfach synonym benutzt.

Nach welchen diagnostischen Kriterien sich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit klassifizieren lassen, wird Gegenstand der unter Kapitel 7.1.2 dargestellten Ergebnisse der Studierendenuntersuchung sein. Zunächst erscheint es sinnvoll, ein Bild davon zu vermitteln, wie sich Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Cannabis bezüglich ihrer Prävalenzen und Wirkungsweisen darstellen.

Alkohol

Aus medizinischer und psychologischer 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 nicht zu Lehrveranstaltung gehen) einhergeht.

Dieses Verhalten wird Rauschtrinken oder auch „binge drinking“ genannt (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 weisen 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 im Rahmen einer 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. 2000a).

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz und verursacht umfassende Folgeschäden. Diese schlagen sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene nieder. Infolge chronischen oder übermäßigen Alkoholkonsums stellen sich den ganzen Körper betreffenden 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 Schäden verursachen, wie z.B. ein Alkoholdelir oder ein Korsakow-Syndrom (vgl. Feuerlein et al. 1998). Schließlich gefährdet übermäßiges Trinken primäre Bezugssysteme wie Familie und Freunde genauso wie die Gesellschaft insgesamt. Neueste Schätzungen ergaben, dass mindestens 5,5% aller Krankenhausbehandlungen auf den Konsum von Alkohol allein oder den gemeinsamen Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen sind. Die daraus resultierenden Kosten werden mit 2,7 Mrd. Euro beziffert (vgl. Meyer & John 2003).

Eine verkürzte Lebenserwartung, Obdachlosigkeit und das Abgleiten in kriminelle Handlungen können ebenfalls soziale Folgen von riskantem Alkoholgebrauch sein (vgl. Trost 2000). Auch Menschen, die keinen missbräuchlichen Alkoholkonsum aufweisen, können in Mitleidenschaft gezogen werden: Zum einen Verkehrsteilnehmer, die durch Alkoholunfälle geschädigt werden können, zum anderen Kinder von Alkoholabhängigen, die in gestörten Familienverhältnissen aufwachsen, wo sie oft Streit, sexuellem

Missbrauch und körperlichen Misshandlungen ausgesetzt sind (vgl. Klein & Zobel 2001). 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 in heutiger Zeit repräsentativste Form des Tabakkonsums ist das Zigarettenrauchen.

Derzeit gilt Tabak als eine der weltweit am häufigsten verwendeten Drogen (vgl. Bornhäuser 2002). Nach einer Repräsentativerhebung im Jahr 2000 rauchen in Deutschland 34,8% (16,7 Mio.) der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren (vgl. Kraus & Bauernfeind 1998), davon rauchen 87% täglich. Im Jahr 2001 bezeichnen sich 38% der 12- bis 15-Jährigen als gelegentliche oder ständige Raucher. Davon sind 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 bis etwa 35 rauchen ebenso viele Frauen wie Männer (vgl. Bornhäuser 2002, Kröger et al. 2002).

Allen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Risiken zum Trotz stellt Rauchen eine der häufigsten selbstverschuldeten Ursachen von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod dar. So tragen Raucher gegenüber Nichtrauchern nicht nur ein doppelt so hohes Krebsrisiko, sondern sind langfristig stärker gefährdet für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Schlaganfälle und Lungenerkrankungen wie Bronchitis. Auch Passivraucher können beträchtliche Gesundheitsschäden wie Lungenkrebs oder Herzerkrankungen davon tragen (vgl. Bühringer et al. 2000b). Übermäßiger Tabakkonsum hat jedoch nicht so schwerwiegende soziale Konsequenzen wie erhöhter Alkoholgebrauch. Sozialer Abstieg oder eine Gefährdung sozialer Beziehungen infolge hohen Zigarettenkonsums werden z.B. 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, volkswirtschaftliche Schäden (ebd.).

Cannabis

Keine andere Droge wird im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit, gesundheitlichen Folgeschäden und ihr Abhängigkeitspotenzial derzeit so kontrovers diskutiert wie Cannabis. 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 macht, ist umstritten, eine psychische Abhängigkeit ist jedoch möglich. Im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin ist der Konsum und Besitz von Cannabisprodukten von mehr als einer je nach Bundesland unterschiedlich definierten „geringen Menge“ in Deutschland illegal (vgl. Krausz & Lambert 2000, Arseneault et al. 2004).

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, sowie 4% Ostdeutsche 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.

Weil Cannabis meist geraucht wird, können nach langfristigem Konsum die gleichen gesundheitlichen Risiken auftreten wie beim Tabakrauchen. Außerdem enthält der Cannabisrauch viele Schadstoffe, deren gesundheitliche Wirkung 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 kann mit seinem Gebrauch die Schwelle zu den illegalen Drogen überschritten werden (vgl. Pallenbach &

Ditzel 2003). Außerdem werden die Wirkstoffe des Zucht cannabis immer reiner und höher dosiert pro Pflanze, so dass die Wirkung von Cannabis gegenüber früher um ein Vielfaches stärker ist (vgl. Arseneault et al. 2004). 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). Jugendliche, 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 an sozialer Randständigkeit und Problemverhalten, was bei diesen Kindern zu zusätzlichen Belastungen führt. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich der Konsum von Alkohol und Drogen als ein Symptom von 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 (vgl. Kapitel 3.1). 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 (vgl. Wechsler & Wuethrich 2002). Der Drogengebrauch sei demnach eng

geknüpft an die Bewältigung lebensbezogener Übergangskrisen und ein Symbol erlangter Freiheit und Selbstständigkeit (vgl. Kapitel 3.1.1).

Begünstigt wird der Alkohol- und Drogengebrauch zusätzlich durch negative Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. Probleme 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 im frühen Erwachsenenalter deutlich geringer als in der Jugend (ebd.). Allerdings haben laut der deutschen 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 in der Regel mit zunehmendem Alter wieder in den Hintergrund tritt (vgl. Hurrelmann 1997). So konnte gezeigt werden, dass junge Menschen ihren Cannabisgebrauch 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 im Lebensabschnitt des frühen Erwachsenenalters stellt laut Bornhäuser (2001) eine 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. Übermäßiger Drogengebrauch der Studierenden im frühen Erwachsenenalter ist dabei als ein Symptom von Anpassungsstörungen zu verstehen (vgl. Hurrelmann 1997, Silbereisen 1998, Kapitel 3.2.1). 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 Kultur zu identifizieren. Diese Identifikation erfolgt dann beispielsweise durch das Rauchen von Zigaretten oder Cannabis, das Trinken von Alkohol oder die Teilnahme am Straßenverkehr unter Drogeneinfluss. 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 Lebenseinschnitten. 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. Besonders an Hochschulen herrscht eine lange Phase der Feedback-Latenz vor: Die fehlende Rückmeldung in Bezug auf erfolgreiches oder nicht erfolgreiches Studierverhalten kann bei Studierenden zu Frustration und Motivationsverlust führen (vgl. Pauly 2003). Schließlich kann es zu Perspektivlosigkeit und Zukunftsangst in Verbindung mit dem Gefühl der Bedeutungslosigkeit in Bezug auf die eigene Person kommen. Diese Erfahrung erhöht die Wahrscheinlichkeit der Gewalt 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 (vgl. Kapitel 3.1). 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.

Psychiatrische Erkrankungen

Im folgenden Kapitel sollen die für Studierende klinisch relevanten psychischen Erkrankungen Affektive Störungen, Angststörungen und Phobien ausgeführt werden. Da Essstörungen als suchtnahe Verhaltensweisen gelten, sollen diese kurz erläutert werden, bevor auf Aspekte der Komorbidität von

missbräuchlichem bzw. abhängigem Substanzkonsum und psychischen Erkrankungen eingegangen wird.

Auch hier werden in der Abfolge Begriffsdefinition, Prävalenz und Ätiologie der jeweiligen Störungsbilder dargestellt, bevor in einer Zusammenfassung der Bezug zu den Studierenden hergestellt wird.

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 entgegen gesetzte 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 erkranken etwa 0,4 bis 1% der Erwachsenen an einer affektiven Psychose. Davon erkranken 66% an einer unipolaren Depression, die damit die häufigste affektive Störung darstellt. Das Lebenszeitrisiko bei bipolaren Störungen liegt bei 26%. Nur etwa 8% der affektiven Störungen sind unipolare Manien (vgl. Dörner et al. 2002). Während es bei den bipolaren affektiven Störungen keinen Unterschied der Erkrankungshäufigkeit bei den Geschlechtern gibt, erkranken an 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-TR und ICD-10 versuchen die Symptome zu vereinheitlichen. Unterschieden wird dabei zwischen der rezidivierenden „Major Depression“, die nach DSM-IV-TR 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 Jugendalter 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, wie z. B. durch absichtlich herbeigeführte Verkehrsunfälle, die Gefahr von Dauerschäden (vgl. Berger & van Calker 2004).

Angststörungen und Phobien

Angst ist ein Phänomen, das bei allen gesunden Menschen anzutreffen ist. Werden Ängste pathologisch, so 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 unter den Oberbegriff „Phobische Störung“ zusammengefasst.

Nach epidemiologischen Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben gehören Angsterkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% zu den häufigsten psychischen Störungen (vgl. Wittchen et al. 1999, Soeder et al. 2001). Am weitesten verbreitet sind die Phobien. Davon 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 am häufigsten bis zum 20. Lebensjahr möglich ist (vgl. Angenendt et al. 2004). Angststörungen und Phobien können beträchtliche Folgeschäden in seelischer, körperlicher und psychosozialer Hinsicht haben. Viele 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 deren Angst 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 und erhöhen das Suizidrisiko (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 genannten Erkrankungen auftreten.

Zusammenfassung

Das frühe Erwachsenenalter ist geprägt von einer Vielzahl latenter Widersprüche in der Gesellschaft, welchen begegnet werden muss. So sind z.B. Trennung von den Eltern und Bindung an fremde Menschen gleichzeitig Aufgabe (vgl. Kapitel 3.1). Die Trennung von den Eltern bedeutet auch, alte Liebesobjekte aufzugeben und den damit verbundenen vertrauten Halt im Leben zu verlieren. Deshalb kann der Trennungsprozess mit Trauer und Depressionen belastet sein, die in schwerer Ausformung sogar bis hin zum Suizid führen können (vgl. Teuwsen 2001).

Essstörungen

Essstörungen gehören heute zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen in den westlichen Industrieländern. Die Krankheitsinzidenz, das erstmalige Auftreten

einer Essstörung, ist am höchsten in der Lebensphase der Adoleszenz. Essgestörtes Verhalten ist an sich keine Krankheit. Viele Menschen leben mit einem gestörten Essverhalten, ohne je an einer Essstörung zu erkranken. Im medizinischen Sinn sind Essstörungen seelische Krankheiten. Es werden drei wesentliche Formen unterschieden:

- die Magersucht (Anorexia nervosa)
- die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa oder Bulimie)
- die Esssucht (Adipositas oder Binge-Eating-Störung).

Diese drei Formen können in unterschiedlicher Häufigkeit ineinander übergehen. Obwohl sich Betroffene der drei Krankheitsbilder in ihrem Erscheinungsbild erheblich unterscheiden, haben alle Essgestörten gemeinsam, dass Essen für sie zu einem großen psychosomatischen Problem, oft mit körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen geworden ist (vgl. Gastpar et al. 2000).

Von Essstörungen betroffen sind in erster Linie Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 25 Jahren. Im Verhältnis von 1:20 erkranken auch Jungen. (Gerlinghoff & Backmund 2000). Die Prävalenz in Deutschland für Anorexia nervosa liegt bei 0,2 bis 2,0% für Frauen. Bulimia nervosa zeigt sich bei 2 bis 4% der Gesamtbevölkerung. Adipositas findet sich bei 9 bis 25% der Frauen und 10 bis 16% der Männer. (vgl. DHS 1997). Altersgruppenspezifisch stellt sich im Rahmen von Literaturrecherchen heraus, dass die Bulimia nervosa im jungen Erwachsenenalter am häufigsten vorkommt, während Anorexia nervosa in dieser Altersgruppe eher ungewöhnlich ist. Kennzeichnend für Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Diäten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika (vgl. DHS 1997). Das Gewicht der Betroffenen liegt meist im Normbereich, jedoch sind die Patienten mit ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor einer Gewichtszunahme.

Komorbidität von problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen

Die Begriffe „Komorbidität“, „multiple“, „Dual-“ oder „Doppeldiagnose“ bezeichnen 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 Komorbidität im Gegensatz zum heute nur noch selten angewandten Begriff „Doppeldiagnose“ nicht grundsätzlich auf das Vorhandensein von zwei Störungen begrenzt, sondern kann auch mehrere Beeinträchtigungen einschließen (vgl. Wittchen 1996).

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 werden soll.

Komorbidität ist laut Krausz et al. (2000, 3) ein „...wissenschaftliches Schwerpunktthema der [19]90er Jahre...“ und stellt nach Löhner (2002) auch heute noch einen Schwerpunkt der psychiatrischen Forschung dar. Begonnen habe die Forschung mit den empirisch gefundenen Zusammenhängen zwischen Substanzabhängigkeit und psychiatrischer Symptomatik. Dabei 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 psychiatrischen 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 Bevölkerungstichproben ermittelt. Sie liefern die bislang differenziertesten Ergebnisse zur Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum mit anderen psychischen Störungen (vgl. Gourney 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 diesem Programm der Vorzug bei der Darstellung der Prävalenzen gegeben werden.

Zum Thema Komorbidität von problematischem Substanzkonsum mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigen neuere Analysen der ECA-Studie, 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 erkranken Alkoholiker zu 3,8% zusätzlich an einer Schizophrenie. Die Studie bestätigt, dass Patienten mit dieser Komorbidität eher in klinischen Kontexten auftauchen (vgl. Drake et al. 1994, Gourney et al. 1997). Die Untersuchung zeigt weiterhin, dass auch Depressionen überzufällig häufig mit Substanzstörungen auftreten: 13,4% der Alkoholiker erkranken 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. (1990) folgende Daten gefunden worden: 19,4% der Alkoholmissbrauchenden und Alkoholabhängigen 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 sehr häufig unter Angststörungen leiden (ebd.). 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 in ihrer Lebensspanne an mindestens einer weiteren psychischen Störung erkranken. Personen mit Drogenabhängigkeit, insbesondere von Alkohol, leiden eher an einer Komorbidität als Personen mit missbräuchlichem Drogenkonsum. Im Hinblick auf die zeitlichen Muster ergibt sich im ECA und im NCS, dass bei Schizophrenie und affektiven Störungen etwa gleich oft zuerst die psychische Störung oder zuerst 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 300 bis 400 Patienten liegen z.B. nach 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) darauf hin, dass gegenseitige Verlaufsbeeinflussungen eher negativ sind. Querschnittstudien zeigen, dass Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Personen mit psychischen Krankheiten zu weiteren dissozialen Verhaltensweisen einschließlich verbaler Feindseligkeit, Aggression und kriminellen Verhalten

führen können (vgl. Drake et al. 1994). Darüber hinaus besteht eine erhöhte Gefahr für Unfälle, HIV-Infektionen und körperliche Krankheiten (vgl. Gournay et al. 1997). Auch haben Patienten mit einer Mehrfachdiagnose 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 aufgrund einer ihrer Störungen häufiger allgemeinmedizinische, psychiatrische und suchtttherapeutische Hilfen in Anspruch, ohne jedoch eine Behandlung des Gesamtbildes zuzulassen 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.

Zusammenfassung

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“ (ebd., 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 Männern und andere psychische Erkrankungen eher bei Frauen zu finden sind, während es keine geschlechtsspezifischen 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 „ABC-Schizophreniestudie“ an 22- bis 27-jährigen Patienten in Mannheim wurde aufgezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz für Drogenmissbrauch mit 14% in der Gruppe der schizophren 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. Dies würde längst nicht so „geächtet“ wie die Einnahme von Neuroleptika mit zudem 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 psychiatrischer Erkrankungen soweit auszublenden, dass an ihrer Stelle meist weniger gravierende Diagnosen wie Adoleszenzkrisen 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.

Der im vorliegenden Kapitel dargestellte Stand der Forschung ermöglicht im weiteren Verlauf der Arbeit die Untersuchung des Zusammenhangs des gesellschaftlichen Status der Studierenden mit der Entwicklung einer substanzbezogenen Störung. Es wurden bisher die Entwicklungsthemen im frühen Erwachsenenalter sowie das Studium als bedeutsames Lebensereignis theoretisch untersucht. Am Ende der Adoleszenz und zu Beginn des Studiums werden Ansprüche an selbstverantwortliches Arbeiten gestellt, Liebes- und Freundschaftsbeziehungen sowie die Verbindung mit der Herkunftsfamilie bekommt eine andere Qualität. In dieser Entwicklungsphase ist noch vieles

offen, ein Ausprobieren neuer Möglichkeiten ist notwendig. Damit erweist sich das frühe Erwachsenenalter als sensible Periode, innerhalb derer sich psychische Konflikte einstellen können, deren Ausprägungsgrad bis hin zur Entwicklung von psychischen Störungen wie etwa dem Substanzkonsum gehen können.

In den nächsten Kapiteln eine Brücke wird zwischen den gewonnenen Erkenntnissen und den in der Lebensrealität der befragten Studierenden beobachtbaren Verhaltensweisen geschlagen.

Ob und in welchem Umfang die im aktuellen Kapitel dargestellten Störungen im jungen Erwachsenenalter auch bei Studierenden auftreten, ist in Kapitel 7 aufgeführt.

Im Folgenden wird durch die Herleitung der Hypothesen ein Transfer zwischen theoretischen Grundlagen und auszuführender Untersuchung hergestellt.

4. Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit sollen Zusammenhänge zwischen Studieren und Substanzkonsum bzw. anderen psychiatrischen Erkrankungen untersucht werden. Da in Deutschland keine umfassende epidemiologische Untersuchung des Substanzkonsumverhaltens der studentischen Zielgruppe existiert, gilt es, die Prävalenz von Abhängigkeitsproblemen und psychischen Störungen zu eruieren. Dazu ist ein Instrument zu entwickeln, welches Konsumhäufigkeit und Konsummenge in Bezug auf die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen abfragt und auch das Gesamtkonsumverhalten erfasst. Außerdem müssen Daten zu psychischen Erkrankungen bei Studierenden erhoben werden. Dieses Befragungsinstrument soll in einer Querschnittsstudie bei Studierenden eingesetzt werden. Die Ergebnisse werden mit vorhandenen Konsumdaten Nicht-Studierender der gleichen Altersgruppe verglichen, welche in Deutschland in Bezug auf die Thematik bereits umfassend erhoben ist (vgl. BZgA 2001, Kraus 1998, Wittchen et al. 1999).

Wie in Kapitel 3.2 umfassend beschrieben wurde, soll das Studium im Folgenden als ein kritisches Lebensereignis bedacht werden. Trotz der Annahme, dass dieses kritische Lebensereignis sicherlich nicht einzig für die Entstehung einer Suchtproblematik oder einer psychischen Beeinträchtigung verantwortlich ist, sondern ein multifaktorielles Bedingungsgefüge bei der Genese der zu untersuchenden Störungen vermutet wird, soll im Folgenden die Tatsache des Studierens als ein Faktor des Bedingungsgefüges Auswahlkriterium für ein vermutetes Risiko sein. Die erste Hypothese lässt sich somit wie folgt formulieren:

1. Die Prävalenz von Suchtproblemen liegt bei Studierenden höher als bei der vergleichbaren Altersgruppe der Nicht-Studierenden.

Hinsichtlich der Ausprägung psychischer Krankheiten bis hin zu Komorbidität psychischer Erkrankungen und Abhängigkeitsstörungen ist die studentische Population in Deutschland nicht hinreichend untersucht worden. Wenn das Studium als solches Gefahren für die psychische Befindlichkeit mit sich bringt, kann angenommen werden, dass die Aufnahme eines Studiums als

gesundheitsbelastendes Ereignis gewertet werden kann, das Präventionsmaßnahmen bedarf.

Gemessen an denjenigen befragten Probanden, bei denen ein Suchtproblem festgestellt werden kann, soll untersucht werden, inwieweit eine zusätzliche psychische Beeinträchtigung zu einer Erhöhung der Suchtproblematik führt. Daher muss zunächst die Morbiditätsrate der psychischen Störungen bei Studierenden mit einem Suchtproblem untersucht werden. Die leitende Hypothese für dieses Vorgehen lautet:

2. Bei komorbiden Studierenden (Suchtproblem und psychische Beeinträchtigung) ist die Substanzkonsumproblematik stärker ausgeprägt als bei nicht komorbiden Studierenden (nur Suchtproblem).

Davon ausgehend, dass der problematische Konsum von Suchtmitteln sich auf den gesamten Alltag der betroffenen Personen negativ auswirkt, wird vermutet, dass der Verlauf des Studiums bzw. der Studienerfolg unter dem Konsum leiden. Daher soll untersucht werden, ob sich die retrospektiven Selbsteinschätzungen bezüglich des Studienverlaufs bei Studierenden mit und ohne Suchtproblem voneinander unterscheiden. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

3. Studierende mit Suchtproblemen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Abgeleitet von der 3. Forschungsfrage, die in Kapitel 2 gestellt wurde, geht die vierte Hypothese davon aus, dass sich die Existenz einer psychischen Auffälligkeit negativ auf die alltäglichen, im Studium notwendigen Tätigkeiten auswirkt. Bachmann et al. (1999) stellen fest, dass sich die psychische Gesundheit während der ersten Studienjahre verschlechtert.

Studienverzögerung, Studienunterbrechung und Studienabbruch können die Folge einer andauernden schlechten Befindlichkeit sein, was mitunter schwerwiegende Probleme mit sich bringt. Beispielsweise kann bereits die Nicht-Einhaltung der Regelstudienzeit Bafög-Streichungen oder seit neuster Zeit auch Studiengebühren zur Folge haben, was sich massiv auf die finanziell-

existenzielle Ebene auswirkt. Studierende mit psychischer Erkrankung müssen sich mit Leistungseinschränkungen, einem beeinträchtigten Selbstbewusstsein, Stigmatisierung, einem Mangel an angemessenen Unterstützungsangeboten und an angemessenen Studienbedingungen auseinandersetzen (vgl. Biermann & Giesen 2002). Aus diesen Mangelzuständen lässt sich die vierte Hypothese ableiten:

4. Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Die Existenz einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen lassen vermuten, dass bei einer erhöhten Belastung durch mehrere Beeinträchtigungen der Studienverlauf der betreffenden Studierenden noch schlechter ist als bei Studierenden mit keiner komorbiden Ausprägung. Die beiden Störungsbereiche werden demnach als additiv zueinander verstanden, was bedeutet, dass sich mit zunehmendem Störungsgrad auch die Schwierigkeiten im Studienverlauf erhöhen. Diese Annahme legt die Untersuchung der folgenden Hypothese nahe:

5. Studierende mit einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Geht man davon aus, dass der Schritt, sich bei einer Problembelastung Hilfe in Form von professioneller Beratung zu suchen, eine Bewältigungsstrategie ist, so ist zu untersuchen, wie die Studierenden, die sich in Beratungskontexte begeben haben, sich hinsichtlich einer Suchtbelastung von den Studierenden abhebt, die keine Beratung gesucht haben, aber durch die empirischen Untersuchungen in Bezug auf Suchtmittel auffällig negative Konsumwerte aufweisen. Es ist zu prüfen, ob der Kompetenzzuwachs, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, sich positiv auf die Suchtbelastung auswirkt (im Sinne von Selbstreflexion, Wahrnehmung einer Suchtproblematik oder Ähnlichem). So lässt sich die sechste Hypothese wie folgt formulieren:

6. Bei Klienten psychosozialer Beratungsstellen ist die Prävalenz von Suchtproblemen geringer als bei Studierenden, die sich nicht in psychosozialer Beratung befinden.

Im Folgenden werden die Methoden dargestellt, die zur Untersuchung der Hypothesen ausgewählt werden.

5. Untersuchungsmethodik

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst das Untersuchungsdesign (Kapitel 5.1), um danach auf die Auswertungsmethoden und die statistischen Prüfverfahren der Studie einzugehen (Kapitel 5.2). Die durchgeführte Studie wird im Folgenden Kölner Studie genannt, um sie von den Vergleichsstudien zu unterscheiden.

5.1 Untersuchungsdesign

Die Entwicklung des Untersuchungsdesigns ergibt sich sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen als auch aus den methodischen Anforderungen der Fragestellungen. Um das komplexe Untersuchungsthema hinreichend und umfassend zu erforschen, sind zwei Untersuchungsphasen notwendig, die aufeinander aufbauen und im Folgenden nacheinander dargestellt werden. Zur Übersichtlichkeit wird die Abfolge der beiden Methoden zunächst schematisch dargestellt:

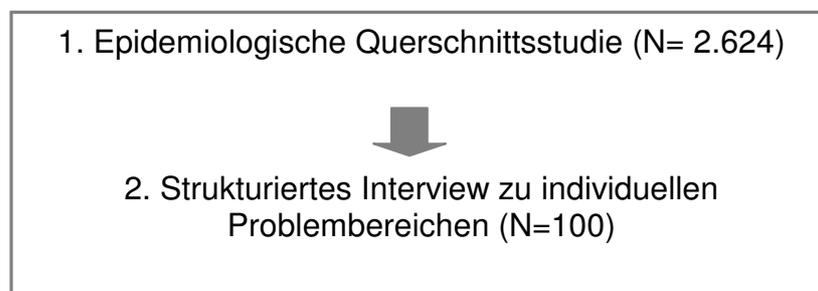


Abbildung 4. Methodenabfolge der Untersuchung

Die Prüfung der Fragestellungen und Einzelhypothesen (vgl. Kap. 2 bzw. 4) wird somit an zwei verschiedenen Stichproben vollzogen.

5.1.1 Epidemiologische Querschnittsstudie

Im ersten Schritt wird eine epidemiologische Querschnittsstudie mittels eines standardisierten Fragebogens bei den Studierenden durchgeführt (im Anhang einzusehen). Es können anhand des Fragebogens Aussagen zur

Konsumhäufigkeit und zur Epidemiologie bestimmter Verhaltensweisen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen getroffen werden (Screening). Außerdem wird es möglich, bestimmte Hochrisikoprofile in Bezug auf Substanzkonsum sowie suchtnahe Verhaltensweisen (Essstörungen) zu identifizieren.

Stichprobe

Die Ursprungsstichprobe der studentischen epidemiologischen Querschnittsstudie setzt sich aus insgesamt 2.624 Studierenden im Erststudium der nordrhein-westfälischen Städte Köln, Paderborn und Aachen zusammen. Die Studierenden sind im Durchschnitt 22,77 Jahre alt (SD= 2,32 Jahre). Es handelt sich um 1.326 Frauen (50,5%) und um 1.298 Männer (49,5%).

Messinstrument

Zum Screening der Studierenden werden Fragebogenverfahren verwandt, wobei größtenteils bereits etablierte Verfahren zum Einsatz kommen.

Zur Vereinfachung der verschiedenen Kategorien sei vorab folgendes Schema zum Aufbau des Fragebogens abgebildet:

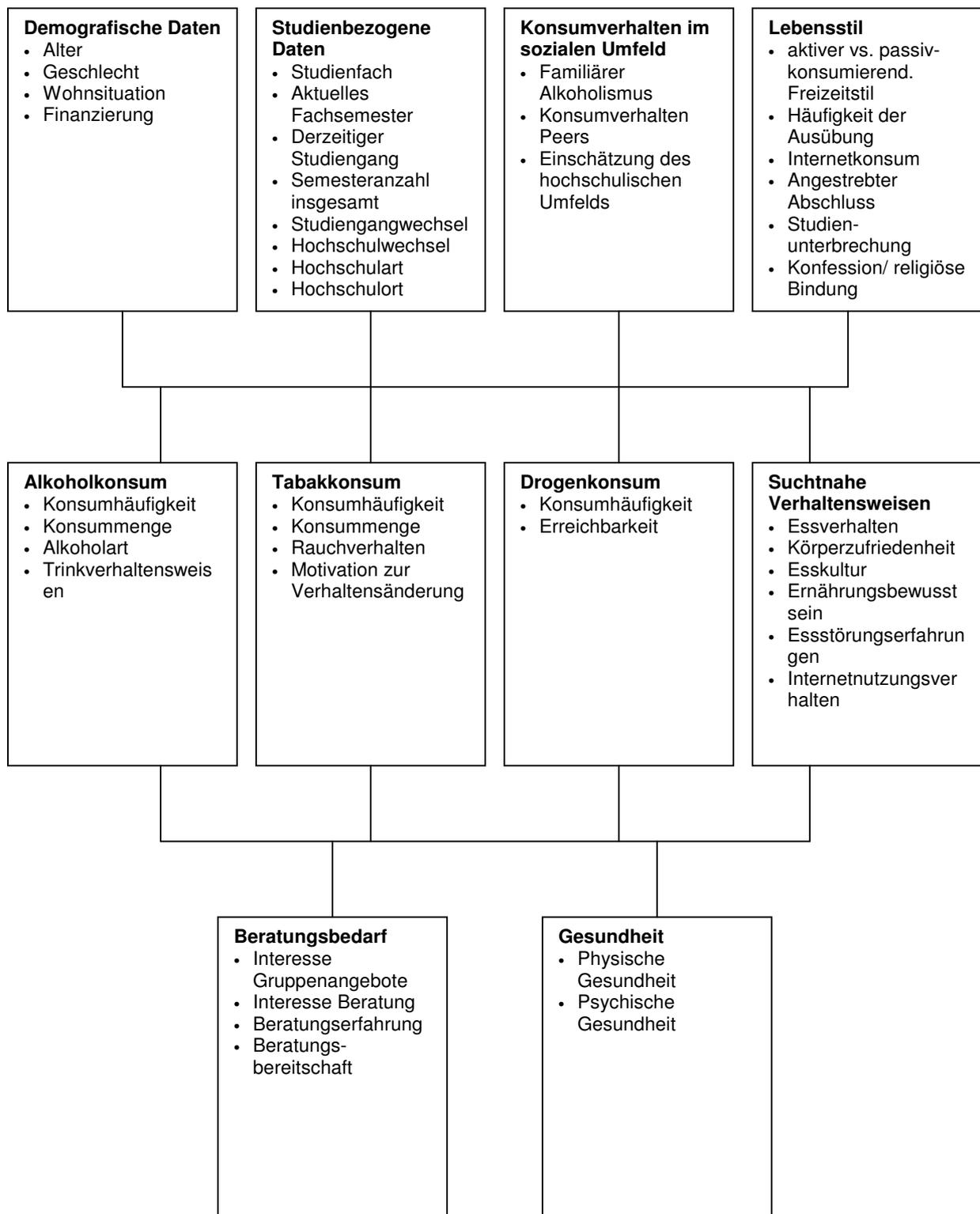


Abbildung 5. Aufbau des Fragebogens

Demografische Daten

Es werden das Alter, das Geschlecht, die Wohnsituation sowie die Finanzierung erfasst.

Studienbezogene Daten

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

Konsumverhalten im sozialen Umfeld

Die Probanden werden nach familiärem Alkoholismus und zum Konsumverhalten der Peergruppe befragt, basierend auf der Untersuchung von Hanewinkel & Wiborg (2001). Letzteres wird mit einer Bitte zur Einschätzung operationalisiert, wie oft und wie viel Studierende bzw. 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, zur Studienunterbrechung sowie zur Religionszugehörigkeit bzw. zur religiösen Identifikation. Dieser Teil basiert auf eigenen Fragestellungen kombiniert mit Fragen aus der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (vgl. BMBF 1998).

Substanzkonsum

Um sowohl internationale (z.B. Wechsler & Wuethrich 2002, Hurlbut & Sher 1992) als auch nationale (z.B. Kraus & Augustin 2001, BZgA 1991, Hanewinkel & Wiborg 2002) Substanzkonsumergebnissen der Altersgruppe der Studierenden mit den Ergebnissen der vorliegenden Stichprobe in einen Zusammenhang setzen zu können, orientieren sich alle Fragen zum Substanzkonsum in Anlehnung an bereits evaluierte Befragungsinstrumente. Es werden Angaben zu den psychoaktiven Substanzen Alkohol, Nikotin,

Cannabis, Amphetamine, Beruhigungsmittel, Ecstasy, Kokain und Opiate erhoben.

Zusätzlich zu den Alkoholerhebungsinstrumenten wird das Konstrukt „binge drinking“ erhoben. „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 liegt bei den meisten Studien in den letzten 30 Tagen, 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-TR Kriterien des Alkoholmissbrauchs und der –abhängigkeit werden 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 ermöglicht außerdem die Erfassung von Risikoverhaltensweisen in Verbindung mit Alkoholkonsum.

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

Suchtnahe Verhaltensweisen

Um auch die Prävalenz suchtnaher Verhaltensweisen zu erheben, werden 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 eingefügt: 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. 1983; deutsche Version von Thiel & Paul 1988) werden 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 als nicht stoffgebundene Suchtform wird der „Internet Addiction Test“ in den Fragebogen aufgenommen, welcher der amerikanischen Internetsuchthilfeinstitution netaddiction.com entlehnt ist.

Beratungsbedarf

Es wird das Ausmaß verschiedener Interessen zu Kurs- und Beratungsangeboten zum Thema Gesundheit erfragt, sowie Daten zur Beratungserfahrung und zum Beratungsverhalten erhoben.

Gesundheit

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

5.1.2 Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung

Die zweite Phase der Untersuchung umfasst ein teilstrukturiertes Interview. Aus der Stichprobe der epidemiologischen Querschnittsstudie werden Probanden mit einem Hochrisikoprofil mittels eines Erhebungsinventars zu Biografie, Studium, Selbstwirksamkeit in Bezug auf verschiedene psychoaktive Substanzen, zur Ausprägung psychischer Beeinträchtigungen sowie zu ihrer Beratungsbereitschaft befragt.

Stichprobe

Aus der ersten Stichprobe werden insgesamt 100 Probanden rekrutiert, die ein so genanntes „Hochrisikoprofil“ aufweisen: Sie zeigen in den Bereichen Substanzkonsum oder Essverhalten Auffälligkeiten im Vergleich zu den anderen so befragten Studierenden. Das Durchschnittsalter der Hochrisikoprobanden ist 23,4 Jahre (SD=3,11), es sind 58 Frauen (58,0%) und 42 Männer (42,0%).

Messinstrument

In der Interviewsituation werden zwei methodische Ansätze kombiniert: Den Probanden werden im Substanzkonsumteil strukturierte Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen vorgelegt. Alle anderen Bereiche werden mittels eines teilstrukturierten Interviews erfragt.

Demografische Daten

Erhoben werden 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 werden durch den Interviewer erfragt.

Studium

Der Themenbereich Studium umfasst 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 erfragt der Interviewer, ob der Proband an Studienabbruch gedacht hat, wie oft und warum er Lehrveranstaltungen „schwänzt“ und ob er mit dem persönlichen Studienverlauf zufrieden ist. Der Themenbereich wird mit der offenen Frage, was im Studium zum persönlichen Wohlbefinden fehlt, abgeschlossen. Am Ende des gesamten Interviews wird diese Frage wiederholt.

Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum unterteilt nach Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen

Der Bereich des Substanzkonsums wird mittels bereits etablierter Fragebogenverfahren von den 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. Marlatt und Gordon (1985) sehen in positiven Substanzwirkungserwartungen eine wesentliche Ursache von Rückfällen. Miller und Rollnick (1991) empfehlen die Erfassung positiver Wirkungserwartungen, um diese Informationen systematisch im Verlauf des Behandlungsprozesses berücksichtigen zu können.

Die Skala „Erleichterung des Sozialkontakts“ beschreibt die Erwartung unmittelbar verstärkender Effekte des Konsums von Alkohol, die Entspannung und selbstsicheres Verhalten in sozialen Situationen fördern, die Skala „Affektregulation“ hingegen beschreibt erwartete Spannungsreduktion und Affektregulation (Schmerzlinderung, schlafanstoßende Wirkung, Stressdämpfung etc.). Die Summenwerte werden durch Addition der codierten Antworten generiert, wobei „ja“ einem Wert von 1 und „nein“ einem Wert von 2 zugeordnet ist.

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

Nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind bei der Erfassung des Abhängigkeitsphänomens immer auch personenzentrierte, 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). Auf der vierstufigen Ratingskala entspricht die Antwort „trifft nicht zu“ einem Wert von Null, die Antwort „trifft etwas zu“ einem Wert von 1, die Antwort „trifft fast zu“ einem Wert von 2 und „trifft völlig zu“ einem Wert von 3. Der Gesamtestwert wird durch Addition der angekreuzten Aussagen berechnet. Item 1 prüft lediglich die Bereitschaft des Probanden den Test auszufüllen und geht nicht in die Endauswertung ein. Die Summenwerte können zwischen 0 und maximal 66 Punkten liegen.

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass ein niedriger Score auch auf eine mangelnde Krankheitseinsicht hinweisen kann. Generell gilt ein Wert unter 19.5 Punkten als unauffällig. Ein Wert von 33 Punkten weist auf eine mittlere Abhängigkeit und ein Wert ab 48 auf eine schwere Abhängigkeit hin.

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

Die deutsche Version des Fragebogens zur Self-Efficacy von Rauchern (SER-G) wird zur Erfassung von Verläufen, Entwicklungen und Veränderungen von Substanzkonsum eingesetzt (Rumpf et al. 1998). Es kann ein Summenwert berechnet werden für die Zuversicht, auf das Rauchen verzichten zu können (Confidence). Dies geschieht durch Addition der Werte aller Items. Darüber hinaus können Summenwerte für drei Subskalen bestimmt werden: Für die Skala Versuchungssituationen mit positivem Affekt werden die Werte der Items 1, 4, 6, 9, 10 und 16 addiert, für die Skala Versuchungssituationen mit negativem Affekt die Werte der Items 3, 5, 7, 8, 18 und 19 und für die Skala habituelle Versuchungssituationen die Werte der Items 11, 13, 14, 15 und 20 .

Höhere Werte zeigen jeweils eine größere wahrgenommene Zuversicht an, auf das Rauchen verzichten zu können (Confidence).

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). Dieses Konstrukt beruht auf einem von Janis und Mann (1977) vorgeschlagenen Entscheidungsmodell. Es postuliert acht Entscheidungskomponenten: Nutzen und Kosten für die eigene Person, Nutzen und Kosten für andere Personen, Anerkennung und Ablehnung durch die eigene Person, Anerkennung und Ablehnung durch andere Personen. Im Gegensatz dazu hat in das TTM eine einfachere Struktur Eingang gefunden. Decisional Balance repräsentiert dort kognitive und motivationale Aspekte der Entscheidungsfindung, bestehend aus zwei Konstrukten: Den Vorteilen einer Verhaltensänderung und den Nachteilen einer Verhaltensänderung. Für die Skala „Vorteile des Rauchens“ werden die Werte der ungeraden Items (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) addiert. Für die Skala „Nachteile des Rauchens“ werden die Werte der geraden Items (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) addiert. Höhere Werte zeigen jeweils eine größere wahrgenommene Bedeutung der Vor- bzw. Nachteile an.

Fragebogen Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR)

Der FÄR basiert 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). Das Modell 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. Die Stufen der Verhaltensänderung sind: „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“, „Vorbereitung“, „Handlung“,

„Aufrechterhaltung“. Die Stufen werden sequenziell durchlaufen, jedoch sind Rückfälle auf ein früheres Niveau in jeder Stufe möglich.

Während die Stufen der Verhaltensänderung den zeitlichen Ablauf der Veränderung abbilden, beschreiben die Strategien der Verhaltensänderung, durch welche Prozesse diese Veränderung begleitet wurde. Grob wird zwischen kognitiv-affektiven Strategien und verhaltensorientierten Strategien unterschieden.

Der FÄR dient der Zuordnung von Probanden zu einer der Stadien der Änderungsbereitschaft. Die drei Subskalen entsprechen drei Stadien der Veränderungsbereitschaft: „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“ und „Handlung“ und werden durch Summierung der entsprechenden Items gebildet. Vor der Summierung werden die Items von ihrem ursprünglichen Wertebereich von 1 bis 5 in Werte von -2 bis 2 umkodiert. Daraus resultieren drei Summenskalen mit einem Wertebereich von -8 bis 8. Die Zugehörigkeit der Items zu den Stadien ist wie folgt: Skala „Absichtslosigkeit“, Items 1, 5, 10, 12 die Items 1, 10 und 12 werden vor Summierung umgepolt, Skala „Absichtsbildung“, Items 3, 4, 8, 9 und Skala „Handlung“, Items 2, 6, 7, 11. Bei der Auswertung wird folgender Zuordnungsalgorithmus verwendet:

- a) Probanden mit positiven Werten in der Skala „Absichtslosigkeit“ und negativen Werten in den beiden Skalen „Absichtsbildung“ und „Handlung“, werden dem Stadium der „Absichtslosigkeit“ zugeordnet.
- b) Probanden mit positiven Werten in der Skala „Absichtsbildung“ und negativen Werten auf den beiden Skalen „Absichtslosigkeit“ und „Handlung“, werden dem Stadium der „Absichtsbildung“ zugeordnet.
- c) Probanden mit negativen Werten in der Skala „Absichtslosigkeit“ und positiven Werten in den beiden Skalen „Absichtsbildung“ und „Handlung“ und höheren Werten in der Skala „Absichtsbildung“ als der Skala „Handlung“, werden dem Stadium der „Vorbereitung“ zugeordnet.
- d) Probanden mit negativen Werten in der Skala „Absichtslosigkeit“ und positiven Werten in den beiden Skalen „Absichtsbildung“ und „Handlung“ und einem Wert in der Skala „Absichtsbildung“ kleiner oder gleich dem der Skala „Handlung“ werden dem Stadium der „Handlung“ zugeordnet.

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-2 (Fragebogen) (Wittchen et al. 1991) und Mini-DIPS (Margraf 1994) in einem Interviewgespräch erfragt.

Der SKID-2-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 ab Befragungszeitraum.

5.1.3 Reanalyse der Datensätze zur Epidemiologie

Die Prävalenzerhebung des Alkohol- und Drogenkonsums unter Nicht-Studierenden soll durch die Reanalyse vorhandener Datensätze durchgeführt werden. Folgende Datenpools werden 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 dargestellt.

Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001

Die Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) ist eine traditionsreiche 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 der vorliegenden Arbeit 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 $N=3.003$, 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 $N= 907$ Probanden gebildet, von denen 47,4% weiblich und 52,6% männlich sind. Das Durchschnittsalter dieser Teilstichprobe 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, 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 zum Zeitpunkt der Befragung 18-30 Jahre alt sind und nicht studieren bzw. nie studiert haben. Damit wird die relevante Stichprobe aus N= 1.150 Probanden gebildet, von denen 53,8% weiblich und 46,2% männlich sind. Das Durchschnittsalter beträgt 22,6 Jahre (SD 4,0 Jahre).

Bei der Konstruktion des epidemiologischen Querschnittsfragebogens für die Studierenden wurde auf eine Vergleichbarkeit geachtet, die Fragen sind immer in Anlehnung an mindestens einen der beiden Fragebögen für Nicht-Studierende formuliert.

5.1.4 Reanalyse des Datensatzes zu psychischen Störungen

Für Deutschland fehlen bislang bundesweite Studien, die eine verlässliche Einschätzung der Prävalenz psychischer Störungen bezogen auf die gesamte Bundesrepublik ermöglichen. Ebenso fehlen Angaben der durch psychische Morbidität entstehenden Beeinträchtigungen sowie über den Zusammenhang mit körperlicher Krankheit. Im Oktober 1997 startete der erste gesamtdeutsche Gesundheitssurvey, eine repräsentative Untersuchung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland (Bellach 1999). Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte das Robert-Koch-Institut eine Befragung von 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen sowie eine medizinischen Untersuchung durch (vgl. Thefeld et al. 1999).

Das Modul „Psychische Störungen“ wurde in Verantwortung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie (München) im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt (Wittchen et al. 1999).

Zur besseren Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Arbeit werden aus dem Rohmaterial, welches der Autorin mit freundlicher Genehmigung des Max-

Planck-Instituts für Psychiatrie als public file zur Verfügung steht, diejenigen Probanden extrahiert, die 18-29 Jahre alt sind, aus dem Westen Deutschlands kommen und nicht studieren bzw. jemals studiert haben.

Damit wird die relevante Stichprobe aus N= 767 Probanden gebildet, von denen 49,4% weiblich und 50,6% männlich sind. Das Durchschnittsalter beträgt 24,3 Jahre (SD 3,99 Jahre).

5.1.5 Reanalyse der Datenbasis zu Studienverlauf

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und das Deutsche Studentenwerk führen seit 1951 eine nationale Langzeituntersuchung von Studierenden durch. Die Sozialerhebungen werden alle drei Jahre durchgeführt und dienen so der umfassenden Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen von Studierenden. Die vorliegende 15. Sozialerhebung wird wegen ihrer Sonderauswertung zum Thema „Studium und psychische Probleme“ ausgewählt (vgl. Hahne et al. 1998). Es werden Reanalysen der vom BMBF veröffentlichten Befragungsergebnissen vorgenommen, indem Prozentangaben und Mittelwerte als Vergleichsdaten herangezogen werden (vgl. BMBF 1998).

5.2 Auswertungsmethoden und statistische Prüfverfahren

Im Folgenden werden die Verfahren beschrieben, mit denen die erhobenen Daten der Kölner Studie ausgewertet werden.

5.2.1 Auswertung der quantitativen Daten

Die quantitativen Daten sämtlicher Untersuchungsinstrumente sowie der beiden externen Datenbasen liegen sowohl auf Nominalskalen- als auch auf Intervallskalenniveau vor. Die Auswertung der Daten erfolgt zunächst durch gruppierte Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Merkmalsausprägungen erfolgen, wonach eine Analyse der Korrelationen und Interdependenzen zwischen den unabhängigen Variablen und den abhängigen Variablen mittels Kreuztabellen und Mittelwertsvergleichen durchgeführt wird. Man testet zwei Hypothesen gegeneinander, die Alternativhypothese und die Nullhypothese. In

der Alternativhypothese H_1 sollte die inhaltliche Hypothese so gut wie möglich abgebildet sein, z.B. dass sich Studierende und Nicht-Studierende systematisch und überzufällig häufig im Trinkverhalten unterscheiden. Mit der Nullhypothese H_0 wird die Alternativhypothese widerlegt, z.B., dass sich Studierende und Nicht-Studierende im Trinkverhalten *nicht* unterscheiden und dass mögliche Unterschiede rein zufällig entstanden sind. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (das Signifikanzniveau), also die Wahrscheinlichkeit, sich irrtümlich für einen systematischen Unterschied zu entscheiden, wenn ein zufälliger Unterschied vorhanden ist, soll unter 5% bleiben. Beträgt die Irrtumswahrscheinlichkeit demnach höchstens 5%, so ist das Ergebnis als signifikant zu bezeichnen. Liegt es bei höchstens 1%, so spricht man von einem sehr signifikanten Ergebnis (vgl. Bortz 1999).

Die Signifikanz gibt jedoch zunächst nur einen rein rechnerischen Zusammenhang an. Es werden keine Informationen über den wirklichen empirischen Zusammenhang zwischen untersuchten Variablen und dessen Stärke deutlich. Je größer eine Stichprobe ist, desto häufiger finden sich signifikante Ergebnisse, desto eher kann also angenommen werden, dass die ermittelten Ergebnisse nicht zufällig entstanden sind. Um unabhängig von der Stichprobengröße Aussagen über den empirischen Zusammenhang von Variablen treffen zu können, werden zusätzlich Maße der praktischen Signifikanz oder Effektstärken berechnet (vgl. Bredenkamp 1970, Hoff 2002).

Mit dem χ^2 -Test nach Pearson wird bei nominalskalierten Variablen 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) mit der abhängigen Variable (z.B. Alkoholkonsumverhalten) zusammenhängt.

Mit Mittelwertsvergleichen werden die intervallskalierten Daten ausgewertet.

Auswertung kategorialer Daten

Die unter 5.1 beschriebenen Kategorien (z.B. Alkoholkonsum, Lebensstil usw.) 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 χ^2 -Wert nach Pearson abgebildet. Weitergehend wird der Kontingenzkoeffizient CC berechnet: Er ist unabhängig von der Stichprobengröße und gibt die Zusammenhangsstärke zwischen zwei nominalskalierten Variablen an (z.B. Raucher/ Nichtraucher). Bredenkamp (1970) bezeichnet den Koeffizienten als Maß der praktischen Signifikanz. Wenn der Wert für CC größer als 0.16 ist, wird das Ergebnis als praktisch signifikant gewertet.

Auswertung der Vergleichsdaten

In Kapitel 5 wurden bereits die Studien beschrieben, die als Vergleich zur Kölner Studie herangezogen werden. Nicht immer ist es möglich, einen Signifikanztest durchzuführen, da die Fragestellungen der einzelnen Studien verschiedentlich zu stark voneinander abweichen. In diesem Falle werden die Prozentwerte der einzelnen Datensätze einander gegenüber gestellt. Sollte der Unterschied zwischen den Studien mehr als 5 Prozentpunkte betragen, so wird von einer Unterschiedstendenz ausgegangen, bei 10 oder mehr Prozentpunkten Unterschied wird das Ergebnis als unterschiedlich bewertet. Bezüglich der studienbezogenen Daten der Hypothesen drei bis fünf werden jeweils zwei sehr unterschiedlich große Stichproben miteinander verglichen, bei der die eine unter 100 Probanden umfasst, während die andere über 20.000 Probanden aufweist. In diesem Falle kann nur bedingt ein Prozentvergleich erfolgen, für die Hypothesen drei bis fünf können demnach nur Tendenzen abgebildet werden.

5.2.2 Hypothesen und Untersuchungsverfahren im Überblick

Um zu verdeutlichen, wie die unter Punkt 4 formulierten Hypothesen methodisch operationalisiert werden, wird in der folgenden Abbildung eine Gegenüberstellung von Hypothesen und Untersuchungsverfahren dargelegt.

Hypothesen	Methoden
<p>1. Die Prävalenz von Suchtproblemen liegt bei Studierenden höher als bei der vergleichbaren Altersgruppen der Nicht-Studierenden.</p>	<p>1. Fragebogen zur Epidemiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografische Daten • Studienbezogene Daten • Konsumverhalten im sozialen Umfeld • Lebensstil • Alkohol-, Tabak-, Drogenkonsum • Suchtnahe Verhaltensweisen • Beratungsbedarf • Gesundheit <p>Ort der Befragung: NRW (Aachen, Köln, Paderborn), N=2330</p> <p>2. Reanalyse von Datenbasen zur Epidemiologie der Nicht-Studierenden (BZgA 2001, Kraus & Bauernfeind 1998)</p>
<p>2. Bei komorbiden Studierenden (Suchtproblem und psychische Beeinträchtigung) ist die Substanzkonsumproblematik stärker ausgeprägt als bei nicht komorbiden Studierenden (nur Suchtproblem).</p>	<p>1. Strukturiertes Interview</p> <p>2. Reanalyse des Bundesgesundheits-surveys (Wittchen et al. 1999)</p>
<p>3. Studierende mit Suchtproblemen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.</p>	<p>1. Strukturiertes Interview</p> <p>2. Reanalyse der 15. Sozialerhebung zum Studienverlauf (BMBF 1998)</p>
<p>4. Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.</p>	<p>1. Strukturiertes Interview</p> <p>2. Reanalyse der 15. Sozialerhebung zum Studienverlauf (BMBF 1998)</p> <p>3. Reanalyse des Bundesgesundheits-surveys (Wittchen et al. 1999)</p>

<p>5. Studierende mit einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturiertes Interview 2. Reanalyse der 15. Sozialerhebung zum Studienverlauf (BMBF 1998) 3. Reanalyse des Bundesgesundheits-surveys (Wittchen et al. 1999)
<p>6. Klienten psychosozialer Beratungsstellen sind weniger suchtbelastet als Studierende, die sich nicht in psychosozialer Beratung befinden.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturiertes Interview 2. Fragebogen zur Epidemiologie

Abbildung 6. Synopse von Hypothesen und Untersuchungsverfahren

6. Untersuchungsverlauf

Die konzeptuelle Planung der vorliegenden Untersuchung erfolgt in den Monaten Juni bis August 2002. Das eigentliche Vorhaben beginnt 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 werden die Datensätze der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) und der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus & Bauernfeind 1998) ausgewertet.

Die Durchführung der Befragungen wird im Folgenden ausführlich dargestellt. Zunächst werden der zeitliche Ablauf (Kapitel 6.1), danach die Gewinnung der Untersuchungsgruppe (Kapitel 6.2) und schließlich die eigentliche Durchführung geschildert, bevor eine abschließende Darstellung der Schwierigkeiten sowie eine Gesamtbewertung des gesamten Untersuchungsverlaufs erfolgt (Kapitel 6.4).

6.1 Zeitlicher Ablauf

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

Epidemiologische Querschnittsstudie

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

Instrument

Im Dezember 2002 wird ein Vortest mit Studierenden der Katholischen Fachhochschule NW (KFH NW), Abteilung Köln durchgeführt, um das

Instrument zu erproben und zu evaluieren (Bodensteiner 2003). Nach dem Vortest wird der Fragebogen zu der Endversion weiter entwickelt, die im Anhang (Seite 265) einzusehen ist.

Interviewer

Im Rahmen des für das 2. Semester Sozialwesen der Katholischen Fachhochschule entwickelten Lernprojekts „Suchtprävention bei Studierenden an deutschen Hochschule“ werden 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, findet die epidemiologische Befragung mit freundlicher Genehmigung der ansässigen Studentenwerke in den Mensen der drei Städte Aachen, Köln und Paderborn statt. Die Studie wird im Rahmen eines Forschungsprojektes des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule (KFH) in Nordrhein-Westfalen (NRW) durchgeführt. Die KFH hat in NRW vier Standorte, es werden die drei Städte Aachen, Köln und Paderborn aufgrund der Hochschulstrukturen vor Ort ausgewählt. Münster als vierter Standort wird nicht befragt, da dort strukturelle Ähnlichkeiten mit Aachen bestehen.

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

Vom 05.05.03 bis zum 09.05.03 werden die Fragebögen an Studierende in der Kölner Zentralmensa verteilt, in Aachen vom 06.05.03 bis zum 08.05.03 findet die Befragung in den drei Mensen in Aachen statt. In Paderborn kann die zeitgleiche Untersuchung wegen Umbaus der Mensa nicht erfolgen, dort wird eine Woche später befragt.

Aufgrund einer unterdurchschnittlichen Repräsentanz der Studierenden aus den Hauptstudienfächern Medizin und Ingenieurwissenschaften werden im Dezember 2003 noch einmal explizit und somit selektiv die Studierenden der die FH Köln-Deutz und die Medizinstudenten der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln befragt, indem dort an jeweils zwei Tagen im Foyer

Fragebögen verteilt werden. Diese Fakultäten der beiden Fächergruppen liegen nicht in direkter Nähe zur Hauptmensa in Köln, so dass ihre Studierenden dort nicht so häufig anzutreffen sind wie Studierende der anderen Fächergruppen, deren Fakultäten größtenteils in direkter Nähe und damit Erreichbarkeit der Zentralmensa Köln liegen.

Auswertung

Für den Fragebogen wird ein Kodierschema erstellt, welches im Statistikprogramm SPSS 11.0 äquivalent einprogrammiert wird (siehe exemplarisches Beispiel im Anhang Seite 277). Die ausgefüllten Fragebögen (N=2.971) werden zwischen Mai und September 2003 in SPSS eingegeben und von Anfang an sukzessive ausgewertet, um Probanden für die zweite Datenerhebung zu bestimmen.

Die endgültige Auswertung der Ergebnisse dieser ersten Datenerhebung findet im November 2003 statt. Es werden nur die Studierenden, die ein Erststudium durchführen und höchstens 30 Jahre alt sind, ausgewählt, so dass eine Gesamtstichprobe von N=2.624 in die Datenanalyse eingeht.

Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung

Instrument

Die Konstruktion des Interviewleitfadens und der Fragebögen für das teilstrukturierte Interview zu individueller Problemausprägung ist im Anhang (Seite 279) abgebildet.

Interviewer

Die 28 Studierenden, die bereits die Studierendenbefragung durchgeführt haben, sowie 2 Diplomandinnen des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule NW werden 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 werden in zweiwöchentlichen Abständen Interviewertreffen abgehalten, in denen Erfahrungen mit bereits durchgeführten Interviews

ausgetauscht und weitere Fragen geklärt werden können. Sowohl Interviewerschulung als auch –treffen werden schriftlich protokolliert, um Einzelfragen nachlesen zu können und um eine nachweisliche Qualitätskontrolle und Erhöhung der Interviewerübereinstimmung zu erreichen. 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).

Durchführung

Die Interviews zu individueller Problemausprägung werden im Zeitraum vom 15.05.2003 bis zum 31.08.2003 geführt.

Auswertung

Auch für das Erhebungsinventar des Interviews wird ein Kodierschema erstellt, welches ebenfalls in SPSS einprogrammiert wird (siehe exemplarisches Beispiel im Anhang Seite 315).

6.2 Gewinnung der Untersuchungsgruppen

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

Epidemiologische Querschnittsstudie

Im Vorfeld der Fragebogenbefragung werden Geschenke akquiriert, die den Studierenden als Motivation dienen sollen, den Bogen vollständig auszufüllen

und bei vereinbarten Sammelpunkten abzugeben. Zusätzlich steht 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 gibt.

An allen Befragungsorten macht ein gut sichtbarer Stand mit ansprechendem Design auf sich aufmerksam. Die Selektion durch die Interviewer findet in Bezug auf das augenscheinliche Alter (19 bis 30 Jahre) statt. Jeder potenzielle Proband bekommt die Untersuchung und den Ablauf erklärt und wird darauf aufmerksam gemacht, dass er bei Abgabe eines ausgefüllten Fragebogens ein kleines Präsent z.B. in Form eines T-Shirts oder eines Notizblocks erhält.

Der Rücklauf der verteilten Fragebögen beträgt insgesamt 35%.

Außer der persönlichen Verteilung der Fragebögen wird die Verteilung von Fragebögen mit freiem Rückumschlag in den Kölner Studentenwohnheimen vorgenommen. Die zufällig ausgewählten Bewohner finden den Fragebogen mit einem freigemachten Rückumschlag in ihrem Briefkasten vor. Die Erklärung des Vorgehens muss der ersten Seite des Fragebogens (siehe Anhang Seite 265) entnommen werden.

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

Teilstrukturiertes Interview zu individueller Problemausprägung

Für das Interview werden Probanden ausgewählt, die im Fragebogen folgendes Antwortverhalten zeigen:

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 wird überprüft, ob dieses Verhalten mit den beiden Einschätzungen in Verbindung steht:

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

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

Für die Erst-Kontaktaufnahme per E-Mail mit den Studierenden, die sich für ein Interview bereit erklärt haben, wird ein standardisiertes Schreiben entwickelt (siehe Anhang Seite 317). Jeder Interviewer erhält zur selbstständigen Kontaktaufnahme die E-Mailadressen seiner Probanden. Jeder Proband bekommt höchstens zweimal die Meldung, dass er zum Interview ausgelost worden sei mit der Frage, ob er noch am Interview interessiert sei. Im positiven Falle wird entsprechend den Wünschen des Studierenden Ort und Zeitpunkt des Interviews vereinbart, außerdem werden nochmals die Anonymität und die damit verbundene Schweigepflicht des Interviewers betont. Es wird stets darauf aufmerksam gemacht, dass das Interview zwischen einer und zwei Stunden dauere und die Aufwandsentschädigung nur für ein vollständig durchgeführtes Interview gezahlt werden könne. Falls ein ausgewählter Proband sich nicht meldet, wird er nicht mehr kontaktiert.

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

Die Befragungssituation beginnt mit Angaben zu demografischen Bereichen des Probanden, die Einstiegsphase dauert etwa 5-10 Minuten. Nach dem ersten Interviewteil folgen die substanzbezogenen Fragebögen, die der Proband selbstständig ausfüllt. Das Ausfüllen der Bögen dauert im Durchschnitt etwa 15-20 Minuten.

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

Nach Beendigung des Interviews erhalten alle Befragten die vereinbarte Aufwandsentschädigung sowie eine Informationsbroschüre, die Adressen und Telefonnummern von Beratungsstellen enthalten (im Anhang auf Seite 318 einzusehen). Besonders betont wird die Tatsache, dass dort ausgebildete

Fachkräfte sitzen und die Beratung kostenfrei ist, da in der Fragebogenbefragung häufig hinsichtlich dieser beiden Punkte Unsicherheit herrscht. Dieses Vorgehen scheint angebracht, um einerseits eine Stigmatisierung des Probanden als hilfebedürftiger Mensch zu vermeiden, aber andererseits eine weitere Vermittlung zu Hilfeangeboten zu ermöglichen.

6.3 Soziodemografische Daten

Im Folgenden werden die Merkmale der verschiedenen Vergleichsstichproben beschrieben. Zunächst erfolgt eine ausführliche Darstellung der Kölner Studie. Hiernach werden die Merkmale der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2001) sowie der Repräsentativerhebung des IFT (Kraus & Bauernfeind 1998) dargestellt. Im Anschluss werden die Daten des Bundesgesundheits surveys abgebildet, dessen Probanden als Vergleichsgruppe in Bezug auf psychische Störungen dienen.

6.3.1 Kölner Studie

Epidemiologische Querschnittsstudie

Die 2.624 Studierenden der epidemiologischen Querschnittsstudie lassen sich anhand der demografischen und studienbezogenen Daten (vgl. Aufbau epidemiologischer Fragebogen, Abbildung 2) folgendermaßen beschreiben:

Tabelle 1. Demografische und studienbezogene Daten der Probanden der Kölner Querschnittsstudie

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	1.298	49,5
	Frauen	1.326	50,5
Gesamt		2.624	100,0
Alter	19-24 Jahre	2.063	78,6
	25-30 Jahre	561	21,4
Gesamt		2.624	100,0
Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs			
	1.-4. Semester	1.571	61,7
	5.-8. Semester	683	26,8
	9.-12. Semester	237	9,3
	≥ 13. Semester	57	2,2
Gesamt		2.548	100,0

		Anzahl	%
Semesteranzahl insgesamt	bis zu 4 Semester	1.390	55,4
	5-8 Semester	717	28,6
	9-12 Semester	307	12,2
	≥ 13 Semester	95	3,8
	Gesamt	2.509	100,0
Hauptstudienfach	Ingenieurwissenschaften	454	17,3
	Sprach- und Kulturwissenschaften	491	18,7
	Mathematik, Naturwissenschaften	434	16,5
	Medizin	133	5,1
	Jura, Wirtschaftswissenschaften	618	23,6
	Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik	494	18,8
	Gesamt	2.624	100,0
Hochschulart	Universität	2.127	81,6
	Fachhochschule	479	18,4
Gesamt	2.606	100,0	
Hochschulort	Aachen	439	16,7
	Köln	1.854	70,7
	Paderborn	301	11,5
	Andere Hochschule	30	1,1
Gesamt	2.624	100,0	
Konfession	römisch-katholisch	1.410	54,4
	protestantisch (Alkohol erlaubt)	691	26,6
	protestantisch (Alkohol verboten)	18	0,7
	muslimisch	60	2,3
	keine Religion	332	12,8
	andere Religion	83	3,2
Gesamt	2.594	100,0	
Wohnsituation Wohnt zusammen mit...	...dem Partner/ der Partnerin	369	14,3
	...den Kindern	9	0,3
	...den Kind(ern) und Partner/Partnerin	17	0,7
	...den Eltern	535	20,7
	...noch anderen Personen	894	34,6
	alleine	758	29,4
	Gesamt	2.582	100,0
Wohnt...	...im Studentenwohnheim	415	16,2
	...in einer Wohngemeinschaft	557	21,7
	...in Haus oder Wohnung der Eltern	539	21,0
	...in einer Wohnung	946	36,9
	...in einem Zimmer	88	3,4
	woanders	22	0,8
	Gesamt	2.567	100,0
Finanzierung (Mehrfach- antworten möglich)	Erhält Bafög	734	28,5*
	Geht arbeiten	1.516	58,9*
	Hat Stipendium	73	2,8*
	Eltern unterstützen	1.853	72,0*
	Partner/ Partnerin unterstützt	95	3,7*
	anderes	151	5,9*

* Prozentwert bezieht sich jeweils auf die Gesamtstichprobe

Die demografischen Daten der vorliegenden Dissertation werden im Folgenden mit denen der 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (BMBF

2001) verglichen, um eine Vorstellung dessen zu schaffen, wie in der Bundesrepublik Deutschland Studierende repräsentiert sind 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 50,5% zeigt.

Alter

Nach den Daten der Sozialerhebung sind Studierende im Erststudium im Durchschnitt 24,7 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Probanden der Kölner Studie beträgt 22,8 Jahre. Das lässt darauf schließen, dass die eher jüngeren Studierenden, die als Studierende im Grundstudium eingeordnet werden können, zumindest eher am Befragungsort 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

61,7% 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 9,3% in der Stichprobe vertreten.

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

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 im Vergleich mit der Semesteranzahl des derzeitigen Studiengangs um 2,9 Prozentpunkte auf 12,2 steigt, die Anzahl der Langzeitstudierenden (13 oder mehr Semester) steigt auf 3,8% an.

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

Hauptstudienfach

Um zu verdeutlichen, wie die Studienfachwahl im nationalen 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	17,3
	Sprach- und Kulturwissenschaften	20,0	18,7
	Mathematik, Naturwissenschaften	18,0	16,5
	Medizin	6,0	5,1
	Jura, Wirtschaftswissenschaften	23,0	23,6
	Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik	15,0	18,8
	Gesamt	100,0	100,0

Auch wenn letztlich keine Repräsentativität in Bezug auf die Hauptstudienfächer erreicht werden kann, so wird durch die Betrachtung von Tabelle 2 doch deutlich, wie nah die Kölner Studie dem repräsentativen Bundesdurchschnitt kommt.

Hochschulart

Im Gegensatz zur Sozialerhebung, wo 75,8% an Universitäten und 24,2% an Fachhochschulen studieren, sind in der Kölner Studie 81,6% an der Universität und 18,4% 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 70,7% mit Köln, zu 16,7% mit Aachen und zu 11,5% mit Paderborn angegeben. 1,1% studieren an anderen Hochschulen.

Konfession

81% der Probanden der Kölner Studie gehören den beiden Hauptreligionsgemeinschaften der römisch-katholischen Kirche (54,4%) und der evangelischen Kirche (26,6%) 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 3,2% an. 12,8% der Befragten Studierenden gehören zu keiner Religionsgemeinschaft.

Wohnsituation

Wie die Tabelle 1 zeigt, wohnen 20,7% der Studierenden bei den Eltern, während 29,4% alleine wohnen. Mit einem Partner zusammen leben 14,3% der Befragten, mit anderen Personen in Wohngemeinschaften oder Ähnlichem wohnt mit 34,6% der Hauptteil der Studierenden.

21,0% der Untersuchungsteilnehmer leben im Haus oder der Wohnung der Eltern, 3,4% bewohnen ein Zimmer, 36,9% eine Wohnung. 16,2% der Gesamtstichprobe wohnt im Studentenwohnheim, 21,7% in einer Wohngemeinschaft.

Finanzierung

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

So werden 72,0% der Gesamtstichprobe von den Eltern unterstützt, 58,9% finanzieren sich durch Nebenjobs und 28,5% erhalten Bafög. 3,7% der Stichprobe werden vom Partner mitfinanziert, 5,9% 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. Die

Gleichzeitigkeit von Bildungs- und Erwerbsarbeit ist demnach bei den Studierenden der Kölner Studie gegeben (vgl. Zinnecker 1997, Kapitel 3.1.3)

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 (vgl. Aufbau epidemiologischer Fragebogen, Abbildung 2) folgendermaßen beschreiben:

Tabelle 3. Demografische und studienbezogene Daten der Interviews

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

		Anzahl/%
Konfession	römisch-katholisch	53
	protestantisch (Alkohol erlaubt)	25
	protestantisch (Alkohol verboten)	0
	muslimisch	4
	keine Religion	15
	andere Religion	3
	Gesamt	
Wohnsituation		
Wohnt zusammen mit...	...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
Wohnt...	...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 (Mehrfach-antworten möglich)	Erhält Bafög	21*
	Geht arbeiten	67*
	Hat Stipendium	3*
	Eltern unterstützen	67*
	Partner/ Partnerin unterstützt	6*
	anderes	3*

* Prozentwert bezieht sich jeweils auf die Gesamtstichprobe

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.

6.3.2 Drogenaffinitätsstudie

Tabelle 4. Demografische Daten zur Drogenaffinitätsstudie

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	468	51,6
	Frauen	439	48,4
Gesamt		907	100,0
Alter	18-24 Jahre	790	87,1
	25-30 Jahre	117	12,9
Gesamt		907	100,0
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
Gesamt		907	100,0

Um eine vergleichbare Probandenmenge zu erlangen, wurden aus der Drogenaffinitätsstudie (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 2,1% höher als bei der Kölner Studie.

Die Befragten der BZgA-Studie sind im Durchschnitt 21,2 Jahre alt und folglich 1,6 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.

6.3.3 Repräsentativerhebung IFT

Tabelle 5. Demografische Daten der Repräsentativerhebung

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	531	46,2
	Frauen	619	53,8
Gesamt		1.150	100,0
Alter	18-24 Jahre	574	49,9
	25-30 Jahre	576	50,1
Gesamt		1.150	100,0
Berufstätigkeit	Auszubildender/ Auszubildende	163	14,2
	Berufstätig	621	54,9
	Sonstiges	366	31,8
Gesamt		1.150	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 Westdeutschland wohnen. Der Männeranteil der Erhebung liegt bei 46,2%, was 3,3% weniger sind als in der Kölner Studie.

Die untersuchten Erwachsenen sind im Durchschnitt 22,6 Jahre alt und unterscheiden sich somit um 0,2 Jahre von den Studierenden der Kölner Studie. 54,9% der Befragten sind berufstätig, 14,2% befinden sich in Ausbildung. Somit sind in der IFT-Studie 69,1% der befragten Personen in einen beruflichen Kontext integriert, der einen geregelten Alltag vermuten lässt.

6.3.4 Bundes-Gesundheitssurvey

Tabelle 6. Demografische Daten des Bundes-Gesundheitssurveys

		Anzahl	%
Geschlecht	Männer	388	50,6
	Frauen	379	49,4
Gesamt		767	100,0
Alter	18-24 Jahre	381	49,7
	25-30 Jahre	386	50,3
Gesamt		767	100,0
Berufstätigkeit	Schüler/Schülerin	76	9,9
	Auszubildender/ Auszubildende	103	13,4
	Berufstätig	450	58,7
	Arbeitslos/ Arbeitssuchend	34	4,4
	Wehrdienst/ Ersatzdienst	28	3,7
	Haushaltsführung	60	7,8
	Sonstiges	16	2,1
Gesamt		767	100,0

Um vergleichbare Daten zu erhalten, wurden aus dem Bundes-Gesundheitssurvey (im Folgenden mit BGS abgekürzt) nur diejenigen Probanden zur Auswertung genommen, die zwischen 18 und 30 Jahren alt sind, nicht studieren oder studiert haben und im Westen Deutschlands wohnen. Insgesamt können so 767 Probanden ermittelt werden. Der Männeranteil dieser Stichprobe liegt bei 50,6% und ist damit um 1,1% höher als bei der Kölner Studie.

Die Befragten des BGS sind im Durchschnitt 24,3 Jahre alt und folglich 1,6 Jahre älter als die befragten Studierenden der Kölner Studie.

Auch beim BGS sind 58,7% der Befragten berufstätig, 13,4% in einer Ausbildung, und 9,9% befinden sich in einem schulischen Kontext. Damit weisen mindestens 82% der Befragten einen durch Beruf oder Ausbildung strukturierten Alltag auf.

6.4 Bewertung des Gesamtverlaufs

Da die zwei Befragungen der Kölner Studie auch in zwei unterschiedlichen Zeitabschnitten durchgeführt werden, wird zunächst die Struktur der Einzeldarstellung jeder der 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 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.

Gesamtfazit

Insgesamt wird der Untersuchungsverlauf besonders hinsichtlich des engen Zeitplans als gelungen bewertet. Die detaillierten Aussagen über Substanzkonsum und suchtnahe Verhaltensweisen bei Studierenden wurden derart in Deutschland bisher nicht erhoben und bilden eine gute Grundlage für

eine gruppenspezifische Auswertung unter Beachtung der Lebenssituation von jungen, studierenden Erwachsenen in Deutschland.

Die Befragungen haben eine große Datenmenge abgeworfen, von der im Folgenden jedoch nur die hypothesenrelevanten Daten untersucht werden.

7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Es folgt eine Darstellung der quantitativen und qualitativen Zusammenhänge der gesammelten Daten. Zuerst sollen die wichtigsten Ergebnisse dargestellt werden. Danach werden die Daten im Detail und hypothesenorientiert berichtet und interpretiert. Die bisherige Struktur der Darstellung pro Untersuchungstyp (Epidemiologische Befragung, teilstrukturiertes Interview) ist im Folgenden nicht mehr notwendig, somit fließen alle Stichproben zur Gesamtdarstellung zusammen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Reihenfolge der Hypothesen.

7.1 Hypothese 1: Prävalenz von Suchtproblemen

Hypothese 1: Die Prävalenz von Suchtproblemen liegt bei Studierenden höher als bei der vergleichbaren Altersgruppe der Nicht-Studierenden.

Die epidemiologische Querschnittsuntersuchung erhebt in der Hauptsache Daten zu Alkohol- und zum Nikotinkonsum und thematisiert nur zu einem geringen Anteil den Konsum illegaler Drogen, da die Befragungsdurchführung nicht zu umfangreich sein soll und angenommen wird, dass die Auskunftsbereitschaft in Bezug auf illegale Verhaltensweisen nicht so hoch wie in Bezug auf legale Suchtmittel ist. 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.

Notwendig ist an dieser Stelle die Definition des Terminus „Suchtprobleme“, wobei hier primär von der Alkoholproblematik ausgegangen wird:

Als Suchtproblem wird im Folgenden die Existenz von mindestens Missbrauch nach DSM-IV-TR definiert (vgl. Kapitel 3.2.2). Die Angaben über den Konsum von Substanzen, die nicht in ein Klassifikationssystem gestellt werden, werden hinsichtlich Konsumfrequenz und –intensität beleuchtet und lassen so tendenzielle Rückschlüsse auf das Konstrukt „Suchtproblem“ zu.

Die Fragen der Kölner Studie, der BZgA-Studie und der IFT-Studie sind naturgemäß nicht identisch, so dass die im Einzelfall am besten mit der Kölner Studie vergleichbaren Daten der Vergleichsstudien ausgewählt werden.

7.1.1 Bestimmung des Alkoholkonsums und der Konsummenge

Die Alkoholkonsummenge wird in der epidemiologischen Querschnittsstudie 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.

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.

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= 2.346)

	1-4 Getränke	5-6 Getränke	7-8 Getränke	9 und mehr Getränke	Gesamt
1-2 Trinktage	28,9	13,0	10,4	12,3	24,0
3-5 Trinktage	31,0	27,0	18,9	22,6	29,0
6-9 Trinktage	21,7	29,4	31,1	33,0	24,3
10-19 Trinktage	15,9	25,1	34,1	22,6	19,1
20 und mehr Trinktage	2,5	5,5	5,5	9,4	3,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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 zu sich nehmen. Somit ist ein doppelter Effekt zu beobachten.

Im Vergleich der drei Studien geben die Probanden der BZgA-Studie 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. Sodann kommt man zu folgendem vergleichenden Ergebnis:

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

	Kölner Studie N= 2.346	BZgA-Studie N=1.538	IFT-Studie N= 999
1-2 Trinktage	24,0	32,5	20,7
3-5 Trinktage	29,0	34,9	25,2
6-9 Trinktage	24,3	22,0	13,9
10-19 Trinktage	19,1	10,2	15,1
20 und mehr Trinktage	3,6	0,5	9,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Da die BZgA-Studie nur die Jahresprävalenzrate erfasst, kann man nicht bestimmen, wie viele Befragte im letzten Monat keinen Alkohol tranken. Bei der IFT-Studie sind dies 15,1% der Befragten, so dass 84,9% mindestens einen Trinktag im letzten Monat aufweisen. Dieser Wert ist etwas geringer als der der Kölner Studie, wird aber nicht als auffällig bewertet.

Betrachtet man die Prozentwerte der drei Untersuchungen, so fällt zunächst auf, dass die Probanden der BZgA-Studie in der Mehrheit (89,4%) bis zu 9 Trinktagen im Monat aufweisen, während die Probanden der Kölner Studie und auch der IFT-Studie zu über 20% zu den Konsumenten zählen, die 10 und mehr Trinktage zeigen. Allerdings sind die Unterschiede nicht auffällig, es kann festgehalten werden, dass sich Studierende und Nicht-Studierende hinsichtlich der Trinktage nicht unterscheiden.

Der Alkoholkonsum von fünf oder mehr als 5 Getränken in den letzten 14 Tagen lässt sich bei der Kölner Studie folgendermaßen abbilden:

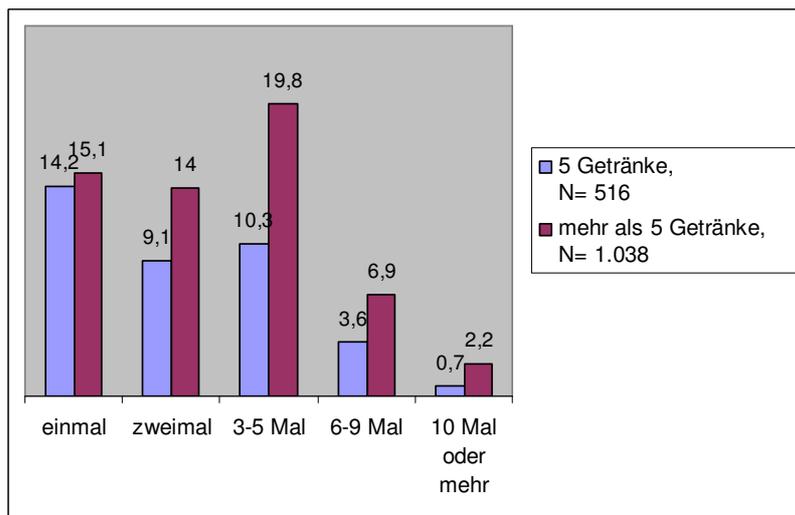


Abbildung 7. Alkoholkonsum von fünf oder mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

Betrachtet man das Maß des Konstruktes „binge drinking“, so stellt man fest, dass 19,7% der Gesamtzahl der Stichprobe mindestens einmal 5 alkoholische Getränke in den letzten 14 Tagen konsumiert haben, während 39,6% aller befragter Studenten mindestens einmal mehr als 5 Getränke in den letzten 14 Tagen konsumiert haben. Somit kann festgehalten werden, dass mehr als jeder dritte Befragte nach den oben festgelegten Kriterien ein „binge drinker“ ist.

Es scheint darüber hinaus einen Unterschied zu geben, ob jemand genau 5 Getränke an einem Abend zu sich nimmt oder ob er mehr als 5 Getränke konsumiert: Die erste Kategorie trank mit 14,2% am häufigsten nur einmal in den letzten 14 Tagen 5 alkoholische Getränke, die Tendenz ist abnehmend. Dagegen tranken diejenigen, die mehr als 5 Getränke bei einer Gelegenheit zu sich genommen haben, zu 19,8% drei bis fünf Mal in den letzten 14 Tagen so viel. Dem ist zu entnehmen, dass diejenigen, die pro Gelegenheit mehr trinken, dies auch häufiger tun.

Bei einem Blick auf die beiden Vergleichsstudien (BZgA- und IFT-Studie) wird 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 29,5% 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 vollkommene Vergleichbarkeit nicht

gewährleistet werden kann. Oben wurde jedoch festgelegt, dass ab einem Unterschied von 10 oder mehr Prozentpunkten ein Unterschied zu konstatieren ist. Demnach scheinen die Studierenden ein erhöhtes „binge drinking“-Verhalten zu zeigen.

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

	Kölner Studie N= 2.346	BZgA-Studie N=800	IFT-Studie N= 848
1-4 Getränke	70,5	80,6	87,6
5 und mehr Getränke/ Binge drinking	29,5	19,4	12,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0

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 auch auf die Altersverteilung zurückführen. Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, ist besonders das frühere Erwachsenenalter von 18-25 Jahren hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums gefährdeter als die 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 Repräsentativerhebung ähnlicher als die der BZgA-Studie. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass mit steigendem Alter das „binge drinking“-Verhalten geringer wird, wenn die betreffenden Probanden nicht zur Gruppe der Studierenden gehören. 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 des „binge drinking“ der Studierenden höher ist als die der Nicht-Studierenden deutet zwar auf den Wahrheitsgehalt der ersten Hypothese hin, allerdings ist eine absolute Vergleichbarkeit der drei Studien aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen nicht valide zu erreichen.

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

Tabelle 10. Alkoholkonsummenge und –geschwindigkeit bei der letzten Gelegenheit in den letzten 14 Tagen bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent, N=1.868)

Konsummenge	Konsumgeschwindigkeit						Gesamt
	1 Std. od. weniger	2 Std.	3 Std.	4 Std.	5 Std.	6 Std. oder mehr	
4 Getränke	66,7	55,4	38,4	26,7	18,2	9,5	28,5
5 Getränke	13,7	16,4	18,5	16,8	10,0	6,2	13,7
6 Getränke	0,0	12,3	11,5	12,8	11,0	7,1	10,7
7 Getränke	0,0	3,6	9,4	8,6	7,7	5,9	7,3
8 Getränke	9,8	5,6	9,1	10,3	15,3	9,8	10,5
9 Getränke	2,9	1,5	3,1	6,7	7,2	5,9	5,2
10-14 Getränke	3,9	2,6	8,2	13,2	24,3	31,4	16,3
15 oder mehr Getränke	2,0	2,6	1,9	4,8	6,4	24,3	7,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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 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).

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

Insgesamt 23,4% trinken verglichen mit dem Studienanfang jetzt mehr (24,3% Männer, 22,8% Frauen), bei 53,1% blieb die Konsumrate gleich (49,3% Männer, 57,7% Frauen). Weniger als bei Studienbeginn trinken insgesamt 18,1%, wobei hier der Frauenanteil bei 15,3% und der Männeranteil bei 21,4% liegt. In Bezug auf die Geschlechtsspezifität kann festgehalten werden, dass Frauen zu fast 58% und Männer zu fast 50% ihr Trinkverhalten nicht in Beziehung zum Studium setzen. Diejenigen, die seit Studienanfang mehr trinken, sind bei beiden Geschlechtern in ähnlicher Anzahl zu beobachten. Weniger im Vergleich zum Studienbeginn trinken allerdings mit 21,4% eher die Männer als mit 15,3% die Frauen.

Betrachtet man diejenigen Studierenden, die als Rauschtrinker auffällig sind, so trinken diese im Vergleich mit dem Studienbeginn zu 34,5% mehr, zu 44,7%

gleich viel und zu 19,6% weniger. Bei dieser Gruppe weisen die erhöhten Werte in Bezug auf eine Zunahme des Trinkens seit Studienbeginn im Vergleich mit der Gesamtgruppe auf einen höheren Zusammenhang zwischen dem Faktor Studium und dem Konsum von Alkohol hin.

7.1.2 Bestimmung der DSM-IV-TR-Kriterien

Da konstatiert wurde, dass von Suchtproblemen dann die Rede ist, wenn nach DSM-IV-TR-Kriterien von einem Substanzmissbrauch bzw. einer –abhängigkeit geredet werden kann, werden diese Kriterien im Folgenden überprüft.

Missbrauch

Das DSM-IV-TR 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 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. Die Daten derjenigen, auf die die DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholmissbrauch nicht zutreffen, sind in der folgenden Analyse nicht aufgezeigt. Die Kriterien

gelten als erfüllt, sobald sie wiederholt auftraten, also drei Mal oder mehr in den letzten 12 Monaten.

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

	Männer	Frauen	sig.	CC
Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (mind. einmal im letzten Jahr)				
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>zu spät</i> zur Vorlesung gekommen.	10,7	3,7	.000	.178
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	12,2	5,9	.000	.153
Wegen Trinkens Pflichten/ Familie/ Studium für nacheinander zwei oder mehr Tage vernachlässigt	3,3	0,8	.000	.135
Aussetzen gefährlicher Situationen				
Geprügelt unter Alkoholeinfluss	0,4	0,1	.000	.182
Wegen Trinkens in sexuelle Situationen geraten, die später bereut wurden	2,6	1,1	n.s.	n.s.
Wegen Trinkens sexuelle Kontakte mit Personen, die ohne Alkohol nicht passiert wären	2,8	1,1	.000	.109
Wegen Trinkens zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen worden	0,2	0,1	n.s.	n.s.
Wegen Trinkens andere Personen zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen	0,1	0,2	n.s.	n.s.
Juristische Probleme				
Wegen Trinkens Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder anderes	2,9	0,2	.000	.256
Fortgesetzter Konsum trotz dadurch verursachter/ verstärkter sozialer Probleme				
Wegen Trinkens Job verloren	0,1	0,1	n.s.	n.s.
Wegen Trinkens unhöflich, beleidigend oder unausstehlich geworden	3,6	1,1	.000	.164
Partner/ Eltern haben sich wegen Alkoholkonsum beschwert	4,2	0,6	.000	.194
Trinken hat Probleme zwischen Proband und Partner bzw. Eltern hervorgerufen	1,2	0,6	.000	.111
Wegen Trinkens Freunde/ Partner verloren	0,1	0,1	n.s.	n.s.
Wegen Trinkens Dinge gesagt, sie später bereut wurden	10,4	6,8	.004	.085

Berechnet man die Häufigkeit derer, die nach DSM-IV-TR eine Alkoholmissbrauchsdiagnose aufweisen, so ergibt sich die Gesamtprozentzahl von 19,1% (501 Personen). Geschlechtsspezifisch unterschieden bedeutet das, dass 12,5% der Frauen (166) und 25,8% der Männer (335) einen Alkoholmissbrauch im letzten Jahr aufweisen ($p < .000$ / $CC = .167$). Der

signifikanter Zusammenhang mit Geschlecht und Alkoholmissbrauchsverhalten überrascht nicht, denn es ist bekannt, dass sich in Bezug auf alkoholbezogene Diagnosen die geschlechtsspezifische Problemverteilung bei zwei Dritteln (Männer) versus einem Drittel (Frauen) darstellt (vgl. Winnefeld & Nischan 2002). Auch bezogen auf die einzelnen Items wird mehrheitlich ein geschlechtsspezifisches signifikantes Ergebnis erreicht.

Abschließend kann jedoch noch nicht die endgültige Missbrauchsquote konstatiert werden, da vermutlich in diesen Zahlen auch die Probanden mit einer Alkoholabhängigkeit zu finden sind. Um die beiden Störungsbilder voneinander abzugrenzen, müssen zunächst die Daten für die Diagnose der Alkoholabhängigkeit berechnet werden.

Abhängigkeit

Durch das DSM-IV-TR 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 Getränkmenge 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. Darüber hinaus werden diejenigen als alkoholabhängig bezeichnet, die vier der oben festgesetzten Kriterien aufweisen, da die operationalisierten DSM-IV-TR-Kriterien in Hinblick auf die Abhängigkeitsdiagnose mit dem YAAPST-Fragebogen im Nachhinein zu unscharf erscheinen.

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

	Männer	Frauen	sig.
Toleranzentwicklung			
Brauchte größere Alkoholmenge um irgendeinen Effekt zu spüren	22,2	8,9	.000
Konnte mit der gewohnten Trinkmenge nicht länger betrunken sein	8,7	4,3	.000
Entzug/ Bekämpfung des Entzugssyndroms			
Zittern nach Konsumreduktion	1,9	0,2	.000
Vor dem Frühstück einen Drink gebraucht	1,6	1,2	.020
Körperliche Entzugssymptome: Veget. Hyperaktivität, Zittern, Schlaflosigkeit, Übelkeit/ Erbrechen, Körperliche Unruhe, Angst, Anfälle, Episodische Halluzinationen (mind. zwei Symptome)	2,9	1,2	.002
binge drinking			
Mindestens dreimal Konsum von fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	7,8	4,7	.000
Mindestens dreimal Konsum von mehr als fünf Getränken in den letzten 14 Tagen	19,5	6,0	.000
Abstinenzwunsch/ Kontrollwunsch			
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	0,2	0,0	n.s.
Wegen des Trinkens professionelle Hilfe aufgesucht	0,4	0,1	n.s.
Möchte Trinkgewohnheiten so ändern, dass zu bestimmten Zeiten weniger oder gar nicht getrunken wird	13,2	8,7	.000

	Männer	Frauen	sig.
Zeitaufwand zur Beschaffung/ Erholung			
Magenbeschwerden/ Erbrechen nach dem Trinken	10,6	8,7	.000
Wegen Trinkens und damit verbundener gesundheitlicher Probleme <i>nicht</i> zur Vorlesung gekommen.	12,2	5,9	.000
Fortsetzung des Konsums trotz Kenntnis der Folgeprobleme			
Schon einmal gedacht, dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt	7,8	3,4	.000
Arzt sagt, dass das Trinken der Gesundheit schade	0,9	0,7	n.s.

Die Gesamtprozentzahl der Studierenden mit Abhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV-TR beläuft sich auf 7,0% (184 Personen). Geschlechtsspezifisch aufgeteilt weisen 2,7% der Frauen (36) und 11,4% der Männer (148) eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose nach DSM-IV-TR auf. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant, es gibt also nachweisbar einen Unterschied zwischen Männern und Frauen ($p < .000$)

Von denjenigen Studierenden, die eine Alkoholabhängigkeit aufweisen, erfüllen 76,1% (140 Personen: 27 Frauen/ 113 Männer) zusätzlich die Kriterien für einen Alkoholmissbrauch. Sie werden von der Zahl der Missbraucher abgezogen, da die Diagnose Alkoholmissbrauch die Diagnose Alkoholabhängigkeit ausschließt (vgl. Saß et al. 2003). So kommt man schließlich auf folgendes Ergebnis:

Tabelle 13. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtzahl des jeweiligen Geschlechts)

	Männer	Frauen	Gesamt
Alkoholmissbrauch nach DSM-IV-TR	222 (17,1)	139 (10,5)	361 (13,8)
Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR	148 (11,4)	36 (2,7)	184 (7,0)
Gesamt	370 (28,5)	175 (13,2)	545 (20,8)

Betrachtet 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-TR 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“ verwendet.

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

	Kölner Studie (N=2.346)			Repräsentativerhebung (N=800)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Alkoholmissbrauch nach DSM-IV-TR	222 (17,1)	139 (10,5)	361 (13,8)	10 (8,2)	1 (0,8)	11 (4,3)
Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR	148 (11,4)	36 (2,7)	184 (7,0)	21 (17,2)	4 (3,1)	25 (9,9)
Gesamt	370 (28,5)	175 (13,2)	545 (20,8)	31 (25,4)	5 (3,8)	36 (14,2)

Tabelle 14 zeigt zunächst die außerordentlich hohe Missbrauchsanzahl der Studierenden: 13,8% vs. 4,3% bedeutet ein dreimal höheres missbräuchliches Alkoholkonsumverhalten der studierenden Probanden.

Bezogen auf die Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR nähern sich die Gesamtwerte der beiden Untersuchungen eher einander an: 7,0% bei den Studierenden ist etwas niedriger als 9,9% bei den Nicht-Studierenden. In Bezug auf die Frauen unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen kaum voneinander: 2,7% der Studentinnen weisen eine Abhängigkeitsdiagnose auf, während das bei den Nicht-Studierenden 3,1% der Frauen sind.

Bei den Männern dagegen zeigen die Nicht-Studenten mit 17,2% wesentlich höhere Abhängigkeitswerte als die Studenten mit 11,4%. So kann man bei den Männern in Bezug auf den Faktor Studium von einem tendenziellen Unterschied ausgehen.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass 20,8% der Studierenden eine Diagnose nach DSM-IV-TR aufweisen, während dies bei den Nicht-Studierenden nur 14,2% sind.

Besonders groß ist der Unterschied bei den Frauen: 13,2% der Studentinnen haben eine alkoholbezogene Diagnose, während dies 3,8% der nicht studierenden Frauen vorweisen. Damit haben studierende Frauen drei Mal häufiger Alkoholprobleme als nicht studierende Frauen der gleichen Altersgruppe.

Abschließend kann gesagt werden, dass Alkoholmissbrauch bei Studierenden häufiger zu beobachten ist als bei Nicht-Studierenden der gleichen

Altersgruppe. Die Alkoholabhängigkeits-Diagnose nach DSM-IV-TR ist bei den Männern vom Faktor Studium unabhängig: Nicht studierende Männer sind häufiger von der Alkoholabhängigkeit betroffen als Studenten, bei den Frauen ist kein Unterschied festzustellen. Das Studium scheint für Frauen dagegen ein massiver Risikofaktor zu sein, einen Alkoholmissbrauch 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 vermuteten Zusammenhangs zwischen Studium und Alkoholmissbrauch beider Geschlechter. In Bezug auf die Abhängigkeit scheint das Studium bei den Männern eher ein Schutzfaktor zu sein, bei den Frauen ist kein Unterschied zu beobachten.

Kritisch betrachtet werden sollte an dieser Stelle das Instrument, welches Personen mit einem bestimmten Antwortverhalten in die Kategorie „alkoholabhängig“ oder „alkoholmissbrauchend“ einordnet. Bei schriftlichen Befragungen mit einem Fragebogen besteht immer die Gefahr der Missverständlichkeit, individuelle Persönlichkeitsfaktoren werden nicht miterfragt und ein persönlicher Gesamteindruck der Probanden kann nicht entstehen. Aus diesem Grunde sind die gestellten Diagnosen mit Vorsicht zu betrachten, da sich aufgrund einer schriftlichen Befragung sicherlich keine manifeste suchtbezogene Diagnose stellen lässt. Dennoch soll im Weiteren davon ausgegangen werden, dass die identifizierten Problemkonsumenten einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit aufweisen, da die beiden Vergleichsstudien unter den gleichen Kritikpunkten zu betrachten sind. Somit lässt sich die erste Hypothese im Hinblick auf die klassifizierbare Störung *Alkoholmissbrauch* bestätigen. Studierende missbrauchen eher Alkohol als Nicht-Studierende. In Bezug auf die Diagnose Alkoholabhängigkeit wird die Hypothese falsifiziert.

7.1.3 Bestimmung des Nikotinkonsums und der Konsummenge

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

Tabelle 15. Raucherstatus bei den Probanden der Kölner Studie (Prozentangabe der Gesamtzahl aller Probanden in Klammern, N=2.525)

noch nie geraucht	856 (33,9)
hat ein paar mal geraucht	517 (20,5)
Ex-Raucher	271 (10,7)
aktuell: Gelegenheitsraucher	390 (15,4)
aktuell: täglicher Raucher	491 (19,4)

Die Angaben unterscheiden sich nicht geschlechtsspezifisch, der Anteil der jeweiligen Kategorien ist bei Männern und Frauen gleich. Auffällig ist, dass nur 19,4% 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=2.525	Drogenaffinitäts- studie N=707	Repräsentativ- erhebung N=320
Nichtraucher	65,1	39,3	55,3
Gelegenheitsraucher	15,4	17,3	7,2
täglicher Raucher	19,4	43,4	37,5
	100,0	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 19,4%, so kann in der BZgA-Studie ein Raucheranteil von 43,4% ermittelt werden, auch in der Repräsentativerhebung liegen die ständigen Nikotinkonsumenten mit 37,5% 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 ausgewertet.

Die täglichen Raucher der Stichprobe rauchen im Durchschnitt seit 7,5 Jahren (SD 7,8) durchschnittlich 14,6 Zigaretten am Tag (SD 11,8).

Gefragt nach der ersten Zigarette nach dem Aufstehen geben 28,5% der täglichen Raucher an, in der ersten halben Stunde zur Zigarette zu greifen, nach 31 bis 60 Minuten rauchen 24,4% und nach mehr als einer Stunde 30,1% die erste Zigarette. 16% der Probanden rauchen erst ab einer bestimmten Uhrzeit, durchschnittlich gegen 12 Uhr. Es gibt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der täglichen Zigarettenanzahl und dem morgendlichen Rauchbeginn ($p < .000$ / $CC = .730$). 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 45,4% der Raucher an der Hochschule mehr als zu Hause rauchen, 87,0% konsumieren mehr Nikotin, wenn sie Alkohol trinken und 76,8% rauchen mehr, wenn auch andere Raucher dabei sind. 57,8% der Raucher geben an, dass sie weniger rauchen, wenn sie alleine sind. 93,6% raucht am Rest des Tages mehr als am frühen Morgen. In Bezug auf die Änderung des Rauchverhaltens seit Studienbeginn geben 56,4% der Raucher an, dass sich ihr Rauchverhalten seit Studienbeginn nicht verändert hat, während 9,4% weniger rauchen. Insgesamt 34,0%, also etwa ein Drittel der Raucher, rauchen seit Studienbeginn mehr als vorher.

Somit lässt sich die soziale Bedeutung des Rauchens klar herausstellen: Der Nikotinkonsum mit dem Zweck der Geselligkeit scheint bei Studierenden eine Hauptmotivation zum Rauchen zu sein. Somit lässt sich die erste Hypothese in Bezug auf den Nikotinkonsum insgesamt nicht bestätigen, da Nicht-Studierende eine größere Gesamtzahl an Rauchern aufweisen. Jedoch neigen diejenigen Studierenden, die Raucher sind, durch den Beginn des Studiums zu einem Drittel zu einer Zunahme des Rauchverhaltens.

7.1.4 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 der Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden bezogen auf das Geschlecht)

Lebenszeitprävalenz	Männer (N=1.298)	Frauen (N=1.326)	sig.
Cannabis	62,7	56,9	.000
Amphetamine	7,4	4,8	.008
Ecstasy	6,4	4,8	.041
Kokain	8,0	4,4	.000
Opiate	2,4	1,1	.014
12-Monats-Prävalenz	Männer	Frauen	sig.
Cannabis	42,3	32,8	.000
Amphetamine	3,9	1,7	.001
Ecstasy	3,0	1,6	.020
Kokain	4,1	1,6	.000
Opiate	0,9	0,2	.006

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 der drei Studien (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden)

Lebenszeitprävalenz	Kölner Studie (N= 2.624)	Drogen- affinitätsstudie (N=907)	Repräsentativ- erhebung (N=1.550)
Cannabis	59,8	35,0	20,8
Amphetamine	6,1	4,6	3,1
Ecstasy	5,7	6,7	4,2
Kokain	6,2	3,2	2,1
Opiate	1,8	0,4	0,4
12-Monats-Prävalenz	Kölner Studie	Drogen- affinitätsstudie	Repräsentativ- erhebung
Cannabis	37,5	12,5	9,3
Amphetamine	2,8	2,0	1,4
Ecstasy	2,3	2,4	2,2
Kokain	2,9	1,7	1,2
Opiate	0,5	0,2	0,2

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 59,8%, während die Probanden der BZgA-Studie, bei der nur die 18-24-jährigen Nicht-Studierenden befragt werden, zu 35%, und die der Repräsentativerhebung zu 20,8% mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben.

Bei der 12-Monatsprävalenz zeigt sich das Verhältnis sogar noch extremer: 37,5% der Studierenden haben im letzten Jahr Cannabis zu sich genommen, während 12,5% der BZgA-Studie und 9,3% 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:

Beim Amphetaminkonsum können 6,1% der Studierenden von einem Konsum mindestens einmal im Leben berichten, während dies 4,6% bei der BZgA-Studie und 3,1% bei der IFT-Studie sind. Die unterschiedlichen 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: 2,8% der Studierenden, aber auch 2,0% der Teilnehmer der BZgA-Studie und 1,4% 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 Aufputschmitteln, 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 4,2% 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 beiden Vergleichsgruppen: 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.

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 2,8% 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:

Tabelle 19. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 18-24-Jährigen (Angaben in Prozent)

Lebenszeitprävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 963)	44,8	46,2
Drogenaffinitätsstudie (N=468)	38,7	31,0
Repräsentativerhebung (N=261)	14,8	7,2
12-Monats-Prävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 1.100)	31,7	27,5
Drogenaffinitätsstudie (N=439)	15,6	9,3
Repräsentativerhebung (N=235)	8,8	3,9

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

Tabelle 20. Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Cannabis nach Geschlecht der 25-30-Jährigen (Angaben in Prozent)

Lebenszeitprävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 335)	17,9	10,8
Repräsentativerhebung (N=270)	12,2	5,3
12-Monats-Prävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 226)	10,6	8,9
Repräsentativerhebung (N=384)	4,2	1,9

Die höchsten Lebenszeitprävalenzwerte finden sich in beiden Altersgruppen beider Geschlechter der Kölner Studie, hier liegen die weiblichen Studierenden sogar höher als ihre männlichen Kommilitonen. Eine Erklärung dafür ist die Annahme, dass studierende Frauen mit dem Konsum von Cannabis in ihrem Lebenslauf früher beginnen als 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.

Darüber hinaus ist bei den jüngeren Probanden eine Tendenz zu erhöhtem Cannabiskonsum zu bemerken: 44,8% der Männer (vs. 19,9%) und 46,2% der Frauen (vs. 10,8%) im Alter von 18-24 Jahren haben eine höhere Lebenszeitprävalenz als die 25- bis 30-Jährigen. Ohne eine Geschlechtertrennung bedeutet das, dass sich die rund 60%, die eine Lebenserfahrung mit Cannabiskonsum aufweisen, zu 45% aus der jüngeren und nur zu 15% aus der älteren Altersgruppe zusammensetzen. Auch die 12-Monatsprävalenz scheint mit steigendem Alter geringer zu werden: Mit 31,7% bei den Männern und 27,5% bei den Frauen liegen die jüngeren Studierenden weit über den Werten der älteren Befragten, bei denen die Männer zu 10,6% und die Frauen zu 5,3% 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.

Bei den nach Altersgruppen getrennten Studierenden lassen sich große Unterschiede feststellen: Jüngere Frauen scheinen mehr Erfahrung mit Cannabis zu haben als jüngere Männer, jedoch die „ältere“ Generation hält sowohl in Bezug auf die Lebenszeit- als auch auf die 12-Monatsprävalenz die

typischen Geschlechtsunterschiede, die bisher (z.B. in Bezug auf Alkohol) zu beobachten waren: Die Ergebnisse der Männer liegen in beiden Bereichen über den Werten der Frauen. Demnach lässt sich in Bezug auf Cannabis folgendes festhalten: Die heute jüngeren Studierenden haben eine wesentlich höhere Konsumerfahrung in Bezug auf Cannabis als die älteren Studierenden. An dieser Stelle könnte man trotz des geringen Unterschieds von etwa 5 Jahren einen „Generationenwechsel“ vermuten: Cannabis ist offensichtlich eher Bestandteil der Adoleszenz der heute 18- bis 24-Jährigen als Teil der Adoleszenz der älteren Altersgruppe gewesen. Dies weisen sowohl die Lebenszeitprävalenzwerte als auch die Jahresprävalenz der jüngeren Studierenden nach.

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

Geht man davon aus, dass der Konsum von Drogen immer vom 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 erste Hypothese tendenziell bestätigen lassen.

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

Tabelle 21. Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 18-24-Jährigen (Angaben in Prozent)

Lebenszeitprävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 963)	8,8	6,6
Drogenaffinitätsstudie (N=468)	5,7	3,6
Repräsentativerhebung (N=261)	5,1	2,3
12-Monats-Prävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 1.100)	4,5	2,2
Drogenaffinitätsstudie (N=439)	2,9	1,2
Repräsentativerhebung (N=235)	2,6	1,0

Mit 8,8% weisen die männlichen Studierenden der Altersgruppe der 18-24-Jährigen die höchste Lebenszeitprävalenz insgesamt auf, dicht gefolgt von den weiblichen Studierenden der gleichen Altersgruppe (6,6%). Auch in Bezug auf die 12-Monatsprävalenz haben die Studierenden beider Geschlechter im Alter zwischen 18 und 24 Jahren die größten Konsumraten, 4,5% der Studenten und 2,2% der Studentinnen haben im letzten Jahr illegale Drogen außer Cannabis konsumiert.

Im Vergleich mit den beiden Untersuchungen der Nicht-Studierenden liegen die Werte der Studierenden beider Geschlechter in allen Prävalenzwerten höher. Insgesamt zeigt sich ein recht deutlicher Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Substanzen außer Cannabis und Studium. Dies weist auf eine tendenzielle Bestätigung der ersten Hypothese hin, wenn man davon ausgeht, dass eine höhere Konsumprävalenz auch auf eine erhöhte Prävalenz von Suchtproblemen hinweist.

Tabelle 22. Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht der 25-30-Jährigen (Angaben in Prozent)

Lebenszeitprävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 335)	4,6	2,0
Repräsentativerhebung (N=270)	4,7	2,9
12-Monats-Prävalenz	Männer	Frauen
Kölner Studie (N= 226)	2,5	0,8
Repräsentativerhebung (N=384)	0,6	0,5

In der älteren Altersgruppe, die wiederum nur mit der IFT-Studie vergleichbar ist, lässt sich eine Veränderung zeigen: Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Substanzen außer Cannabis weisen die Männer der Kölner Studie ähnliche Werte auf wie die Vergleichsprobanden (4,6% vs. 4,7%). Bei den Frauen lässt sich bezogen auf die nicht studierenden Frauen gegenüber den Studentinnen sogar eine leichte Erhöhung der Lebenszeitprävalenz feststellen (2,0% vs. 2,9%). Betrachtet man die 12-Monatsprävalenz liegen die Werte beider Geschlechter der Studierenden vor denen der Nicht-Studierenden: Die studierenden Männer zeigen mit 2,5% eine deutlich höhere Jahresprävalenz als die nicht studierenden Männer mit 0,6%. Bei den Frauen unterscheiden sich die 12-Monatsprävalenzwerte kaum voneinander.

Abschließend kann zur Konsumprävalenz der Studierenden festgehalten werden, dass die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen bezogen auf alle illegalen Suchtmittel die höchsten Lebenszeit- und auch 12-Monatsprävalenzwerte aufweist. Wenn man davon ausgeht, dass die betreffende Altersgruppe sich vermehrt mit den in Kapitel 3.1 beschriebenen Entwicklungsthemen konfrontiert sieht, kann das Studium als Risikofaktor für den Konsum illegaler Substanzen betrachtet werden. Dies wirkt sich auf die Verifizierung der ersten Hypothese aus. Voraussetzung für eine solche Sichtweise ist allerdings, dass der Konsum illegaler Suchtmittel generell als dysfunktionale Bewältigung alters- und studiensituationsbedingter Lebensprobleme betrachtet wird. Ebenfalls beachtet werden muss die bereits erwähnte Überlegung, dass die heute 18- bis 24-Jährigen Studierenden vom Drogenkonsum in der Adoleszenz eher betroffen sind als diejenigen Studierenden, die zum Zeitpunkt der Untersuchung 25 bis 30 Jahre alt waren. Allerdings spricht gegen eine solche Theorie des Generationenwechsels, dass

die jüngeren Nicht-Studierenden ein solches Phänomen nicht zeigen: Deren Lebenszeitprävalenzwerte in Bezug auf illegale Drogen sind kleiner als die Werte der 25- bis 30-Jährigen. Demnach ist das Studium umso wahrscheinlicher der Grund für eine höhere Konsumrate der jungen Studierenden.

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 23. Konsumänderung seit dem 1. Semester (Angaben in Prozent)

	Keine Änderung	Kein Konsum mehr	Jetzt weniger	Jetzt mehr
Cannabis (N=1.217)	41,0	20,9	22,5	15,6
Amphetamine (N=236)	58,1	21,2	7,2	13,6
Ecstasy (N=223)	57,4	22,0	8,1	12,6
Kokain (N=227)	55,9	22,0	7,0	15,0
Opiate (N=165)	73,3	11,5	4,2	10,9

Gewertet werden diejenigen, die mindestens einen Substanzkonsum der jeweiligen Substanz im Laufe ihres bisherigen Lebens angegeben haben.

Bezogen auf den Gesamtüberblick, den Tabelle 23 bietet, kann geschlussfolgert werden, dass sich bezogen auf alle Substanzen durch das Studium bei jeweils der Mehrheit der Konsumenten keine Konsumänderung ergeben hat: 41% der Cannabiskonsumenten berichten von einem gleich bleibenden Konsum seit Studienbeginn, bei den anderen Substanzen liegt diese Gruppe immer über 55%, erwähnenswert sind die Opiatkonsumenten, bei denen 73,3% die Antwortmöglichkeit „keine Änderung“ wählen. Demnach scheint der Faktor Studium bei mehr als der Hälfte der Substanzkonsumenten keinen Einfluss auf die Konsumprävalenz zu haben.

Bei allen Substanzen außer bei den Opiaten haben jeweils rund 20 % der Konsumenten seit Studienbeginn den Konsum ganz eingestellt, die Opiatkonsumenten berichten dies nur zu 11,5%.

Cannabis wird von 22,5% jetzt weniger konsumiert als zu Studienbeginn, den Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain haben rund 7,5% seit Studienbeginn reduziert. 4,2% der Opiatkonsumenten nehmen im Vergleich zum Studienanfang weniger Opiate zu sich. Die hohe Rate derjenigen Konsumenten, die Cannabis reduziert haben, weist darauf hin, 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. Zieht man zu dieser Interpretation die Alkoholdaten hinzu, so zeigt sich ein ähnliches Bild: Dort sind es 18,1%, die seit Studienbeginn weniger trinken.

Die letzte Spalte der Tabelle 23 umfasst die Werte derer, die seit Studienbeginn mehr Substanzen als vorher konsumieren. Die Probanden 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.

7.1.5 Fazit

Unter Betrachtung der bisher geschilderten Aspekte lässt sich die erste Hypothese weder vollständig bejahen noch komplett verneinen. Aus diesem Grund soll in der folgenden Tabelle dargestellt werden, in welchen Bereichen Studierende eine höhere Prävalenz von Suchtproblemen haben als Nicht-Studierende und umgekehrt.

Tabelle 24. Prävalenz von Suchtproblemen

Studierende	Nicht-Studierende
- Höherer „Binge drinking“-Anteil	- Höherer Raucher-Anteil
- Mehr alkoholbezogene Gesamtdiagnosen	
- Höhere Prävalenzen Alkoholmissbrauch nach DSM-IV-TR	- Höhere Prävalenzen Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR bei den Männern
- Höhere Lebenszeitprävalenz der illegalen Drogen Cannabis, Amphetamine, Kokain und Opiate	
- Höhere 12-Monatsprävalenz der illegalen Drogen Cannabis und Kokain	

Bei Betrachtung der Tabelle 24 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 eine insgesamt höhere Rate an alkoholbezogenen Diagnosen auf, bei Männern und Frauen ist im Vergleich zu Nicht-Studierenden ein höherer Alkoholmissbrauch zu beobachten.
- Die studierenden Männer liegen bei allen illegalen Drogen außer Ecstasy an der Spitze des Konsums in der Altersgruppe. Bei den studierenden Frauen ist die Konsumrate der Droge Cannabis erhöht.
- Nicht-Studierende dagegen sind häufiger tägliche Raucher, außerdem weisen sie eine höhere Rate an Alkoholabhängigkeit bei den Männern auf.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die erste Hypothese 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.

7.2 Hypothese 2: Ausprägung der Substanzkonsumproblematik bei komorbiden Studierenden

Hypothese 2: Bei komorbiden Studierenden (Suchtproblem und psychische Beeinträchtigung) ist die Substanzkonsumproblematik stärker ausgeprägt als bei nicht komorbiden Studierenden (nur Suchtproblem).

Um die Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen abschätzen zu können, wird 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-TR geprüft, womit manifeste psychiatrische Erkrankungen identifiziert werden können.

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

Ein Fokus soll 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 treffen 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.

7.2.1 Bestimmung der psychischen Beeinträchtigung

Da der Zusammenhang zwischen physischem und psychischem Wohlbefinden häufig sehr eng ist, wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, werden in den

folgenden beiden Tabellen 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 25. Physische und psychische Befindlichkeit: Epidemiologische Befragung der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtgruppe, N=2.552 bzw. N=2.561)

	Physische Befindlichkeit	Psychische Befindlichkeit
Ausgezeichnet	12,7	20,9
Gut	62,7	55,5
Mittelmäßig	22,8	19,1
Schlecht	1,6	3,6
Miserabel	0,2	0,9
Gesamt	100,0	100,0

Vergleicht man die beiden erfragten Bereiche, so fallen nur geringe Unterschiede auf: Physisch ausgezeichnet oder gut geht es 75,4% der Studierenden, im psychischen Bereich antworten 76,4% derart. Eine mittelmäßige physische Gesundheit berichten 22,8%, bei der psychischen Befindlichkeit sind dies 19,1%. Eine schlechte oder miserable körperliche Verfassung haben 1,8% der Befragten, aber 4,5% geht es psychisch schlecht oder miserabel. Bezogen auf die schlechte Verfassung überwiegt der Anteil der psychischen Beeinträchtigung um 2,7 Prozentpunkte. Interessant ist an dieser Stelle eine Aufspaltung nach der geschlechtsspezifischen Einschätzung.

Tabelle 26. Physische und psychische Befindlichkeit aufgeteilt nach Geschlecht: Epidemiologische Befragung der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtgruppe aufgeteilt nach Geschlecht, N=2.552 bzw. N=2.561)

	Physische Befindlichkeit ($p < .016 / CC = .333$)		Psychische Befindlichkeit ($p < .084 / CC = .278$)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Ausgezeichnet	17,1	8,3	28,1	13,7
Gut	62,3	63,1	52,6	59,3
Mittelmäßig	19,2	26,3	16,1	21,9
Schlecht	1,0	2,1	2,2	5,0
Miserabel	0,3	0,2	0,9	1,0
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 ($p < .016$, $CC = .333$).

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 wählen.

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 des eigenen Befindens 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 gesondert aus, so erhält man folgende Werte:

Tabelle 27. Physische und psychische Befindlichkeit: Interviews der Kölner Studie (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 25, 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 (sig.= .053).

Tabelle 28. Physische Befindlichkeit der Probanden der Kölner Studie
(Angaben in Prozent)

	Epidemiol. Befragung (N=2.552)	Teilstrukturierte Interviews (N=100)
Gut	75,7	69,4
Mittelmäßig	22,8	25,5
Schlecht	1,8	5,1

Hinsichtlich der psychischen Verfassung sind die Unterschiede noch deutlicher zu erkennen. Ausgezeichnet oder gut geht es den Risikoprobanden zu 22,6% weniger oft als den Studierenden der Fragebogenerhebung. Eine mittelmäßige psychische Verfassung berichten die Probanden der Interviews zu 18,1% 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 4,4% der epidemiologischen Stichprobe angeben (sig.= .000).

Tabelle 29. Psychische Befindlichkeit der Probanden der Kölner Studie
(Angaben in Prozent)

	Epidemiol. Befragung (N=2.561)	Teilstrukturierte Interviews (N=100)
Gut	74,6	52,0
Mittelmäßig	18,6	36,7
Schlecht	4,4	11,2

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 suchtbefragten Schwierigkeiten zeigen.

Auch diese Gruppe soll nach geschlechtsspezifischen Ausprägungen hin untersucht werden.

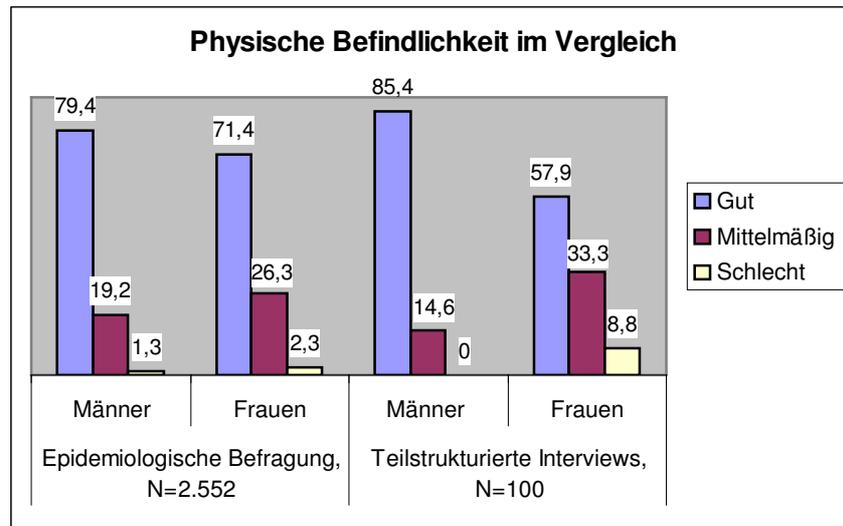


Abbildung 8. Physische Befindlichkeit im Vergleich (Angaben in Prozent)

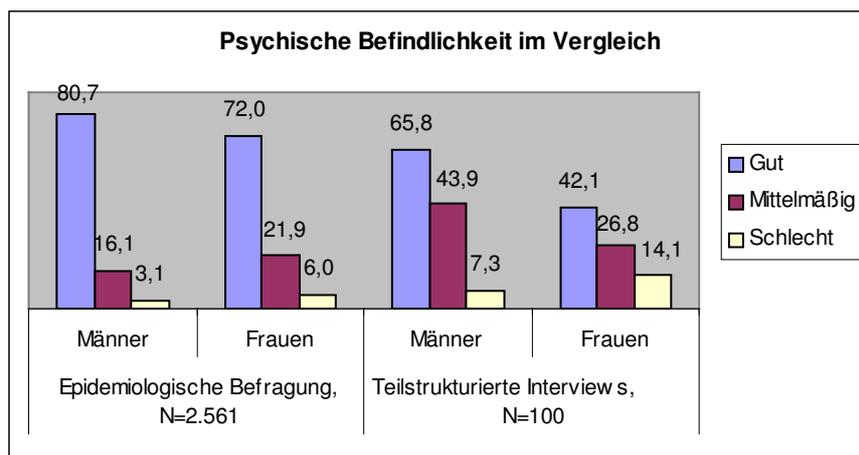


Abbildung 9. Psychische Befindlichkeit im Vergleich (Angaben in Prozent)

Fasst man die Ergebnisse der Abbildungen 8 und 9 zusammen und achtet 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 71,4% physisch und zu 72,0% psychisch gut, während die Risikoprobandinnen 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 fühlen sich 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 30. Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Studierenden der Kölner Studie (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 (DSM-IV-TR)	70,7	88,1	81,0	n.s.

Die Probandengruppe, auf die sich Tabelle 30 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. auffälligem Essverhalten 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 30 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 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 31. 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
Essstörung	8,0	31,9	6,3	50,0
Irgendeine psych. Störung (DSM-IV-TR)	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.

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass ein statistischer Unterschiedstest aufgrund der geringen Probandenzahl nicht durchgeführt wird. Es werden nur die Prozentzahlen miteinander verglichen und in Zusammenhang gebracht.

Ähnlich wie bei den affektiven Störungen 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 Bezug auf Essstörungen stellt sich ein interessantes Ergebnis dar: Bei den Männern ist bezogen auf die beiden unterschiedlichen Altersgruppen kein Unterschied festzustellen, doch bei den Frauen steigt mit höherem Alter auch die Diagnosehäufigkeit der Essstörung an: In der jüngeren Altersgruppe sind laut Screening 31,9% von einer Essstörung betroffen, bei den älteren Frauen ist der Wert von 50,0% festzustellen. Diese Differenz ist jedoch nicht signifikant ($p < .243$), was zum Teil auf die geringe Stichprobe zurückzuführen ist.

Demnach kann ein Rückbezug zu den bisher gemachten Ergebnisse hergestellt werden: Suchtstörungen sind eher bei jüngeren Probanden zu finden, andere psychische Beeinträchtigungen weisen eher die älteren Probanden der Untersuchungsgruppe auf.

In der älteren Gruppe sind die Männer von affektiven Störungen etwas häufiger betroffen als die Frauen, ansonsten weisen die Frauen eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit sämtlicher psychischer Störungen auf. Insgesamt scheinen die Prävalenzwerte für psychische Störungen 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 Störungen diagnostiziert werden, bei den älteren Frauen sogar bei 100,0%.

Zieht man zum Vergleich den Bundesgesundheitssurvey mit den Daten der randomisierten Normalbevölkerungstichprobe heran, so liegen 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. Dennoch führe man sich vor Augen, dass die Risikoprobanden z.B. aufgrund der Alkoholkonsumfrequenz zum Interview ausgewählt wurden, 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. Man könnte annehmen, dass ihnen das mit zunehmender Studienroutine immer besser gelingt, so dass sie mit wachsender Erfahrung auch die Probleme und ihr Leben besser meistern (vgl. Kapitel 3.2.1). Diese Vermutung müsste jedoch durch eine Abnahme psychischer Störungen mit steigendem Alter untermauert werden. Dass sich dies in der Befragtengruppe umgekehrt gestaltet, 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 vorlag.

Letztlich 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-TR für Persönlichkeitsstörungen repräsentieren. Der Fragebogen dient als Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im herkömmlichen diagnostischen Verfahren folgt noch ein klinisches Interview, das sich auf den Fragebogen bezieht, worauf jedoch aus Mangel an Zeit 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 entsprechender Persönlichkeitsmerkmale verstanden und interpretiert werden. Das Verfahren reicht jedoch nicht aus, um bereits von manifesten Persönlichkeitsstörungen zu sprechen.

Aufgrund der trennschärferen Diagnostik des Mini-DIPS im Vergleich zum SKID-II-Verfahren 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 beeinträchtigt“ (N=81) beschrieben, die Studierenden, bei denen eine solche Diagnose nicht zutrifft, erhalten das Attribut „psychisch unauffällig“ (N=19). Zu bedenken sei jedoch, dass sich diese Unauffälligkeit ausschließlich auf die bereits beschriebenen psychischen Beeinträchtigungen bezieht, die suchtbezogenen Diagnosen sind hiervon ausdrücklich ausgeschlossen. Sämtliche 100 Probanden der Interviews sind bezogen auf die Gesamtpopulation der Studierenden in Deutschland grundsätzlich als Risikoprobanden in Bezug auf Suchtstörungen zu betrachten.

Tabelle 32. Verteilung der Persönlichkeitsmerkmale der Interviewprobanden
(Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden, N=100)

	psychisch kranke Studierende N= 81	psychisch unauffällige Studierende N=19	Gesamt- gruppe N=100	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 Persönlichkeitsstörungen, unabhängig von der Eingruppierung: Zwanghafte Persönlichkeitszüge sind bei der Gesamtgruppe zu 63% zu finden, auch die Borderline Persönlichkeit ist mit 50% eine häufig anzutreffendes Merkmal. Auch wenn die Persönlichkeitsstörungen 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 von „binge drinking“ im Screening des epidemiologischen Querschnittsfragebogens tatsächlich auf eine psychische Beeinträchtigung unabhängig von Substanzkonsum 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 eines präventiven Ansatzes bedürfen könnten.

7.2.2 Bestimmung der Komorbidität psychischer Beeinträchtigung mit einem Suchtproblem

Hinsichtlich der Ausgangshypothese müssen im folgenden Schritt die Probanden mit einer psychischen Störung von denen ohne eine psychische Störung getrennt werden, damit das Substanzkonsumverhalten aufgrund dieser beiden Variablen 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 „psychisch beeinträchtigten“ oder „komorbiden“ Studierenden vs. „psychisch unauffälligen“ oder „nicht komorbiden“ Studierenden gesprochen, wohl wissend, dass auch die als psychisch unauffällig deklarierten Hochschüler verglichen mit der Gesamtpopulation der Studierenden Risikoprobanden sind. Dazu werden wie bei der Diskussion der ersten Hypothese die DSM-IV-TR-Kriterien zur

Bestimmung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit als Maßstäbe für eine Substanzkonsumproblematik herangezogen (vgl. Kapitel 3.2.2).

Die 100 interviewten Studierenden werden demnach ebenfalls hinsichtlich ihrer Antworten in der epidemiologischen Studie untersucht. Darüber hinaus werden die im Kapitel Untersuchungsmethodik bereits dargestellten Fragebogeninstrumente ausgewertet (vgl. Kapitel 5). 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) aufgliedert.

Alkoholmissbrauch

Wie in Kapitel 3.2.2 bereits dargelegt, definiert das DSM-IV-TR 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 33. DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholmissbrauch bei den Interviewprobanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht, N=100)

	Männer	Frauen	sig.
Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (mind. einmal im letzten Jahr)			
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.
Aussetzen gefährlicher Situationen			
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.
Juristische Probleme			
Wegen Trinkens Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder anderes	4,8	0,0	n.s.
Fortgesetzter Konsum trotz dadurch verursachter/verstärkter sozialer Probleme			
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 in Kapitel 7.1.2 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

In Kapitel 7.1.2 wurde die Diagnostik der Alkoholabhängigkeit bereits geschildert, sie umfasst das Vorliegen von mindestens drei Kriterien, die durch den YAAPST operationalisiert wurden (vgl. Hurlbut & Sher 1992).

Tabelle 34. DSM-IV-TR-Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei den Interviewprobanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtzahl aller Probanden aufgeteilt nach Geschlecht, N=100)

	Männer	Frauen	sig.
Toleranzentwicklung			
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.
Entzug/ Bekämpfung des Entzugssyndroms			
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
binge drinking			
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
Abstinenzwunsch/ Kontrollwunsch			
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.
Zeitaufwand zur Beschaffung/ Erholung			
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.
Fortsetzung des Konsums trotz Kenntnis der Folgeprobleme			
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 Verteilung der Alkoholabhängigen nach DSM-IV-TR, so ergibt sich die Gesamtprozentzahl von 27%. Geschlechtsspezifisch betrachtet

sind 35,7% der Männer und 20,7% der Frauen durch das Instrument als alkoholabhängig diagnostiziert ($p < .095$ / $CC = .165$).

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 35. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol bei den Interviewprobanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Probanden und aufgeteilt nach Geschlecht, $N=100$)

	Männer	Frauen	Gesamt	sig.
Alkoholmissbrauch nach DSM-IV-TR	19,0	17,2	18,0	n.s.
Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR	35,7	20,7	27,0	n.s.
Gesamt	64,3	37,9	45,0	n.s.

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

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

Die Ergebnisse aus Tabelle 36 sind erstaunlicherweise recht heterogen: Im Gesamtbild lassen sie vermuten, dass die Substanzkonsumproblematik bei Studierenden ohne eine psychische Belastung höher ist als bei komorbiden Studierenden: Mit 47,4% liegt die nicht-komorbide Gruppe nicht sehr viel höher als die 44,4% der komorbid Beeinträchtigten. 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 beeinträchtigten 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 belastete 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%).

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 psychisch belasteten 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 statuieren, dass bei den Männern mit einer psychischen Belastung der Missbrauch von Alkohol im Vergleich mit psychisch gesunden Männern erhöht ist, jedoch das Bestehen einer Alkoholabhängigkeit mit der Existenz einer zusätzlichen psychischen Belastung weniger häufig auftritt als eine Alkoholabhängigkeit ohne eine zusätzliche psychische Beeinträchtigung.

Die zweite Hypothese lässt sich also für die befragten Männer nicht bestätigen. Bei den Frauen dagegen kann die Hypothese verifiziert werden, denn psychisch beeinträchtigte Studentinnen weisen häufiger eine alkoholbezogene Diagnose auf als psychisch gesunde Frauen. Allerdings ist auch an dieser Stelle auf die Selektiertheit der Risikoprobanden zu verweisen, die aufgrund ihres auffälligen Antwortverhaltens im epidemiologischen Querschnittsfragebogen zum Interview eingeladen worden sind.

7.2.3 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 nun die Auswertung der strukturierten

Fragebögen spezifiziert nach psychisch beeinträchtigten und psychisch gesunden Studierenden.

Alcohol Expectancy

Der Brief-AEQ-G enthält die beiden Skalen „Erleichterung des Sozialkontakts durch den Alkoholkonsum“ und „Spannungsreduktion und Affektregulation“.

Tabelle 37 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Angaben zu den beiden Skalen:

Tabelle 37. Skalen des Brief AEQ-G bei den Interviewprobanden der Kölner Studie 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.
Skala „Erleichterung des Sozialkontaktes“								
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.
Skala „Spannungs- reduktion und Affektregulation“								
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 belasteten Männer mit 41,4% größere Erleichterung im sozialen Umgang durch den Konsum von Alkohol sowohl als die psychisch belasteten Frauen als auch die nicht psychisch beeinträchtigten Studenten männlichen Geschlechts (25,0%). Bei den Frauen nehmen eher die psychisch nicht beeinträchtigten Studentinnen mit 42,9% eine Erleichterung des Sozialkontakts wahr als die psychisch beeinträchtigten Frauen mit 36,5%. Die geringste Beobachtung eines erleichterten sozialen Kontaktverhaltens durch Alkohol machen mit 41,7% die psychisch nicht beeinträchtigten Männer der Stichprobe. Die psychisch nicht beeinträchtigten 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 Beeinträchtigung“ eine gegenläufige Tendenz hat: Gesunde Männer schreiben dem Alkohol in ähnlichem Maße *keine* Wirkung auf den Umgang zu wie beeinträchtigte 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. 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%) wie 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 nahezu identische 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 als Hochschuliler ohne Doppeldiagnose. 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 stellt der Konsum von Alkohol generell, und zwar unabhängig vom Faktor Komorbidität, eine soziale Erleichterung dar, und keine Affektregulation. In Bezug auf Spannungsreduktion gibt es demnach keinen Unterschied bezogen auf Komorbidität, sondern einen *geschlechtsspezifischen* Unterschied. Auch hier ergibt der Chi²-Test keine Signifikanz, was aber auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt wird.

Basler Drogen- und Alkoholfragebogen

Wie unter Punkt 5.1.2 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 38. Geschlechtsdifferenzierte Häufigkeitsverteilung 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 38 so gering ausfällt, mag zunächst 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 und diese nicht noch verleugnen muss, da das Instrument hauptsächlich im stationären klinischen Kontext eingesetzt wird. Das Antwortverhalten der studierenden Probanden ist dementsprechend als fälschungsanfällig zu betrachten, da bei den meisten durch Substanzkonsum aufgefallenen Befragten keine Krankheitseinsicht vorhanden ist. Dennoch scheint die Existenz einer psychischen Beeinträchtigung die Selbstwahrnehmung auch in Bezug auf Substanzkonsum zu sensibilisieren: 11,1% der befragten komorbiden Studierenden haben ihrer Diagnose durch DSM-IV-TR entsprechend geantwortet. Diese 11,1% finden sich ausschließlich in der Gruppe der 25,9% der Komorbiden, die eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV-TR 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, wird 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 39. Skalen des SER-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in Prozent der Gesamtzahl der Raucher)

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

Wie aus Tabelle 39 abzulesen, bestehen tendenzielle Unterschiede zwischen den Rauchern, die eine psychische Beeinträchtigung 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, zeigen die komorbiden Probanden eine signifikant geringere individuelle Verzichtsmöglichkeit 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“ und „Habituelle Versuchungssituation“ können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Allerdings besteht 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 es kann ein tendenziell positiver Zusammenhang festgestellt werden: 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.

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. Da die Probandenzahl unter 100 ist, wird an dieser Stelle auf eine Darstellung in Prozentzahlen verzichtet.

Tabelle 40. Skalen des DBR-G bei den Interviewprobanden aufgeteilt nach Komorbidität (Angaben in ganzen Zahlen, N=39)

	komorbide Studierende (N=28)	nicht komorbide Studierende (N=11)	sig.
Skala „Wichtigkeit der Vorteile für die Entscheidung nicht zu rauchen“			
nicht wichtig	21	8	
wichtig	7	3	.032
Skala „Wichtigkeit der Nachteile für die Entscheidung nicht zu rauchen“			
nicht wichtig	3	4	
wichtig	25	7	.020

Wie aus Tabelle 40 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, während das bei Studierenden mit nur einer alkoholbezogenen Diagnose keine Rolle zu spielen scheint. Beide Skalen unterscheiden sich signifikant voneinander, so dass die Vermutung als bestätigt gilt.

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 41. Skalen des FÄR bei den rauchenden Interviewprobanden der Kölner Studie 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 41 zu entnehmen ist, bestehen hinsichtlich der Änderungsbereitschaft des Rauchverhaltens zwischen komorbiden und nicht komorbiden Studierenden keine 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, jedoch keiner der nicht komorbiden Probanden. 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 es für das Vorhandensein unterschiedlicher Handlungsweisen zwischen den beiden Gruppen keinerlei Hinweise gibt. Durch die relativ kleine Stichprobe können allerdings auch eventuelle Unterschiede verfälscht werden.

7.2.4 Fazit

Bezieht man alle ausgeführten Gesichtspunkte auf die zweite Hypothese, so lässt sich auch diese nicht eindeutig verifizieren. Bei der Bestimmung der psychischen Erkrankungen nach DSM-IV-TR 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 eine 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 beeinträchtigten 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 in Form von affektiven, Angst-, somatoformen oder Essstörungen gestörte Männer sind weniger häufig von einer zusätzlichen Alkoholabhängigkeit betroffen als psychisch sonst unauffällige Männer. 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 ein besonders schwierig zu bewältigende Hürde darstellt.

7.3 Hypothese 3: Studienverlauf bei Studierenden mit Suchtproblemen

Hypothese 3: Studierende mit Suchtproblemen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Wie bereits in Kapitel 4 hergeleitet, bringt das Vorliegen psychischer Schwierigkeiten und Suchtbelastungen Einschränkungen des gesamten Lebenskontextes mit sich. Besonders auf die Leistungsfähigkeit der studentischen Population können sich solche Probleme negativ auswirken. Es stellt sich die Frage, wie sich Suchtprobleme, bzw. ausschließlich psychische Störungen ohne eine substanzinduzierte Diagnose, bzw. die Existenz einer Komorbidität bei Studierenden auf den Studienverlauf und das Studierverhalten

auswirken. In den folgenden Kapiteln werden die Hypothesen drei bis fünf unter dem Oberthema Studienverlauf untersucht. Unter „Studienverlauf“ werden im Folgenden all jene Daten verstanden, durch die das persönliche Studierverhalten des einzelnen Probanden beschrieben werden kann. Zunächst werden im Unterkapitel „Studienbezogene Daten“ Studienabschnitt, Hochschulwechsel und Studienunterbrechung untersucht. Mit dem Attribut „schlechter“ werden in diesem Zusammenhang Häufigkeit und Gründe der Wechsel und Unterbrechungen umschrieben. Die Interviewfragen gehen darüber hinaus noch mehr in die Tiefe, da sie Aspekte der Zufriedenheit mit dem Studienfach, des Kontakts mit den Lehrenden, der Zeitstruktur während des Semesters, der Studienabbruchabsichten sowie der Zufriedenheit mit dem Studienverlauf umfassen. Sie werden demzufolge jeweils in den Unterkapiteln „Zufriedenheit mit dem Studienfach“, „Zeitstruktur während des Semesters“ und „Zufriedenheit mit dem Studium“ behandelt.

Die untersuchte Kölner Stichprobe ist bei den Hypothesen drei bis fünf nur die *Stichprobe der Interviewbefragung*, da in der epidemiologischen Befragung eine Unterscheidung nach psychischen Beeinträchtigungen oder Komorbidität nicht möglich ist.

Zum genauen Überblick auch in Bezug auf die Hypothesendiskussionen der Hypothesen vier und fünf werden die Studierenden der Kölner Interviewbefragung zunächst nach den einzelnen Störungsbildern aufgeteilt.

Tabelle 42. Störungsbilder der Studierenden (Angaben ganzen Zahlen und aufgeteilt nach Geschlecht, N=100)

	Männer	Frauen	Gesamt
Psychisch gesund	5	5	10
Psychische Beeinträchtigung außer Sucht	14	31	45
Suchtproblematik	7	2	9
Komorbidität (Suchtproblematik+ psych. Beeinträchtigung)	15	21	36
Gesamt	41	59	100

Die Hypothese wird folgendermaßen untersucht werden: Zunächst werden die Studierenden mit einem Suchtproblem aus der Interviewbefragung als „Studierende mit Suchtproblemen“ identifiziert und als Untersuchungsgruppe in den Fokus gestellt. Angehörige der Suchtgruppe sind die Studierenden, die

eine ausschließliche Suchtstörung zeigen (9 Personen) sowie diejenigen, die eine komorbide Diagnose haben (36 Personen). Als Vergleichsgruppe werden die Teilnehmer der 15. Sozialerhebung (BMBF 1998) herangezogen und in „Studierende ohne Suchtprobleme“ unterteilt und auf die oben genannten Aspekte des Studienverlaufs hin untersucht. Diese Vorgehensweise wird gewählt, da die Interviewstichprobe recht klein ist und nur 10 von 100 Personen weder eine Suchtstörung noch eine psychische Erkrankung aufzeigen. Da aber 10 Personen nicht als adäquate Vergleichsgruppe fungieren können, werden stattdessen die Daten der Teilnehmer der Sozialerhebung zum Vergleich herangezogen. Die Stichprobengröße der Sozialerhebung übersteigt mit 20.533 Probanden die eigene Stichprobe der Kölner Studie um ein Vielfaches, weshalb die Ergebnisvergleiche lediglich eine Orientierungshilfe sein können, ob es tendenzielle Unterschiede zwischen den jeweiligen drei Störungsgruppen und der Sozialerhebung gibt.

In Bezug auf das Merkmal „Zufriedenheit im Studium“ hat die Sozialerhebung allerdings keine Daten erhoben, so dass in diesem Zusammenhang diejenigen Probanden der Interviewstudie zum Vergleich herangezogen werden, die keine Suchtproblematik aufweisen (Studierende, die psychisch gesund oder ausschließlich psychisch beeinträchtigt sind). Dennoch sollte in Erinnerung bleiben, dass die 55 Vergleichsprobanden aufgrund anderer Probleme ein Hochrisikoprofil aufweisen. Die Zufriedenheit mit dem Studium lässt sich deshalb nicht auf die Population aller Studierenden übertragen, sondern dient nur zur Findung einer Tendenz.

Laut der Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung leiden rund 4% der befragten Studierenden an einer Suchtstörung (vgl. Hahne et al. 1999). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Befragungsinstrumente der 15. Sozialerhebung psychische Schwierigkeiten im Allgemeinen auf der Basis von Selbstauskunft im Sinne von „Waren Sie im vergangenen Jahr durch folgende psychische Schwierigkeiten im Studium beeinträchtigt?“ erhoben wurden (Hahne et al. 1999, 8). Es wurden vierzehn verschiedene Beeinträchtigungen genannt, die durch eine fünfstufige Antwortskala (Einschätzung von „kein Problem“ bis „sehr stark“) auf ihre Existenz überprüft wurden. Es liegt nahe, dass Menschen, die an einer latenten Suchtstörung leiden, die Frage nach

einem Suchtproblem verneinen, da Verleugnen der eigenen Abhängigkeitsgefährdung zum Krankheitsbild der Suchtstörungen gehört. Aus diesem Grunde wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Probanden der 15. Sozialerhebung vermutlich zu einem größeren Anteil sowohl von Suchtstörungen als auch von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind als dies in der Erhebung sichtbar wird. Dies wird jedoch von der Autorin in Kauf genommen, damit es eine Orientierungsgruppe außerhalb der Probandengruppe der teilstrukturierten Interviews gibt, die nicht vorselektiert und somit verfälscht sind.

Geht man davon aus, dass wie in der Kölner Studie rund 14% der befragten Studierenden eine Suchtstörung aufweisen, so sollte dieses Faktum bei der Datenansicht bedacht werden.

Die Studierenden der Interviewerhebung lassen sich anhand der DSM-IV-TR-Kriterien für Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit in die beiden beschriebenen Gruppen aufteilen (vgl. Kap. 7.2.2):

Tabelle 43. Studierende mit Suchtproblemen (Angaben aufgeteilt nach Geschlecht, Darstellung in Prozent der Gesamtzahl: N=100)

	Studierende mit Suchtproblemen	Studierende ohne Suchtprobleme
Männer	22 (53,7)	19 (46,3)
Frauen	23 (39,0)	36 (61,0)
Gesamt	45 (45,0)	55 (55,0)

Man kann insgesamt davon ausgehen, dass 45,0% der befragten Gesamtgruppe ein Suchtproblem aufweisen, das sind 53,7% der Männer und 39,0% der befragten Frauen. Auch an dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der hier untersuchten Gesamtgruppe um vorselektierte Probanden handelt, die aufgrund einer in der epidemiologischen Befragung gezeigten Auffälligkeit in der Stichprobe befinden.

7.3.1 Studienbezogene Daten

In der folgenden Tabelle werden die Angaben zum Studienverlauf der beiden Gruppen aufgezeigt, aufgeteilt nach Probanden mit einer Suchtproblematik aus der Interviewstudie und Probanden ohne eine Suchtproblematik aus der 15.

Sozialerhebung. Die Aufteilung der Interviewgruppe geschieht unabhängig von den anderen diagnostizierten psychischen Störungen.

Tabelle 44. Studienverlauf von Studierenden mit und ohne Suchtprobleme (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Suchtproblemen (Kölner Studie) (N=45)	Studierende ohne Suchtprobleme (N=20.533)
Studienfachwechsel/ Abschlusswechsel		
Fach- und Abschlusswechsel	11,1	10,9
Fachwechsel	24,4	7,8
Abschlusswechsel	0,0	2,1
Gesamt	35,5	20,8
Hochschulwechsel innerhalb Deutschlands		
ja	15,6	17,3
nein	84,4	82,7
Studienunterbrechung		
ja	13,6	10,7
nein	86,4	89,3
Gründe dafür:		
Wehr-/ Zivildienst	0,0	11,1
familiäre Gründe	20,0	22,1
gesundheitliche Probleme	30,0	14,9
finanzielle Probleme	20,0	25,3
Zweifel am Sinn des Studiums	40,0	25,2
um andere Erfahrungen zu sammeln	40,0	27,7

Bezogen auf einen bisherigen Studienfach- und/ oder Abschlusswechsel liegen die Studierenden mit einer Suchtbelastung insgesamt mit 35,5% deutlich über dem Wechselverhalten der Vergleichsgruppe von 20,8%: Besonders bezogen auf den ausschließlichen Fachwechsel haben die suchtbelasteten Studierenden erhöhte Werte. Keiner der suchtbelasteten Studierenden hat nur den Abschluss gewechselt. Der Wechsel von Fach und/ oder Abschluss ist im Studienkontext als besonders umfassende Neuorientierung zu werten. Insgesamt wird der Studiengangwechsel als Zeichen eines ungerichteten Studierverhaltens aufgefasst (vgl. BMBF 1998). Betrachtet man die Studierenden der Kölner Studie im Licht der Sozialerhebung, so kann an dieser Stelle die dritte Hypothese tendenziell bestätigt werden, wenn man einen häufigeren Abschluss- oder Fachwechsel (35,5% vs. 20,8%) als schlechteren Studienverlauf definiert und realisiert, dass sich die beiden Stichproben aufgrund der verschiedenen Größe schlecht miteinander vergleichen lassen. 15,6% der suchtbelasteten Studierenden und 17,3% der Vergleichsgruppe haben bereits die Hochschule gewechselt. Der Wechsel in eine neue Stadt hat zwar durchaus belastende Faktoren inne, bedeutet aber auch eine Erweiterung des Horizonts und stellt im Zuge der heute notwendigen Flexibilität auf dem

Arbeitsmarkt eine eindeutig positive Kompetenz dar. Das BMBF (1998, 301) spricht in diesem Zusammenhang von Widerlegung der „Sesshaftigkeit der jetzigen Studentengeneration“. Bei genauerer Auswertung bestätigt sich allerdings das Bild vom flexiblen und aufgeschlossenen Studierenden nicht: Bei den meisten Studierenden, die die Hochschule gewechselt haben, erfolgte gleichzeitig ein Fach- und Abschlusswechsel (50,0%). Unabhängig vom Vorliegen einer Suchterkrankung ist der Hochschulwechsel also eine Folge einer vollständigen Umorientierung. Der Faktor Hochschulwechsel ist demnach mit Suchterkrankungen nicht zwingend in Zusammenhang zu bringen, wohl aber gibt es eine Schnittmenge.

In Bezug auf eine Studienunterbrechung besteht ein leichter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 13,6% der „Suchtstudenten“ und 10,7% der Vergleichsgruppe haben bereits eine Studienunterbrechung erlebt. Hinsichtlich der Gründe für eine Studienunterbrechung gibt es bedeutende Differenzen: 11,1% der Studierenden ohne eine Suchtproblematik haben ihr Studium wegen Wehr- oder Zivildienst unterbrochen, während dies auf der Seite der suchtbelasteten Studierenden keiner tat. Aufgrund familiärer Gründe, wie etwa einer ungewollten Schwangerschaft oder auch plötzliche Krankheitsfälle in der Familie, unterbrachen jedoch 20% der Suchtbelasteten ihr Studium und 22,1% der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied wird nicht als bedeutsam eingeschätzt.

30% der suchtbelasteten Studierenden unterbrachen ihr Studium aufgrund von gesundheitlichen Problemen, während diese Antwort bei der Vergleichsgruppe nur die Hälfte (14,9%) wählte. Bezogen auf finanzielle Problem überwiegen die Antworten der Vergleichsgruppe, jedoch in Hinsicht auf Zweifel am Sinn des Studiums liegen die Werte der suchtbelasteten Studierenden mit 40% deutlich über denen der Vergleichsprobanden (25,2%). Auch die Sammlung anderer Erfahrungen gaben die mit Sucht belasteten Hochschüler zu 40% als Unterbrechungsgrund an, während die Vergleichsgruppe dies zu 27,7% tat.

Abschließend kann man sagen, dass Studierende mit einem Suchtproblem nicht nur häufiger ihr Studium zu unterbrechen scheinen, sondern auch die Gründe dafür sehr deutlich im persönlichen Bereich liegen: Gesundheitliche Probleme oder Zweifel am Sinn des Studiums lassen anscheinend insgesamt mehr suchtbelastete als nicht suchtbelastete Studierende pausieren.

Auch die Suche nach anderen Erfahrungen wird sehr deutlich von der „Suchtgruppe“ durchgeführt. Man kann letztendlich davon ausgehen, dass die Suchtbelasteten einen möglichst raschen Studienabschluss nicht so stringent verfolgen wie die Vergleichsgruppe.

Der Zweifel am Sinn eines Studiums lässt sich in den anderen Antwortkategorien recht deutlich erkennen und könnte als Hauptmerkmal der suchtblasteten Studierenden herausgehoben werden.

Festzuhalten bleibt die Tatsache, dass suchtblastete Studierende hinsichtlich der studienbezogenen Daten scheinbar einen schlechteren Studienverlauf aufweisen als die Vergleichsgruppe. In Anbetracht der problematischen Datenlage wird die dritte Hypothese diesbezüglich tendenziell bestätigt.

7.3.2 Zufriedenheit mit dem Studienfach

Im Folgenden werden die detaillierten Aspekte des Konstruktes „Studienverlauf“ bei den Teilnehmern der Interviewstudie ausgewertet. Deren Fragebogen ist in Bezug auf die Studienverlaufsfragen identisch mit dem der 15. Sozialerhebung. Eine ausführliche Analyse der Studienbedingungen an deutschen Hochschulen (Studienqualität in Inhalt, Aufbau und Didaktik, soziales Klima und Zugänglichkeit der Lehrenden, Beratung und Betreuung im Studium) ist ein zentrales Thema der Arbeitsgruppe Hochschulforschung der Universität Konstanz (Bargel et al. 1996). Die vorliegende Studie hat auf der Grundlage der dort erzielten Forschungsergebnisse acht allgemeine Einschätzungsfragen zu den zentralen Aspekten der Studienbedingungen gestellt. Aufgrund der Differenzierungen der Studierenden in die Gruppen der verschiedenen psychischen Auffälligkeiten werden im Folgenden die für die Studie relevanten Ergebnisse ausgewiesen.

Im Folgenden werden die Leistungsbeurteilungen der Studierenden zu vier wesentlichen Aspekten der Studienbedingungen dargestellt. Die Studierenden urteilen anhand einer fünfstufigen Skala von 1 (=sehr gut) bis 5 (=sehr schlecht). Für die weitere Darstellung werden die Werte 1 und 2 zu „eher gut“, die Werte 4 und 5 zu „eher schlecht“ zusammengefasst.

Als Gewichtungsfaktor für die Einschätzungen zur Qualität der einzelnen Aspekte der Studienbedingungen dienen die Urteile der Studierenden zur Bedeutung der verschiedenen Gesichtspunkte. Auf einer fünfstufigen Skala

konnten die Probanden jeweils angeben, ob sie einen Aspekt für sehr wichtig (=1) oder für weniger wichtig (=5) halten. Vor dem Hintergrund einer großen Wichtigkeit eines Gesichtspunktes ist eine schlechte Beurteilung gravierender als bei Gesichtspunkten, die als weniger wichtig eingeschätzt werden. Die Verknüpfung zwischen Bedeutung und Zufriedenheitsurteil für die acht erfragten Aspekte der Studienbedingungen kann den Abbildungen 16 bis 23 entnommen werden. Von besonderem Interesse sind die Bereiche, bei denen ein starkes Missverhältnis zwischen Bedeutung und Zufriedenheitsurteil besteht, die also zwar für wichtig gehalten werden, mit denen aber nur wenige Studierenden zufrieden sind.

Auch wenn im Folgenden die Probandenzahlen unter 100 fallen, werden zur vereinfachten Darstellung der Verhältnisse zusätzlich Prozentzahlen verwendet.

Materielle Ausstattung

Zunächst werden die Einschätzungen in Bezug auf die materielle Ausstattung an den Hochschulen erhoben. Dazu gehört die Ausstattung mit Literatur sowie mit den erforderlichen Arbeitsplätzen.

Eine relativ große Bedeutung hat für die Studierenden die Ausstattung ihres Studiengangs mit Literatur: 29 (52,7%) der Studierenden ohne ein Suchtproblem halten die Verfügbarkeit von Fachbüchern für sehr wichtig und 22 (48,9%) der Studierenden mit einem Suchtproblem geben diese Einschätzung ab. Die Bewertung der tatsächlichen Zufriedenheit in ihren Studiengängen ist unterschiedlich: Nur 22 (40,0%) der Studierenden ohne ein Suchtproblem finden die Literaturlausstattung tatsächlich auch gut, 21 Personen (46,7%) der zweiten Gruppe bewertet sie besser, als sie in ihren Augen sein müsste.

Tabelle 45. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Ausstattung mit Literatur	29 (52,7)	22 (48,9)
Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur	22 (40,0)	21 (46,7)

Somit kann festgehalten werden, dass bei den unbelasteten Studierenden ein leichtes Missverhältnis zwischen Bedeutung und Zufriedenheit einer der Literatutausstattung des Studienfachs zu bestehen scheint, die suchtbelasteten Studierenden der guten Fachbuchausstattung dagegen ebenfalls eine große Bedeutung zumessen, die Zufriedenheit des tatsächlichen Bestandes aber noch besser bewerten.

Die Ausstattung mit notwendigen Arbeitsplätzen weist ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf: 26 der unauffälligen Studierenden (42,3%) messen der Arbeitsplatzausstattung eine sehr wichtige Bedeutung zu, dies tun 15 (33,3%) der durch Substanzkonsum auffälligen Hochschüler.

20 der Studierenden ohne ein Suchtproblem (36,7%) bewerten die Zufriedenheit der Arbeitsplätze als sehr gut oder gut, 17 konsumauffällige Studenten (37,8%) finden die Ausstattung der Arbeitsplätze in ihrem Studiengang ebenfalls besser als sie sie bedeutsam finden. Bei der Einschätzung der tatsächlichen Zufriedenheit unterscheiden sich die beiden Gruppen also kaum, allerdings schätzen die Studierenden mit einer Suchtproblematik die Bedeutung höher ein, als die tatsächliche Zufriedenheit ist, sind also unzufriedener mit der Ausstattung der Arbeitsplätze.

Tabelle 46. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Arbeitsplätzen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Ausstattung mit Arbeitsplätzen	26 (42,3)	15 (33,3)
Zufriedenheit mit der Ausstattung d. Arbeitsplätze	20 (36,7)	17 (37,8)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Studierende mit einem Suchtproblem dem Faktor der materiellen Ausstattung eine höhere Bedeutung beizumessen scheinen als die Studierenden ohne Suchtprobleme, sie aber auch in Bezug auf ein Zufriedenheitsurteil der Ausstattung bessere Einschätzungen abgeben. Allerdings kann diese Aussage nur als Vermutung bzw. Tendenz konstatiert werden, da keine Signifikanz besteht.

Kommunikative Basisbedingungen

Als kommunikative Basisbedingungen werden im Folgenden die Kommunikation unter den Studierenden und die Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen abgefragt. Darüber hinaus soll überprüft werden, wie viele Gespräche Studierende im Durchschnitt mit ihren Dozenten führen.

Zu den kommunikativen Rahmenbedingungen gehören einerseits das persönliche Verhältnis der Studierenden untereinander (Tabelle 47) und andererseits das Verhältnis zu den Lehrenden, also ihre Beratung und Betreuung (Tabelle 48).

Tabelle 47. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Kommunikation unter d. Studierenden	42 (76,4)	30 (66,7)
Zufriedenheit m.d. Kommunikation unter d. Studierenden	36 (65,5)	31 (68,9)

Die Einschätzungen bezüglich der Kommunikation untereinander sind bei den Studierenden der beiden Untersuchungsgruppen sehr verschieden: 42 (76,4%) der Studierenden ohne eine Suchtproblematik messen einem guten Verhältnis untereinander eine große Bedeutung bei, während dies 30 (66,7%) der Studierenden mit einer Suchtproblematik tun. Die Zufriedenheitsurteile unterscheiden sich dagegen nicht wesentlich: 36 (65,5%) der Studierenden ohne Suchtproblematik bewerten die Zufriedenheit mit der Kommunikation unter Studierenden gut, ebenso urteilen 31 (68,9%) der suchtbelasteten Hochschüler. In der suchtbelasteten Gruppen werden Ist- und Soll-Zustand etwa gleich gut bewertet, dagegen sind die nicht suchtbelasteten Studierenden der Untersuchungsgruppe unzufriedener mit der Kommunikation untereinander. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant.

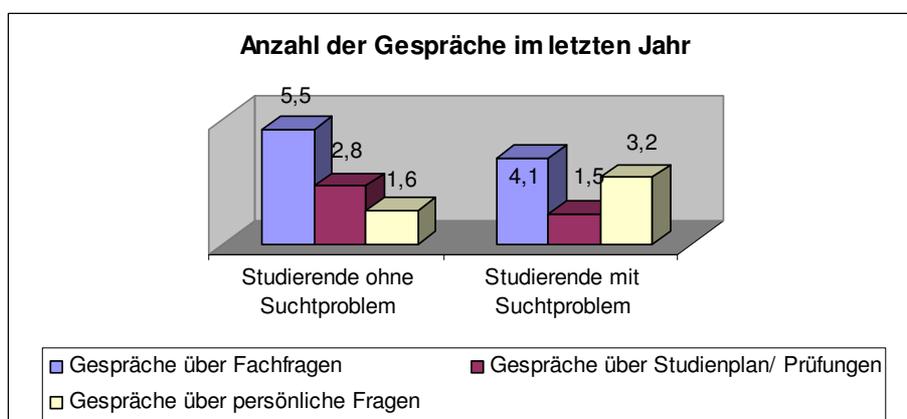
Tabelle 48. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Betreuung und Beratung	26 (47,3)	13 (28,9)
Zufriedenheit mit der der Betreuung und Beratung	25 (45,5)	16 (35,6)

Aus Tabelle 48 wird deutlich, dass 26 Probanden (47,3%) der Gruppe ohne Suchtprobleme der Betreuung durch das Lehrpersonal eine große Bedeutung beimessen, während dies 13 Studierende (28,9%) der Gruppe mit einem Suchtproblem tun. Dieser Unterschied ist signifikant. 25 (45,5%) der unbelasteten Gruppe ist zufrieden mit der Betreuung. Dagegen sind die Angehörigen der zweiten Gruppe gruppenintern wieder zufriedener als die der ersten Gruppe: 16 suchtbelastete Studierende (35,6%) schätzen die Zufriedenheit mit der Betreuung als gut ein, nachdem sie ihr weniger Bedeutung beigemessen hatten.

Die vergleichsweise schlechten Beurteilungen für Beratungs- und Betreuungsleistungen werden auch durch die geringe Anzahl von Gesprächen bestätigt, die die Studierenden in den letzten beiden Semestern mit ihren Lehrkräften geführt haben:

Abbildung 10. Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr (Arithmetisches Mittel)



Im Durchschnitt 4,1 Mal im Jahr sprechen Studierende mit einem Suchtproblem mit ihren Dozenten über Fachfragen, 1,5 Mal über den Studienplan oder

Prüfungsfragen und 3,2 Mal über persönliche Fragen. Dagegen kommunizieren die Studierenden ohne eine Suchtproblematik mit ihren Lehrkräften 5,5 Mal über Fachfragen, 2,8 Mal über den Studienplan oder Prüfungsfragen und 1,6 Mal über persönliche Fragen. Die Kommunikation mit den Dozenten scheint ein Aspekt zu sein, der mit dem Vorliegen einer Suchterkrankung zusammenhängt: Studierende mit einer entsprechenden Problematik weisen scheinbar deutlich weniger Gespräche in allen Belangen auf, die sich auf studienbezogene Themen beziehen, dagegen führen sie in Bezug auf die persönliche Kommunikation eher mehr Gespräche als ihre Kommilitonen ohne eine Suchtproblematik. Ist den letzteren das Erreichen von Studienleistungen der dringendste Wunsch, so scheint bei suchtbelasteten Studierenden doch die Kommunikation über persönliche Bereiche eine wichtige Rolle zu spielen. Sei es, um fehlende Leistungen zu erklären (Fehlen, Abmeldung von Klausuren usw.) oder um tatsächlich Hilfe zu suchen, suchtbelastete Klienten scheinen laut Datenlage doppelt so häufig im persönlichen Gespräch mit ihren Lehrenden zu sein.

Insgesamt kann die dritte Hypothese für die kommunikativen Basisbedingungen eher nicht bestätigt werden, da sie von Studierenden mit einer Suchterkrankung tendenziell besser eingeschätzt werden als von Studierenden der Vergleichsgruppe.

Qualität der Lehre

Die Einschätzung der Lehrqualität wird anhand der wahrgenommenen Motivation der Dozenten, der Vermittlung des Lehrstoffs durch die Lehrenden und durch den Praxisbezug der Veranstaltungen operationalisiert.

Tabelle 49. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Motivation der Dozenten	39 (70,9)	29 (64,4)
Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten	20 (36,4)	18 (40,0)

Tabelle 50. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Vermittlung des Lehrstoffs	27 (49,1)	16 (35,6)
Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs	23 (41,8)	18 (40,0)

Es liegt auf der Hand, dass die Motivation und das Interesse der Dozenten an der Lehre maßgeblich sowohl mit der Vermittlung des Lehrstoffs als auch mit ihren Beratungs- und Betreuungskompetenzen zusammenhängen. Die Bedeutung, die beide Gruppen der Motivation ihrer Dozenten beimessen, ist höher als die tatsächliche Zufriedenheit mit dieser Motivation: 39 (70,9%) der nicht suchtbelasteten Studierenden messen der Motivation der Dozenten hohe Bedeutung bei, nur 20 (36,4%) sind mit ihr zufrieden. Doch auch bei den suchtbelasteten Studierenden besteht ein Unterschied zwischen Bedeutung und Zufriedenheit: 29 (64,4%) halten die Motivation der Lehrenden für wichtig, dagegen sind nur 18 (40,0%) damit auch zufrieden.

27 Personen (49,1%) der Gruppe ohne Suchtprobleme misst der Vermittlung des Lehrstoffs große Bedeutung bei, 16 Studierende (35,6%) der zweiten Gruppe halten die Vermittlung des Lehrstoffs für bedeutsam. Bei der Bewertung der tatsächlichen Zufriedenheit mit der Stoffvermittlung in ihrem Studienfach geben 23 Studenten ohne eine Suchtproblematik (41,8%) eine gute Bewertung ab. Dagegen sind 18 (40,0%) Studierende mit einer Suchtproblematik mit der Lehrvermittlung zufrieden, und schätzen somit die tatsächliche Zufriedenheit besser ein als die Bedeutung.

Tabelle 51. Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug(s) der Veranstaltungen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung des Praxisbezugs	21 (38,2)	10 (22,2)
Zufriedenheit mit dem Praxisbezug	17 (30,9)	10 (22,2)

Der Praxisbezug der Veranstaltungen ist ein Gesichtspunkt, dem von den Studierenden beider Gruppen unterschiedliche Bedeutungen zugemessen werden. 21 Studierende ohne eine Suchtproblematik (38,2%) halten einen Praxisbezug der Veranstaltungen für sehr wichtig. Dagegen finden nur 10 (22,2%) suchtbelastete Hochschüler den Praxisbezug sehr wichtig. In der ersten Gruppe ist das Gefälle von Soll- zu Ist-Zustand relativ deutlich (17 Studierende bzw. 30,9% sind zufrieden), während abermals 10 suchtbelastete Studierenden mit der Realität des Praxisbezugs genau so zufrieden sind, wie sie ihn wichtig finden.

Insgesamt kann zur Qualität der Lehre festgehalten werden, dass sich die Gruppe der suchtbelasteten Studierenden von der Gruppe der nicht suchtbelasteten unterscheidet: Suchtbelastete Studierende messen der Bedeutung der einzelnen Aspekte jeweils weniger Gewicht bei als ihre nicht suchtbelasteten Kommilitonen dies tun. Bezogen auf die Zufriedenheit zeigen sich die unbelasteten Studierenden unzufriedener als die suchtbelastete Gruppe, im Verhältnis zwischen Bedeutung und tatsächlicher Zufriedenheit liegen ihre Werte weiter auseinander.

Studienstruktur

Die Studierenden sollen im Folgenden die Strukturiertheit ihres Studiengangs bewerten.

Tabelle 52. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Strukturiertheit des Studiengangs nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Bedeutung der Strukturiertheit	24 (43,6)	19 (42,2)
Zufriedenheit mit der Strukturiertheit	24 (43,6)	19 (42,2)

24 (43,6%) der Studierenden ohne Suchtprobleme halten den Aspekt der Strukturiertheit des Studiengangs für wichtig, ebenso viele sind auch mit ihm zufrieden. Bei den suchtbelasteten Kommilitonen finden sich ähnliche Werte: 19 Probanden (42,2%) finden die Strukturiertheit des Studiengangs wichtig, genauso viele bewerten diese als gut.

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass Studierende mit einem Suchtproblem die verschiedenen Aspekte von Studienbedingungen für weniger bedeutungsvoll halten und sie auch teils deutlich besser bewerten als ihre unbelasteten Kommilitonen. Allerdings sind die Ergebnisse nicht signifikant, allenfalls kann man also von einer Tendenz sprechen.

Insgesamt kann die dritte Hypothese nicht bestätigt werden: Studierende mit einer Suchtproblematik schätzen die äußeren Studienbedingungen zwar insgesamt etwas anders ein als Studierende ohne ein solches Problem, allerdings kann kein signifikanter Unterschied beobachtet werden.

7.3.3 Zeitstruktur während des Semesters

Freie Zeit ist in der bundesdeutschen Bevölkerung ein unschätzbare Gut, welches als Lebenswert im Verhältnis zur Arbeitszeit an Geltung und Umfang gewachsen ist (vgl. Opaschowski 1995, BMBF 1998). Die Besonderheiten eines Hochschulstudiums bringen es mit sich, dass für die Studierenden die Arbeitsstätte des Studiums mit dem Ort der Freizeitaktivitäten enger verknüpft ist als bei anderen Bevölkerungsgruppen (vgl. BMBF 1998). Die in der heutigen Zeit übliche Trennung von Arbeitszeit und Freizeit, von Arbeitsort und Freizeitort ist für den studentischen Lebenskontext und die Tagesgestaltung weniger zutreffend wie für gleichaltrige Erwerbstätige, es gibt hier fließendere Übergänge (vgl. ebd.). Eine Grundbedingung dafür ist in der Autonomie zu suchen, über die Studierende durch ihren Status verfügen. Der Auftrag der Hochschule besteht über die Vermittlung von Fachkenntnissen hinaus in der Persönlichkeitsförderung der Studierenden z.B. im Bereich der sozialen Kompetenzen:

Lehre und Studium sollen die Studierenden auf ein berufliches Tätigkeitsfeld vorbereiten und ihnen die dafür erforderlichen fachlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Methoden dem jeweiligen Studiengang entsprechend so vermitteln, dass sie zu wissenschaftlicher oder künstlerischer Arbeit und zu verantwortlichem Handeln in einem freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat befähigt werden (§ 7, HRG 1999).

In diesem Zusammenhang hat die aktive Freizeitgestaltung der Studierenden im Hochschulbereich außer einer rekreativen und kompensatorischen Funktion

die Aufgabe, Hochschüler zu verantwortlichem Handeln zu befähigen (vgl. ebd.). In dieser Hinsicht sollte die Zeitstrukturierung des einzelnen Studierenden während des Semesters nicht ausschließlich als persönliche Aufgabe betrachtet, sondern auch zu einem integrierten Teilauftrag der Hochschulen gemacht werden, und zwar über die bisher sicherlich lobenswerten Angebote der Studentenwerke hinaus. Ein ausgewogenes Zeitmanagement, das sowohl Arbeits- als auch Freizeitkomponenten ausgewogen in Zusammenhang bringt, ist auch für das körperliche und seelische Wohlbefinden von Bedeutung.

In der folgenden Tabelle wird die Zeitstruktur der in der Interviewstudie befragten Hochschüler dargestellt.

Tabelle 53. Zeitstruktur von Studierenden in Bezug auf Suchtprobleme
(Arithmetisches Mittel der Stunden pro Arbeitswoche)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Lehrveranstaltungen (Lehrveranstaltungen an der Hochschule)	14,4	13,8
Sonstiger studienbezogener Aufwand (Vor-/ Nachbereitung, Hausarbeiten usw.)	12,1	8,0
Erwerbstätigkeit	6,8	8,4
Persönliche Weiterbildung (von der Hochschule unabhängig)	2,5	3,0
Gesellschaftliches/ politisches Engagement (Ehrenamt)	1,5	1,2
Soziales Leben (Kneipe, Freunde, Disko usw.)	8,6	11,3
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte)	2,0	2,0
Kreatives Hobby (Theater spielen, Musik machen usw.)	0,8	1,1
Sport	3,5	3,8
Computerspiele	2,6	3,9

Die beiden Gruppen unterscheiden sich tendenziell, jedoch nicht signifikant in allen Bereichen voneinander: Studierende mit Suchtproblemen verbringen im Durchschnitt 13,8 Stunden in der Woche an der Hochschule, Studierende ohne eine solche Problematik mit 14,4 Stunden etwas mehr. Studierende ohne eine Suchtproblematik verbringen insgesamt 26,5 Stunden, die suchtbelasteten Kommilitonen mit 21,8 Stunden rund 5 Stunden weniger mit studienbezogenem Aufwand.

In Bezug auf Erwerbstätigkeit unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum voneinander, die suchtblasteten Hochschüler sind mit durchschnittlich 8,4 Stunden in der Woche 1,6 Stunden länger erwerbstätig als die unauffälligen Studierenden mit 6,8. In den Punkten „Persönliche Weiterbildung“ (2,5 bzw. 3,0 Stunden) und „Gesellschaftliches/ politisches Engagement“ (1,5 bzw. 1,2 Stunden) unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen kaum voneinander.

In Bezug auf das soziale Leben gibt es erneut eine deutliche Differenz, suchtblastete Studierende verbringen rund 11,3 Stunden in der Woche in Gesellschaft, die Studierenden der Vergleichsgruppe nur durchschnittlich 8,6 Stunden.

Bezogen auf die restlichen Items unterscheiden sich die Gruppen nicht wesentlich voneinander, lediglich am Computer verbringen die suchtblasteten Studierenden tendenziell ihre Zeit häufiger.

Insgesamt kann man konstatieren, dass Studierende mit einer Suchtblastung weniger Zeit mit ihrem Studium zu verbringen scheinen, dafür aber etwas mehr Zeit für gesellige Freizeitarten aufbringen, wo auch häufig getrunken werden kann. Allerdings besteht in solchen Kontexten auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für bessere soziale Unterstützung, was bereits als Schutzfaktor vor dysfunktionalen Bewältigungsverhalten von kritischen Lebensereignissen herausgestellt wurde. Die Vergleichsgruppe dagegen verbringt mehr Zeit mit studienbezogenem Aufwand und etwas weniger mit Freizeitbeschäftigungen.

Die dritte Hypothese lässt sich mit der Frage nach der Zeitstruktur im Semester nicht verifizieren.

7.3.4 Zufriedenheit mit dem Studium

Die Zufriedenheit mit dem Studium ist eine weitere für den persönlichen Erfolg ausschlaggebende Variable und umfasst Studienabbruchsgedanken, Nichtanwesenheit bei hochschulischen Seminarveranstaltungen, Zufriedenheit mit dem Studienverlauf sowie Wünsche zum Wohlbefinden im Studium. Gefragt, ob der Proband bereits ernsthaft an einen Studienabbruch des derzeitigen Studiengangs gedacht habe, antworteten 26 (47,3%) Studierende ohne eine Suchtblastung positiv, während dies 28 (62,2%) suchtblastete Studierenden ebenfalls tun. Der Unterschied ist zwar nicht signifikant ($p < .136$),

allerdings zeichnet er eine Tendenz der suchtblasteten Studierenden, Abbruchgedanken in Bezug auf das derzeitige Studium zu hegen.

Die Testpersonen wurden weiter gefragt, wie viele Lehrveranstaltungen sie in der Regel pro Woche ausfallen lassen. Das Ergebnis ist in Tabelle 54 dargestellt.

Tabelle 54. Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden mit und ohne Suchtprobleme (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
gar keine	26 (47,3)	10 (22,2)
1-2 Lehrveranstaltungen	16 (29,1)	23 (51,1)
3-4 Lehrveranstaltungen	11 (20,0)	7 (15,6)
5-6 Lehrveranstaltungen	1 (1,8)	3 (6,7)
≥ 7 Lehrveranstaltungen	1 (1,8)	2 (4,4)

Wie der Tabelle 54 zu entnehmen ist, bestehen einige Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen. So lassen nur 10 (22,2%) Studierende mit einem Suchtproblem gar keine Lehrveranstaltungen ausfallen, während das mit 26 Probanden (47,3%) fast die Hälfte der unbelasteten Studierenden ist. Dafür lassen etwas mehr als die Hälfte (23 Personen, 51,1%) der suchtpromatistischen Hochschüler ein bis zwei Lehrveranstaltung pro Woche ausfallen, während dies noch immerhin auch noch fast ein Drittel (16 Personen, 29,1%) der Vergleichsgruppe ist. Dem gegenüber stehen jedoch 11 Studenten (20,0%) ohne eine Suchtproblematik, die drei bis vier Lehrveranstaltungen pro Woche nicht besuchen. Bei den substanz auffälligen Probanden sind das 7 Personen (15,6%). Allerdings verpasst „nur“ jeweils eine Person (je 1,8%) der unbelasteten Hochschüler fünf bis sechs bzw. sieben oder mehr Lehrveranstaltungen vorsätzlich, während das bei den suchtblasteten 3 bzw. 2 Personen (6,7% bzw. 4,4%) sind. Insgesamt kann man festhalten, dass es einen signifikanten Zusammenhang ($p < .046$) zwischen dem vorsätzlichen Versäumen von Lehrveranstaltungen und dem Vorliegen einer Suchtproblematik gibt. 35 der süchtigen Probanden (78,1%) lassen überhaupt Lehrveranstaltungen aus, 29 unbelastete Studierende (52,7%).

Abbildung 11 zeigt die Gründe für ein Auslassen der Veranstaltungen.

Alle im Folgenden auf Abbildung 11 bezogenen Ergebnisdarstellungen weisen keine Signifikanz auf und können daher nur als Tendenz gewertet werden.

Unschwer lässt sich erkennen, dass alle Antworten, die mit Eigenmotivation und Antrieb zu tun haben, bei den suchtproblematischen Probanden im Vergleich zu ihren unbelasteten Kommilitonen erhöht sind: Sie haben zu 28,9% keine Lust, zur Veranstaltung zu gehen (Vergleichsgruppe 23,6%), kommen zu 28,9% nicht aus dem Bett (Vergleichsgruppe 16,4%) oder haben am Vortag zu 22,2% zu viel gefeiert bzw. getrunken (Vergleichsgruppe 7,3%). Hinsichtlich eher „aktiver“ Gründe, nicht zu Veranstaltungen zu gehen, liegen die suchtblasteten Probanden weitgehend ebenfalls vorn: 13,3% lassen Veranstaltungen wegen Arbeit ausfallen (12,7%), 6,7% zieht Freizeitaktivitäten dem Besuch der Hochschule vor (Vergleichsgruppe: 3,6%).

Letzterer ist zwar ein Grund, der nichts mit Motivationslosigkeit zu tun hat, aber er zeigt eine deutliche Gewichtung des Privatlebens, weg von der „beruflichen“ Verpflichtung. In Bezug auf familiäre Verpflichtungen liegen die Studierenden ohne eine Suchtproblematik vor der Untersuchungsgruppe: Sie lassen zu 5,5% eine Veranstaltung aus diesem Grund ausfallen, während dies bei den suchtblasteten Studierenden nur 2,2% sind. Auch hier deutet sich eine deutliche Verantwortungsübernahme an: Die Suchtunbelasteten sind eher eingebunden in familiäre Verantwortlichkeit. Ob eine Lehrveranstaltung den Besuch lohnt, schätzen beide Gruppen als Hauptgrund für einen Ausfall an: 45,5% der Studierenden ohne eine Suchtblastung und 42,2% derer mit einer Belastung wägen den Nutzfaktor vor den Besuchen der Veranstaltungen ab. Beim Grund der Langeweile liegen erneut die Suchtblasteten vorn: Sie gehen zu 26,7% nicht zu einer langweiligen Veranstaltung, während dies auch bei den unbelasteten jeder 5. unterlässt.

Gefragt nach der Zufriedenheit mit dem bisherigen persönlichen Studienverlauf sind 76,4% der Studierenden ohne eine Suchtproblematik und 64,4% derer mit einer Suchtproblematik zufrieden. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($p < .191$), deutet aber eine leichte Tendenz der Suchtblasteten an, mit dem Studienverlauf unzufriedener zu sein.

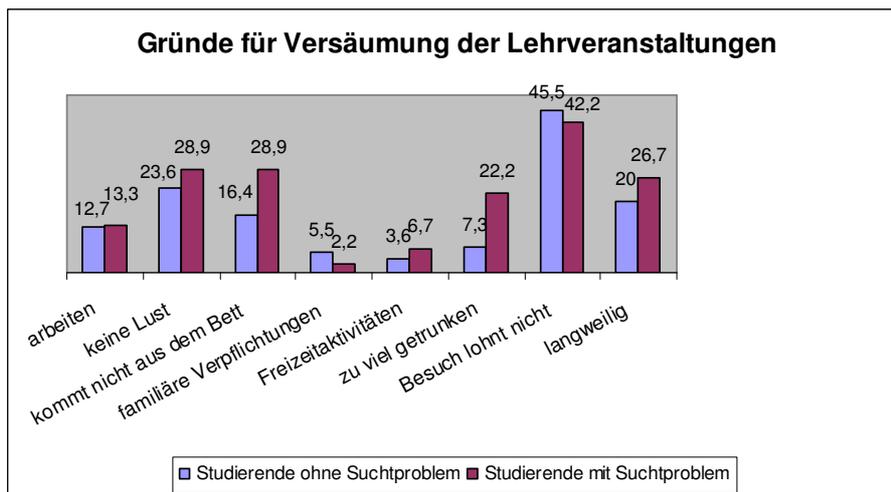


Abbildung 11. Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen (Angabe in Prozent, N=100)

Bezüglich der einzelnen Angaben, was im Studium zum persönlichen Wohlbefinden fehlt, können folgende Ergebnisse ermittelt werden:

Tabelle 55. Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium (Angabe in ganzen Zahlen, Prozentzahlen in Klammern)

	Studierende ohne Suchtprobleme (N=55)	Studierende mit Suchtproblemen (N=45)
Mehr persönliche Motivation/ Disziplin	8 (14,5)	7 (15,6)
Bessere Kommunikation mit/ Betreuung durch Lehrkörper	13 (24,4)	10 (21,8)
Weniger Anonymität, mehr Kontakte zu Studierenden	5 (9,1)	8 (17,8)
Bessere Ausstattung, schönere Gebäude	5 (9,1)	0,0
Breiteres Fächer-/ Seminarangebot, kleinere Seminare	5 (9,1)	3 (6,7)
Berufsperspektiven	2 (3,6)	1 (2,2)
Mehr Geld	3 (7,3)	2 (4,4)
Mehr Praxisbezug	8 (14,5)	8 (17,8)
keine Wünsche	6 (10,9)	5 (11,1)

8 Studierende ohne ein Suchtproblem (14,5%) wünschen sich mehr eigene Motivation und Disziplin, während dies 7 (15,6%) suchtblastete Probanden angeben. Der Wunsch nach besserer Kommunikation mit den Professoren ist bei allen am häufigsten genannt: 13 unbelastete Studenten (24,4%) wünschen

sich eine bessere Betreuung, während dies 10 suchtbelastete Studierende (21,8%) sind. Der einzige Wunsch, der mit der Tatsache zu tun zu haben scheint, ob ein Studierender suchtbelastet ist oder nicht, ist der Wunsch nach weniger Anonymität und mehr Kontakt untereinander: 8 (17,8%) Suchtbelastete geben dies an, während es bei der Vergleichsgruppe nur 5 (9,1%), also die Hälfte sind. Studierende mit einer Suchterkrankung scheinen also mehr unter der Anonymität der Hochschulen zu leiden als Studierende ohne ein solches Problem. Eine bessere Ausstattung bzw. schönere Räumlichkeiten wünscht sich von den Problempartnern niemand, während immerhin 5 (9,1%) der unbelasteten Studierenden dies angeben. Ein breiteres Fächer- bzw. Seminarangebot möchten nur 3 suchtbelastete Studierende (6,7%), während dies zu 9,1% ein Wunsch von 5 unbelasteten Studenten ist. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Daten über die Qualität der Lehre: Auch dort hatten die Studierenden ohne eine substanzbezogene Problematik höhere Erwartungen als die Vergleichsgruppe. Das gleiche gilt für den Wunsch nach einer beruflichen Perspektive, auch dies wünschen sich die unbelasteten Studierenden mit 3,6% (2 Personen) häufiger als die belasteten Probanden mit 2,2% (eine Person).

2 (4,4%) der problematischen Studierenden geben an, mehr Geld zu wünschen, während dies 3 bei den unbelasteten Studenten tun (7,3%). Untersucht man die Angaben zum eigenen Einkommen, die durch das Interview der Kölner Studie ebenfalls erhoben werden, so haben die Studierenden ohne eine Suchtproblematik tendenziell mehr Geld im Monat zur Verfügung als die Vergleichsgruppe. Umso erstaunlicher ist die erzielte Antwortquote in Bezug auf den Wunsch nach mehr Geld. Man kann vermuten, dass den Studierenden mit einem Suchtproblem andere Dinge wichtiger sind als Geld, während die Studierenden ohne eine solche Problematik, die auch insgesamt etwas erfolgsorientierter sind, einen hohen Wert auf genügend Geld im Sinne eines Statussymbols legen.

In Bezug auf den Wunsch nach mehr Praxisbezug unterscheiden sich die beiden Gruppen erneut voneinander: Die Gruppe der Suchtbelasteten wünscht sich zu 17,8% mehr praktische Bezüge, dies sind in der Vergleichsgruppe nur 14,5%. In der Praxis sind häufig die Studierenden, die einen größeren Praxisbezug fordern, von der Art und Weise des oft abstrakten

Hochschulstudiums enttäuscht, ihnen fehlt der Bezug zu dem, was sie später in der Berufstätigkeit tatsächlich brauchen. Der höhere Wunsch nach Praxis bei den suchtbelasteten Studierenden könnte eine höhere Frustration in Bezug auf die Art des Studiums anzeigen.

Etwa 11% beider Gruppen fühlen sich in ihrer derzeitigen Studiensituation zufrieden und würden nichts ändern.

Abschließend kann man sagen, dass sich bei den selbst formulierten Wünschen, die die Studiensituation verbessern könnten, die beiden Gruppen voneinander unterscheiden: Die Suchtbelasteten wünschen sich weniger Anonymität und einen größeren Praxisbezug, während die Unbelasteten sich eher zur strukturellen Hochschulebene Veränderungen wünschen: Bessere Ausstattung und ein breiteres Seminarangebot. Im persönlichen Bereich wünschen sich die unbelasteten Studierenden mehr Geld und eine bessere Berufsperspektive. Diese letztgenannten Wünsche sind klar zukunftsweisende Träume, während die suchtbelasteten Studenten eher im Jetzt Wünsche formulieren. Anhand der unterschiedlichen Wünsche lässt sich festhalten, dass die Studierenden mit einer Suchterkrankung tatsächlich einen schlechteren Studienverlauf zu haben scheinen, da sie die derzeitige Situation eher verändern wollen würden als die Vergleichsgruppe.

7.3.5 Fazit

Der Studienverlauf hinsichtlich der studienbezogenen Daten der Studierenden mit Suchtproblemen scheint sich von dem der unbelasteten Studierenden insofern zu unterscheiden, als dass die belastete Gruppe häufiger Abschluss und Fach zu wechseln und das Studium häufiger zu unterbrechen scheint. Auch bei den Gründen für eine Studienunterbrechung sind tendenzielle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu erkennen, da z.B. der Zweifel am Sinn eines Studiums als Hauptmerkmal der suchtbelasteten Studierenden gelten kann.

In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Studienfach bleibt zu konstatieren, dass Studierende mit einer vorliegenden Suchtproblematik sich in ihren Einschätzungen von der Vergleichsgruppe zum Teil unterscheiden scheinen, doch kann nicht festgestellt werden, dass ihre Zufriedenheit geringer ist. Im Gegenteil liegen die Zufriedenheitseinschätzungen in allen Bereichen über denen der Vergleichsgruppe. Die Hypothese wird nicht bestätigt.

Studierende mit einer Suchtproblematik verbringen weniger studienbezogene Zeit, dafür mehr Freizeit, die zum Teil als suchtaffine Beschäftigung gelten kann. Hinsichtlich dieses Aspekts kann die dritte Hypothese somit tendenziell bestätigt werden.

Der Punkt „Zufriedenheit mit dem Studium“ liefert ebenfalls tendenzielle Differenzierungsmerkmale: Die suchbelasteten Studierenden lassen häufiger Hochschulveranstaltungen ausfallen und wünschen sich häufiger Verbesserungen im persönlichen Bereich. Außerdem sind sie weniger zufrieden mit ihrem Studienverlauf als Studierende ohne eine Suchtproblematik.

Bleibt schließlich festzuhalten, dass die dritte Hypothese insgesamt zwar nicht vollständig, aber zum größten Teil bestätigt wird: Studierende mit einem Suchtproblem weisen scheinbar in den meisten Bereichen einen schlechteren Studienverlauf auf als Studierende ohne ein solches Problem, Ausnahme ist die Beurteilung der Qualität der Lehre, die streng genommen auf den eigentlichen Studienverlauf weniger Einfluss hat als zum Beispiel die an der Hochschule verbrachte Zeit.

7.4 Hypothese 4: Studienverlauf bei Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen

Hypothese 4: Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Da der Beginn vieler psychischer Erkrankungen im frühen Erwachsenenalter liegt, sind sie für die besagte Lebensperiode ebenso bedeutend wie Substanzstörungen. In der Allgemeinbevölkerung erkranken zwischen 15 und 25% der jungen Erwachsenen an einer psychischen Störung, darunter am häufigsten an Angststörungen und affektiven Störungen (vgl. Soeder et al. 2001). Die Studierenden im jungen Erwachsenenalter sind geprägt von den Widersprüchen in ihrem Leben: Die Trennung von den Eltern und die Bindung an bisher fremde Menschen sind Entwicklungsaufgaben, die gleichzeitig stattfinden und ambivalente Gefühle hervorrufen können (vgl. Teuwsen 2001). Bei den Studierenden der Kölner Studie wird im vorliegenden Kapitel das Vorliegen einer psychischen Störung nach DSM-IV-TR in Zusammenhang mit dem Studienverlauf gebracht. Die Vorgehensweise ist ähnlich wie bereits in

Kapitel 7.3: Aus den Probanden der Interviewstudie wird die Gruppe „Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen“ extrahiert. Es gehören zu dieser Gruppe diejenigen, die ausschließlich mindestens eine psychische Beeinträchtigung zeigen (45 Personen) sowie diejenigen, die eine komorbide Beeinträchtigung zeigen (36 Personen). Mit der Vergleichsgruppe der 15. Sozialerhebung wird die Problemgruppe auf folgende Aspekte des Studienverlaufs hin untersucht: Studienbezogene Daten, Zufriedenheit mit dem Studienfach und Zeitstruktur während des Semesters. Zufriedenheit mit dem Studium wird wieder innerhalb der Kölner Studie untersucht, es werden die Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung (psychisch beeinträchtigte und komorbide Studierende) mit den Studierenden der gleichen Interviewstudie verglichen, die keine psychische Störung aufweisen (psychisch gesunde und suchtblastete Studierende). Auch hier ist zu bedenken, dass diese Vergleichsgruppe unter anderem aus suchtblasteten Studierenden besteht, also vorselektiert ist. Demnach lässt sich dieser Aspekt nicht auf die Gesamtheit aller Studierenden übertragen, sondern dient nur zur Findung einer Tendenz.

Zur Vergleichsgruppe der 15. Sozialerhebung ist zu sagen, dass nach Hahne (1999) jeder vierte Studierende nach Selbstauskunft an psychischen Problemen leidet. Dies ist bei der Betrachtung der „Studierenden ohne psychische Probleme“ zu berücksichtigen. Darüber hinaus besteht auch hier die Problematik der verschieden großen Stichproben. Demnach lassen sich die beiden Gruppen zwar miteinander in Beziehung setzen, doch können eventuelle Unterschiede lediglich als Tendenzen ausgelegt werden.

Die Studierenden der Interviewstudie lassen sich anhand der DSM-IV-TR-Kriterien für psychische Störungen in den Bereichen Affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen und Essstörungen in die Gruppe der Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen einteilen (vgl. Kap. 7.2.1):

Tabelle 56. Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen (Angaben in Prozent aufgeteilt nach Geschlecht, Darstellung in Prozent der Gesamtzahl: N=100)

	Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen	Studierende ohne psychische Beeinträchtigungen
Männer	29 (70,7)	12 (29,3)
Frauen	52 (88,1)	7 (11,9)
Gesamt	81 (81,0)	19 (19,0)

81,0% der Probanden der Interviewbefragung weisen eine psychische Störung auf. Da die meisten Probanden verschiedene Kombinationen der verschiedenen Störungsbereiche aufweisen (z.B. Essstörung mit Angststörung), wird wegen der Überschneidung der Daten davon abgesehen, störungsspezifisch auszuwerten. Aus diesem Grund erfolgt eine Zuordnung zu der Gruppe aufgrund *einer* Störungsdiagnose.

7.4.1 Studienbezogene Daten

In der folgenden Tabelle sind die studienbezogenen Daten der Probanden dargestellt.

Tabelle 57. Studienverlauf von Studierenden der Interviewbefragung mit und ohne psychische Beeinträchtigungen (Angaben in Prozent)

	Studierende ohne psychische Beeinträchtigungen (N=20.533)	Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen (N=81)
Studienfachwechsel/ Abschlusswechsel		
Fach- und Abschlusswechsel	10,9	21,0
Fachwechsel	7,8	19,8
Abschlusswechsel	2,1	2,5
Gesamt	20,8	43,3
Hochschulwechsel innerhalb Deutschlands		
ja	17,3	21,0
nein	82,7	79,0
Studienunterbrechung		
ja	10,7	16,0
nein	89,3	84,0
Gründe dafür:		
Wehr-/ Zivildienst	11,1	7,7
familiäre Gründe	22,1	7,7
gesundheitliche Probleme	14,9	19,3
finanzielle Probleme	25,3	15,4
Zweifel am Sinn des Studiums	25,2	46,2
um andere Erfahrungen zu sammeln	27,7	38,5

Bezogen auf den Fach- bzw. Abschlusswechsel fallen ähnliche Unterschiede wie bereits bei den suchtbelasteten Studierenden auf: 43,3% der psychisch beeinträchtigten Studierenden haben Fach und/ oder Abschluss gewechselt, bei der anderen Gruppe ist dies nur die Hälfte mit 20,8%. Hinsichtlich des Fach-

und Abschlusswechselferhaltens scheint es demnach einen Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychischen Belastung zu geben: Ein Studienfach- bzw. -abschlusswechsel wird mit dem Auftreten einer psychischen Störung wahrscheinlicher.

In Bezug auf einen Hochschulwechsel innerhalb Deutschlands liegen die psychisch beeinträchtigten Studierenden ebenfalls vor ihren unauffälligen Kommilitonen: Die belasteten Hochschüler haben bereits zu 21% die Hochschule gewechselt, die unbelasteten zu 17,3%. Zwar wechseln psychisch Belastete häufiger die Hochschule, doch sind die Daten zu ungenau, um einen deutlichen Zusammenhang anzuzeigen. Es wird maximal von einer Tendenz der psychisch belasteten Studierenden ausgegangen, eher die Hochschule zu wechseln als die unbelasteten Studierenden.

Auch in Bezug auf Studienunterbrechung unterscheiden sich die beiden Gruppen voneinander: 16% der psychisch beeinträchtigten Studenten und 10,7% der in Bezug auf psychische Beeinträchtigung unauffälligen Studierenden haben bereits eine Studienunterbrechung erlebt. Es deutet sich eine Tendenz an, dass das Vorliegen einer psychischen Störung mit der Unterbrechung des Studiums im Zusammenhang steht. Hinsichtlich der Gründe für eine Studienunterbrechung tendieren die belasteten Probanden zu einer ähnlichen Verteilung wie die suchtblasteten Studierenden: Probleme mit der Gesundheit, Zweifel am Sinn des Studiums sowie das Sammeln neuer Erfahrungen sind wesentlich häufiger genannt als bei den nicht belasteten Studierenden. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass mit 7,7% familiäre Gründe für eine Unterbrechung wesentlich weniger häufig genannt werden als bei den Studierenden ohne psychische Probleme (22,1%) oder auch als bei den suchtblasteten Studierenden (20,0%). Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung unterbrechen ihr Studium also wesentlich häufiger wegen eigener Zweifel und Unsicherheiten. Ähnlich wie bereits bei den suchtblasteten Studierenden scheinen die Zweifel am Sinn des Studiums der Hauptgrund für eine Unterbrechung zu sein.

Festzuhalten bleibt die Vermutung, dass sich die beiden Gruppen tendenziell voneinander unterscheiden. Insofern lässt sich die vierte Hypothese in Bezug auf die erhobenen studienbezogenen Daten bestätigen.

7.4.2 Zufriedenheit mit dem Studienfach

Im Folgenden werden, wie bereits bei der Diskussion der dritten Hypothese, die Leistungsbeurteilungen der Studierenden zu den vier wesentlichen Aspekten der Studienbedingungen gezeigt.

Materielle Ausstattung

Zur materiellen Ausstattung gehört die Ausstattung mit Fachliteratur und mit erforderlichen Arbeitsplätzen.

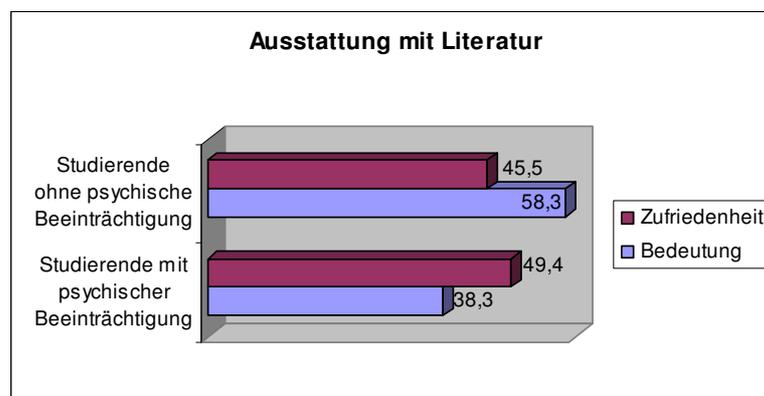


Abbildung 12. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Bezogen auf die materielle Ausstattung unterscheiden sich die Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung von den Vergleichsprobanden recht deutlich: Nur 38,3% halten die Verfügbarkeit von Fachbüchern für wichtig, während dies 58,3% der anderen Studierenden tun. Die Bewertung der feststellbaren Zufriedenheit fällt dagegen bei den belasteten Studierenden besser aus als bei den unauffälligen Studierenden: 49,4% finden, dass die vorhandenen Literaturressourcen gut sind, während die Vergleichsgruppe dies zu 45,5% behauptet. Auch hier ist, ähnlich wie bei den suchbelasteten Studierenden, ein gegenteiliger Soll-Ist-Vergleich zu verzeichnen: Die Studierenden mit einer Problematik beurteilen die Bedeutung der Literatúrausstattung geringer und bewerten die tatsächliche Zufriedenheit höher als die Bedeutung. Bei den Studierenden ohne eine psychische Beeinträchtigung scheint dagegen ein Defizit wahrgenommen zu werden: Die eingeschätzte Bedeutung dieses Aspekts ist höher als die vorhandene Ausstattung.

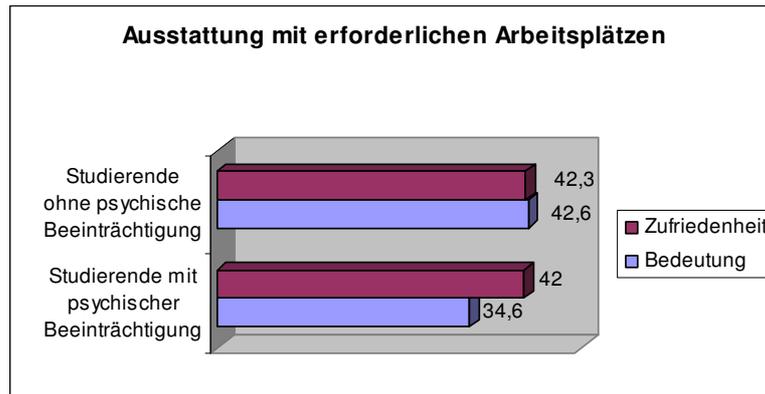


Abbildung 13. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Arbeitsplätzen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Auch in Bezug auf die Ausstattung mit Arbeitsplätzen unterscheiden sich die beiden Gruppen voneinander: Rund 42,3% der unbelasteten Studierenden halten die Ausstattung mit Arbeitsplätzen für wichtig, während das auf der Seite der belasteten Probanden lediglich 34,6% sind. Dem gegenüber steht die Beurteilung der Zufriedenheit: Die gesunden Studierenden sind genauso zufrieden mit der Qualität, wie sie sie für wichtig halten. Dagegen zeigen sich die psychisch beeinträchtigten Studierenden mit den Arbeitsplätzen mit 42,0% zufriedener.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die psychisch Beeinträchtigten die materielle Ausstattung in ihrem Studiengang für weniger wichtig zu halten scheinen als ihre gesunden Kommilitonen und dass sie die Verfügbarkeit von Fachbüchern und Arbeitsplätzen etwas schlechter finden als die Vergleichsgruppe.

Allerdings unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Zufriedenheitsurteile kaum voneinander.

Kommunikative Basisbedingungen

Auch die Subgruppe der Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen soll auf ihre Einschätzungen zu den kommunikativen Basisbedingungen in ihrem Studenumfeld hin überprüft werden.

Der Verständigung untereinander messen die Studierenden der beiden Gruppen unterschiedliche Bedeutungen bei: Die psychisch beeinträchtigten

Probanden finden eine gute Kommunikation untereinander zu 64,2% wichtig, die unbelasteten Probanden dagegen nur zu 34,4%.

Die psychisch Auffälligen bewerten die Zufriedenheit mit der Kommunikation unter Studierenden mit 74,1% als gut, während das 56,6% der Vergleichsgruppe tun. Hier fällt auf, dass die psychisch beeinträchtigten Hochschüler die Kommunikation untereinander für wesentlich bedeutsamer halten und ihre Stellung als mehrheitlich gut einschätzen. Die gesunde Vergleichsgruppe dagegen findet eine gute Verständigung untereinander insgesamt weniger wichtig, bewertet die tatsächliche Zufriedenheit aber auch weniger häufig als gut.

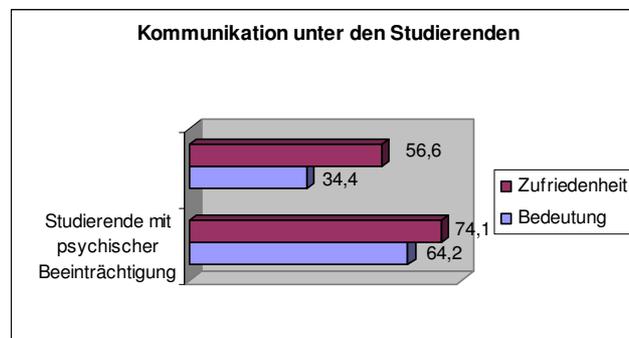


Abbildung 14. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Hinsichtlich der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen stellt sich kaum eine Differenz der beiden Gruppen dar: Die psychisch beeinträchtigten Studierenden finden eine gute Betreuung zu 45,7% wichtig, die gesunde Vergleichsgruppe zu 44,1%. Die Einschätzung der tatsächlichen Zufriedenheit mit der Betreuung durch Dozenten fällt bei beiden Gruppen etwas geringer aus: Die psychisch auffälligen Studierenden beurteilen die Zufriedenheit mit 40,7% als gut, was im Missverhältnis zu der ihr vorher eingeräumten Bedeutung steht. Die psychisch unauffälligen Studierenden finden zu 35,7% die Betreuung der Dozenten gut, womit sie die Zufriedenheit ebenfalls geringer einschätzen als die Bedeutung. Studierende ohne eine psychische Beeinträchtigung meinen demnach häufiger schlechter beraten zu sein als die psychisch beeinträchtigten Studierenden.

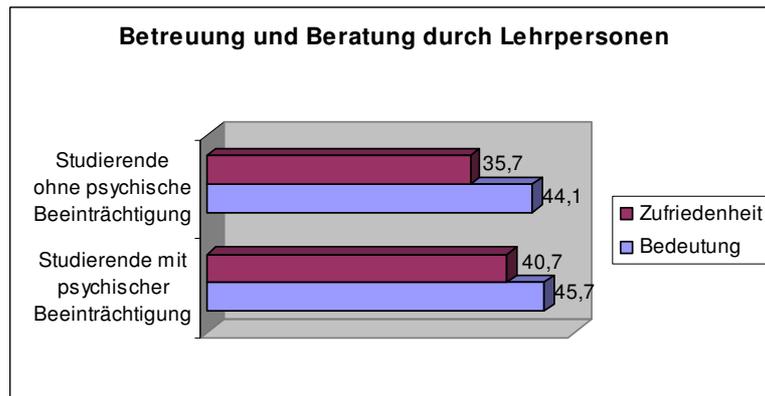


Abbildung 15. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Die im Vergleich mit den anderen Studienqualitätsmerkmalen relativ schlechte Bewertung von Bedeutung und Zufriedenheit mit der Betreuungsleistungen der Lehrpersonen werden auch hier durch die wenigen Gespräche untermauert, die im letzten Jahr mit den Dozenten stattgefunden haben:

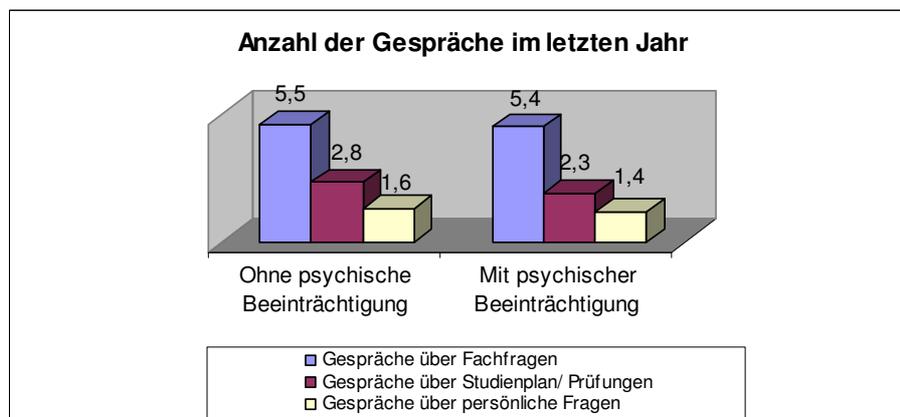


Abbildung 16. Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr (Arithmetisches Mittel)

Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung haben in den letzten beiden Semestern durchschnittlich 5,4 Mal mit ihren Lehrkräften über Fachfragen, durchschnittlich 2,3 Mal über den Studienplan oder Prüfungen und 1,4 Mal über persönliche Fragen gesprochen. Die Vergleichsgruppe führte im Durchschnitt 5,5 Fachgespräche, rund 2,8 Unterhaltungen über den Studienplan bzw. Prüfungen und 1,6 persönliche Gespräche. Somit scheint das Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung keinen Einfluss auf die studienbezogenen Gespräche zu haben, da sich die beiden Gruppen kaum

voneinander unterscheiden. Wenn man an die dritte Hypothese denkt, so war das Verhältnis noch umgekehrt: Die suchtkranken Studierenden kommunizierten häufiger über persönliche Bereiche als über Fachfragen, hier ist es genau andersherum.

Dieser Effekt könnte damit zusammenhängen, dass psychisch beeinträchtigte Studierende sich weniger häufig ihren Dozenten anvertrauen oder ihnen zumindest so viel Vertrauen entgegen bringen, dass persönliche Gespräche stattfinden können. Dies unterscheidet sie zumindest von der Gruppe der suchtbelasteten Studierenden. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der Gesamtgespräche auf ein Jahr gerechnet sehr gering, wenn man bedenkt, wie wichtig im Studium Absprachen bezüglich Studienleistungen sind oder dass ein persönlicher Kontakt zwischen Dozent und Studierenden auch z.B. die Angst vor Prüfungen mildert, da Hochschüler bei einem regen Austausch besser einschätzen können, was auf sie zukommt.

Qualität der Lehre

Die Qualität der Lehre soll anhand der Motivation der Dozenten am Fach, der Vermittlungsqualität sowie des Praxisbezugs der Veranstaltungen ermittelt werden.

Die Zufriedenheit mit der Lehre beurteilen die Studierenden der beiden Untersuchungsgruppen wie folgt: Studierende ohne eine psychische Beeinträchtigung betrachten die Motivation und das Interesse der Dozenten am Fach zu 46,5% als wichtig, die tatsächliche Zufriedenheit hinsichtlich der Motivation ihrer Dozenten fällt mit 40,0% gut-Urteilen etwas schlechter aus. Die psychisch beeinträchtigten Probanden bewerten die Motivation ihrer Dozenten mit 69,1% gut, finden aber grundsätzlich nur zu 35,8%, dass sie überhaupt ein wichtiger Aspekt ist. Auch hier zeichnet sich das bisher konsistente Bild der psychisch Beeinträchtigten ab: Sie beurteilen einen Aspekt als weniger wichtig, ein Großteil der Betroffenen sind allerdings trotzdem zufrieden mit ihm.

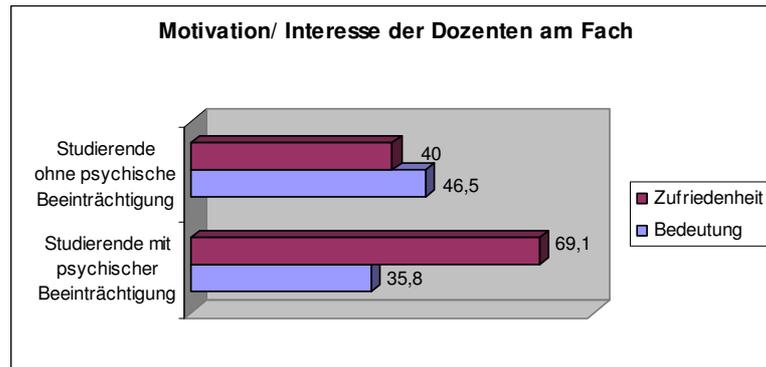


Abbildung 17. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Hinsichtlich der Vermittlung des Lehrstoffs durch die Dozenten geben die psychisch Beeinträchtigten die besseren Noten: Sie erachten die gute Vermittlung durch die Lehrenden zu 43,2% als bedeutsam und sind in gleicher Anzahl auch damit zufrieden. Die Studierenden ohne psychische Beeinträchtigung hingegen finden eine gute Vermittlung zu 59,4% wichtig, zeigen sich mit der Lehrstoffdarbietung aber mit nur 33,0% zufrieden. Das hier feststellbare Missverhältnis zwischen Soll- und Ist-Zustand kann für die psychisch beeinträchtigten Studierenden nicht postuliert werden.

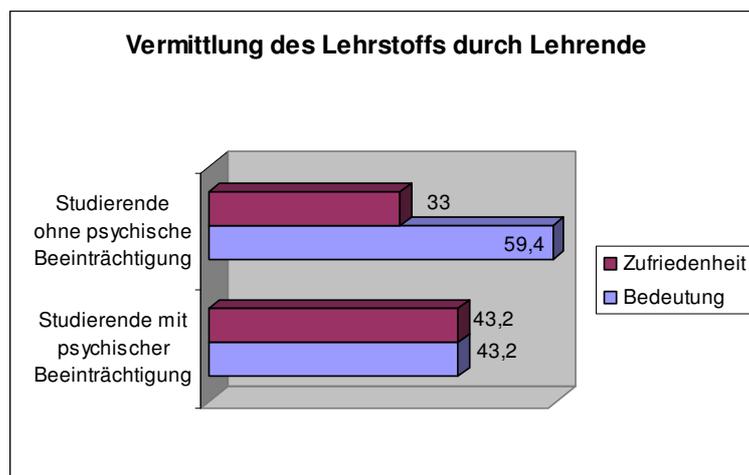


Abbildung 18. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Dem Praxisbezug der Veranstaltungen messen 44,3% der Studierenden ohne eine psychische Beeinträchtigung eine wichtige Bedeutung zu, während dies bei den psychisch beeinträchtigten Studierenden mit 28,4% wesentlich weniger sind. Das Zufriedenheitsurteil fällt bei beiden Gruppen ähnlich gering aus: 26,2% der psychisch unauffälligen Hochschüler geben dem Praxisbezug eine gute Note, während das 32,1% bei den psychisch Beeinträchtigten sind. Der Praxisbezug der Veranstaltungen wird erneut von den psychisch beeinträchtigten Studierenden bedeutungsloser eingeschätzt als die tatsächliche Qualität in ihren Augen, während dies auch hier bei den Studierenden der Vergleichsgruppe genau umgekehrt ist.

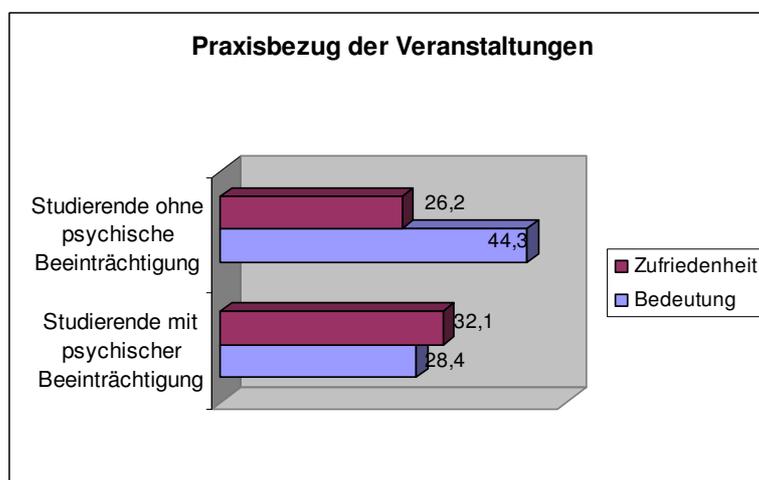


Abbildung 19. Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug(s) der Veranstaltungen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

In Bezug auf alle drei Kriterien der Zufriedenheit mit der Lehre geben die psychisch Beeinträchtigten bessere Urteile über den tatsächlichen Zustand ab als die psychisch unauffällige Vergleichsgruppe. Die Zumessung der Bedeutung durch die psychisch beeinträchtigten variiert im Vergleich mit den psychisch nicht beeinträchtigten Studierenden: Die Motivation der Dozenten, die Bedeutung der Lehrstoffvermittlung und des Praxisbezugs finden die Studierenden ohne psychische Beeinträchtigung weniger wichtig als die Vergleichsgruppe, dagegen beurteilen sie alle drei Bereiche positiver. Somit verfestigt sich der Eindruck, der bereits beim Bereich der Kommunikativen Basisbedingungen entstand: Ähnlich wie die suchtblasteten Studierenden unterscheidet sich die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Studierenden von

der Vergleichsgruppe, indem sie die Bedeutung der einzelnen Merkmale für die Lehrqualität und auch deren Realität besser einschätzen. Insgesamt kann man demnach nicht davon ausgehen, dass die Einschätzung der Zufriedenheit mit der Lehre mit dem Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung zu tun hat.

Studienstruktur

Bezogen auf die Strukturiertheit des Studiengangs sollen die Studierenden die Studienstruktur einschätzen.

Wie bereits bei der Datenauswertung der suchtblasteten Studierenden bemerkt, scheinen auch die Studierenden ohne eine psychische Belastung der Strukturiertheit des Studienganges weniger Bedeutung beizumessen. Dagegen finden die psychisch belasteten Studierenden eine gute Struktur zu 43,2% wichtig, beurteilen diese aber ebenso gut: Die Deckung des Soll- und Ist-Zustandes drückt eine relative Zufriedenheit der psychische belasteten Studierenden mit der ihnen so wichtigen Strukturierung des Studienganges aus und kann nicht als Zeichen für einen schlechteren Studienverlauf gewertet werden.

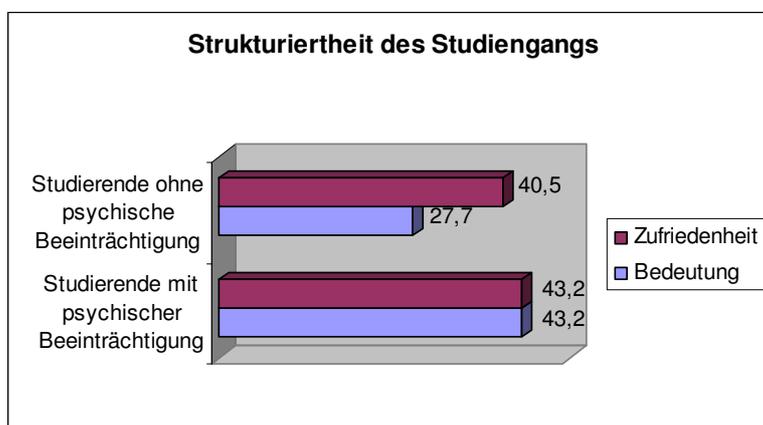


Abbildung 20. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Strukturiertheit des Studiengangs nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Zusammenfassend sollte man die tendenziell hohe Wichtigkeit der Kommunikation unter den Studierenden festhalten, der Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung eine besondere Bedeutung zusprechen. Aufgrund der anderen geschilderten Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem

Studienfach kann bisher kein Zusammenhang mit der vierten Hypothese festgestellt werden.

7.4.3 Zeitstruktur während des Semesters

Wie bereits bei der Diskussion der dritten Hypothese, wird auch diesmal die Zeitstruktur der Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung näher beleuchtet.

Tabelle 58. Zeitstruktur von Studierenden mit und ohne psychische Beeinträchtigung (Arithmetisches Mittel der Stunden pro Arbeitswoche)

	Studierende ohne psychische Beeinträchtigung (N=20.533)	Studierende mit psychischer Beeinträchtigung N=81
Lehrveranstaltungen (Lehrveranstaltungen an der Hochschule)	17,7	14,3
Sonstiger studienbezogener Aufwand (Vor-/ Nachbereitung, Hausarbeiten usw.)	18,2	9,6
Erwerbstätigkeit	8,7	7,6
Persönliche Weiterbildung (von der Hochschule unabhängig)	1,1	2,9
Gesellschaftliches/ politisches Engagement (Ehrenamt)	0,4	1,1
Soziales Leben (Kneipe, Freunde, Disko usw.)	1,6	9,6
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte)	0,2	2,0
Kreatives Hobby (Theater spielen, Musik machen usw.)	0,2	0,9
Sport	0,6	3,4
Computerspiele	0,6	3,3

Die beiden Untersuchungsgruppen weisen, ähnlich wie bereits die Suchtkranken, einige deutliche Differenzen auf: Studierende mit psychischen Belastungen sind mit 14,3 Stunden insgesamt seltener in Lehrveranstaltungen anzutreffen als Studierende ohne eine solche Belastung. Auch in Bezug auf die studienbezogene Zeit unterscheiden sich die beiden Gruppen: Studierende ohne eine psychische Belastung verbringen doppelt so viel Zeit mit die Hochschule betreffenden Aktivitäten wie Studierende mit einer psychischen Auffälligkeit. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit arbeiten psychisch beeinträchtigte Studierende etwas weniger als die Probanden der Vergleichsgruppe. Bei der persönlichen Weiterbildung liegen die psychisch Beeinträchtigten etwas vorne,

sie verbringen im Durchschnitt 2,9 Stunden in der Woche mit einer Maßnahme außerhalb der Hochschule, die Vergleichsgruppe bringt es auf 1,1 Stunden. Gesellschaftliches oder politisches Engagement weisen die psychisch auffälligen Studierenden mit 1,1 Stunden fast dreimal so oft auf wie die psychisch Gesunden mit 0,4 Stunden.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Zeitstruktur in Bezug auf soziales Leben wider, welchem die psychisch beeinträchtigten Hochschüler 9,6 Stunden in der Woche widmen, während die unauffälligen Studierenden 1,6 Stunden in öffentlicher Gesellschaft verbringen. Kulturelle Veranstaltungen besuchen die psychisch Beeinträchtigten häufiger (2,0 vs. 0,2 Stunden), auch die Ausübung eines kreativen Hobbys praktizieren die psychisch Beeinträchtigten häufiger (0,9 vs. 0,2 Stunden), genauso wie Sport (3,4 vs. 0,6 Stunden) und Computerspiele (3,3 vs. 0,6 Stunden).

Bezogen auf die Zeitstruktur der beiden Referenzgruppen kann festgehalten werden, dass die psychisch Beeinträchtigten wie bereits die suchbelasteten Studierenden eher zur selbst gewählten Freizeit neigen, während die hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen unauffälligen Studierenden ihre Zeit eher auf das Studium gerichtet verbringen. Demnach kann die vierte Hypothese hinsichtlich der Zeitstruktur bestätigt werden, geht man davon aus, dass die verbrachte Zeit auch ein Qualitätsmerkmal der Beschäftigung mit studienbezogenen Themen darstellt: Je mehr Zeit man mit dem Studienstoff verbringt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man eine bessere Studiengesamtleistung erreicht.

7.4.4 Zufriedenheit mit dem Studium

Hier werden als Vergleichsgruppe die Probanden der Kölner Interviewbefragung gewählt, die keine psychische Beeinträchtigung aufweisen. Gefragt nach dem ernsthaften Gedanken an Studienabbruch, antworten 54,3% der psychisch beeinträchtigten Studierenden mit „ja“, 52,6% der Vergleichsgruppe wollten ebenfalls schon einmal ernsthaft das Studium abbrechen. Somit lässt sich hinsichtlich dieses Items zwischen den beiden Gruppen kein nennenswerter Unterschied feststellen. Das Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung scheint in keinem Zusammenhang mit den Studienabbruchsgedanken zu stehen. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass zu

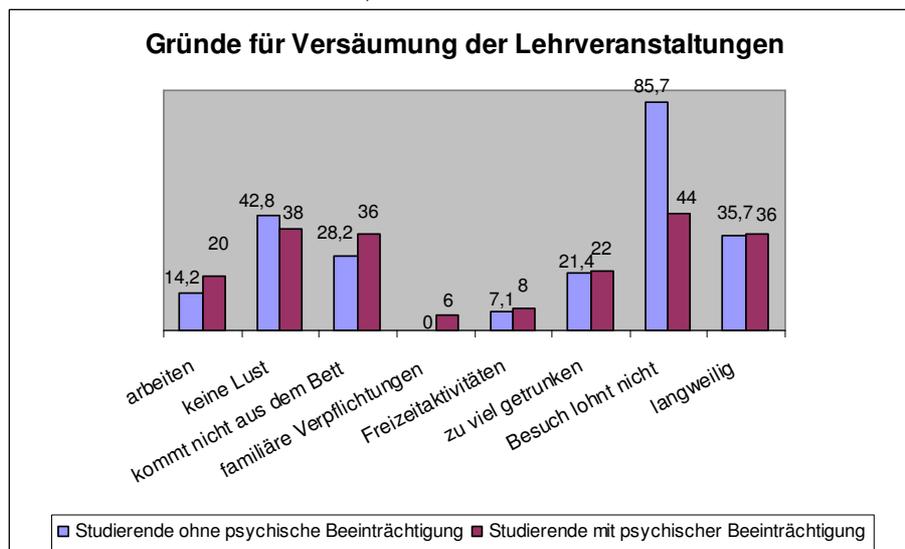
einer genauen Darstellung dieses Themas die Studierenden gefragt werden müssten, die ihr Studium bereits abgebrochen haben. Diese ehemaligen Studierenden zu erreichen ist jedoch extrem schwierig, so dass die Datenlage hinsichtlich der Gründe für einen Studienabbruch wohl auch weiterhin nur rudimentär ermittelt werden kann (vgl. HIS 2002). Hinsichtlich des absichtlichen Versäumens von Lehrveranstaltungen ist Tabelle 59 aussagekräftig:

Tabelle 59. Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden ohne und mit psychischer Beeinträchtigung (Angaben in Prozent, N=100)

	Studierende ohne psychische Beeinträchtigung	Studierende mit psychischer Beeinträchtigung
gar keine	26,3	38,3
1-2 Lehrveranstaltungen	42,1	38,3
3-4 Lehrveranstaltungen	21,1	17,3
5-6 Lehrveranstaltungen	10,5	2,5
≥ 7 Lehrveranstaltungen	0,0	3,7

Zunächst fällt auf, dass Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung weniger Lehrveranstaltungen ausfallen lassen als ihre unbelastete Vergleichsgruppe: 38,3% lässt gar keine Lehrveranstaltung ausfallen, während nur 26,3% der psychisch unauffälligen Hochschüler immer zu den Lehrveranstaltungen gehen. Die Studierenden ohne eine psychische Beeinträchtigung lassen in allen Kategorien häufiger Lehrveranstaltungen ausfallen als die belasteten, Ausnahme bildet die höchste Kategorie von sieben und mehr geschwänzten Lehrveranstaltungen in der Woche, die einzig von der belasteten Gruppe belegt wurde. Insgesamt kann ein Zusammenhang zwischen dem vorsätzlichen Versäumen von Lehrveranstaltungen und psychischer Beeinträchtigung vermutet werden: Psychisch beeinträchtigte Studierende lassen zu 61,8% überhaupt Lehrveranstaltungen ausfallen, Studierende ohne eine psychiatrische Diagnose lassen zu 76,4% Veranstaltungen ausfallen. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p < .408$), doch wird trotzdem von einer leichten Tendenz ausgegangen.

Abbildung 21. Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen (Angabe in Prozent, N=100)



Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung lassen Veranstaltungen zu 20,0% wegen Arbeit (Vergleichsgruppe 14,2%), zu 6,0% wegen familiärer Verpflichtungen (Vergleichsgruppe 0,0%) und zu 44,0% wegen Nicht-Lohnens ausfallen. Demnach sind alle Bereiche, die mit Verpflichtungen anderen gegenüber zu tun haben bei den Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung wenn nicht signifikant, so aber doch deutlich sichtbar erhöht. Doch auch das morgendliche Nicht-aus-dem-Bett-kommen ist bei den psychisch Beeinträchtigten häufiger anzutreffen als bei den Vergleichsstudierenden (36,0% vs. 28,2%). Bezogen auf den Vorzug von Freizeitaktivitäten lassen 8,0% der beeinträchtigten und 7,1% der unbelasteten Studierenden Veranstaltungen ausfallen. Wenn zu viel getrunken wurde, lassen beide Gruppen zu rund 22% die Hochschule unbesucht und auch bei zu erwartender Langeweile unterscheiden sich die Gruppen kaum voneinander (beide um 36,0%).

Was auffällt, ist der große Unterschied in Bezug auf das Sich-Lohnen eines Besuchs: 85,7% und damit die Mehrheit der psychisch nicht beeinträchtigten Studierenden besuchen scheinbar keine Veranstaltungen, die in ihren Augen keinen lohnenden Effekt mit sich bringen, während dies nur knapp die Hälfte der psychisch Beeinträchtigten macht. Das Pflichtbewusstsein der psychisch beeinträchtigten Studierenden scheint demnach höher zu sein als der praktische Nutzen.

Hinsichtlich der Gründe für ein Verpassen von Lehrveranstaltungen lassen sich die beiden Untersuchungsgruppen voneinander unterscheiden: Psychisch

beeinträchtigte Studierende weisen bezogen auf den Besuch von Hochschulveranstaltungen tendenziell höhere Werte bezogen auf die eigene Leistungsmotivation auf. Demzufolge lässt sich die vierte Hypothese nicht verifizieren, da man nicht davon ausgehen kann, dass ein häufigerer Besuch der Lehrveranstaltungen zu einem besseren Studienverlauf führt.

Bezogen auf die Frage nach der Zufriedenheit mit dem bisherigen persönlichen Studienverlauf geben die Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung zu 70,4% Zufriedenheit an, während die nicht belasteten Studierenden zu 73,7% zufrieden sind. An dieser Stelle kann man nicht von einem nennenswerten Unterschied der beiden Gruppen sprechen. Trotzdem sollen die Wünsche ermittelt werden, die die Probanden in Bezug auf ihr Studium für einen zufriedeneren Studienverlauf geäußert haben.

Tabelle 60. Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium (Angaben in Prozent, N=100)

	Studierende mit psychischer Beeinträchtigung N=45	Studierende ohne psychische Beeinträchtigung N=10
Mehr persönliche Motivation/ Disziplin	14,8	15,8
Bessere Kommunikation mit/ Betreuung durch Lehrkörper	24,7	15,8
Weniger Anonymität, mehr Kontakte zu Studierenden	13,6	10,5
Bessere Ausstattung, schönere Gebäude	6,2	0,0
Breiteres Fächer-/ Seminarangebot, kleinere Seminare	8,6	5,3
Berufsperspektiven	3,7	0,0
Mehr Geld	6,2	5,3
Mehr Praxisbezug	12,3	31,6
keine Wünsche	9,9	15,8

Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich einiger Faktoren voneinander. Den Wunsch nach mehr eigener Disziplin äußern beide Gruppen zu rund 15%, dagegen wollen die Studierenden mit einer psychischen Belastung zu 24,7% eine bessere Kommunikation mit den Dozenten. Dies wünschen sich auf der Gegenseite nur 15,8%. Dieses Ergebnis spiegelt die

Aussage in Abbildung 15, wo bereits deutlich wurde, dass die psychisch Beeinträchtigten ein Missverhältnis empfinden zwischen der Bedeutung der Betreuung durch die Lehrenden und der Zufriedenheit mit der tatsächlichen Betreuung. Bezogen auf die Anonymität unter den Studierenden wünschen die Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung sich etwas häufiger einen besseren Kontakt zu Studierenden, die Vergleichsgruppe kommt hier auf 10,5%. Auch dies korrespondiert mit den Ergebnissen der Zufriedenheit mit dem Studienfach, wo deutlich wurde, dass Studierende mit einer psychischen Auffälligkeit weniger Kontakt nach außen zu pflegen scheinen. Auch wünschen sich Studenten mit psychischen Schwierigkeiten eine bessere Ausstattung der Hochschule, diesen Wunsch äußerte von der Vergleichsgruppe niemand. Bezogen auf ein größeres Angebot an Fächern und Seminaren ist der Wunsch der psychisch Auffälligen mit 8,6% im Gegensatz zur Antwortquote von 5,3% bei den psychisch unauffälligen Hochschülern leicht erhöht. Auch bezogen auf die Berufsperspektive hätten nur die psychisch Auffälligen gerne eine klarere Berufsperspektive. Bezogen auf den Wunsch nach besserer finanzieller Ausstattung weisen die Gruppen keine nennenswerte Differenz auf. Der auffälligste Unterschied ist der Wunsch nach mehr Praxisbezug: Psychisch beeinträchtigte Studierende wünschen sich zu 12,3% mehr Praxis, während dieser Wunsch bei der Vergleichsgruppe fast dreimal so häufig genannt wird. Diese Daten widersprechen dem Ergebnis in Abbildung 19, wo die psychisch Unauffälligen den Praxisbezug für nicht so wichtig erachteten. Das Ergebnis der psychisch Beeinträchtigten ist in dieser Hinsicht bestätigt.

9,9% der psychisch Beeinträchtigten fühlen sich derzeit in ihrem Studium so zufrieden, dass sie nichts ändern wollen würden, bei der Vergleichsgruppe sind das hingegen 15,8%.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Wünsche für einen besseren Studienverlauf voneinander unterscheiden: Die psychisch beeinträchtigten Studierenden wünschen sich weniger Anonymität untereinander und bessere Betreuung durch die Dozenten, außerdem ein ansprechenderes Umfeld, während die Gruppe der psychisch unauffälligen Hochschüler mehr Praxisbezug besser fände. Demnach wiesen Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung deutliche Schwerpunkte im

kommunikativ-persönlichen Bereich auf, während die Vergleichsgruppe einzig im Praxisbezug Lücken sähe.

7.4.5 Fazit

Die psychisch beeinträchtigten Studierenden weisen im Gegensatz zu den psychisch nicht auffälligen Hochschülern in Hinblick auf die studienbezogenen Daten und auf die Zeitstruktur während des Semesters zwei Indikatoren in erhöhtem Maß auf, die mir einem schlechteren Studienverlauf in Beziehung gebracht werden.

Trotzdem soll die vierte Hypothese insgesamt bestätigt werden, denn die vier untersuchten Aspekte sind unterschiedlich zu gewichten.

Dass Studierende häufiger ihr Studium unterbrechen, und dies häufig aus Gründen der Zweifel und Ziellosigkeit, und auch, dass Studierende weniger Zeit mit hochschulbezogenem Aufwand verbringen, wird als bedeutsamer erachtet als die Tatsache, dass psychisch beeinträchtigte Studierende die Qualität der Lehre besser finden und mit ihrem Studium nicht eindeutig unzufriedener sind als nicht psychisch beeinträchtigte bzw. psychisch anderweitig, nämlich durch Suchtstörung, beeinträchtigte Studierende. Deshalb kann konstatiert werden, dass Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung in der Tat einen schlechteren Studienverlauf aufweisen als Studierende ohne eine solche Problematik.

7.5 Hypothese 5: Studienverlauf bei Studierenden mit komorbiden Beeinträchtigungen

Hypothese 5: Studierende mit einer Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen haben einen schlechteren Studienverlauf als Studierende ohne ein solches Problem.

Anhand internationaler evaluativer Untersuchungen wurde aufgezeigt, dass unter Substanzabhängigen psychische Störungen wesentlich häufiger auftreten als in der Normalbevölkerung (vgl. Krausz et al. 2000). Ebenso auffällig ist der erhöhte zusätzliche Substanzkonsum bei Patienten mit psychiatrischen Störungen (vgl. ebd.). Die fünfte Hypothese soll untersuchen, ob Studierende

mit einer Doppeldiagnose einen schlechteren Studienverlauf aufweisen als Studierende ohne eine Doppeldiagnose.

In diesem Zusammenhang werden die Probanden der Interviewerhebung der Kölner Studie auf die im vorigen Kapitel genannten Aspekte des Studienverlaufs hin untersucht. Von den befragten Studierenden wird die Gruppe „komorbide Studierende“ separiert. In dieser Gruppe sind nun diejenigen zu finden, die eine psychische Beeinträchtigung *und* eine Suchtproblematik zeigen. Die Gruppe der Studierenden ohne Komorbidität bilden erneut die Gruppe der Probanden der 15. Sozialerhebung. Erneut muss darauf hingewiesen werden, dass sich die unterschiedliche Stichprobengröße auf die Datenauswertung auswirken kann und deshalb nur von Tendenzen ausgegangen werden kann.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass 10% der befragten Risikoprobanden sich als psychisch unauffällig herausgestellt haben (vgl. Tabelle 42). Auch wenn sie im Screeningfragebogen Auffälligkeiten im Sucht- oder Essbereich gezeigt hatten, konnte anhand der diagnostischen Instrumente kein Störungsbild ermittelt werden. Da von diesen 10 falsch gescreenten Studierenden 9 Studierende zunächst mit Verdacht auf Essstörung zum Interview eingeladen wurden, liegt der Verdacht nahe, dass die Selbsteinschätzung der Probanden in Bezug auf problematisches Essverhalten zu hoch ausgefallen ist. Offensichtlich liegt hier ein subjektiver Leidensdruck vor, der aber mit klinischen Messinstrumenten nicht verifiziert werden kann.

Unter psychischen Beeinträchtigungen leiden 45,0% der Probanden, eine reine Suchtproblematik liegt bei 9% der Befragten vor. Eine Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen ist mit einer Prävalenz von 36,0% zu beobachten.

Die Studierenden der Interviewbefragung lassen sich demnach anhand der Existenz mindestens einer psychischen Störung nach DSM-IV-TR und einer Suchtproblematik nach DSM-IV-TR in die komorbide Gruppe einteilen (vgl. Kap. 7.2.2):

Tabelle 61. Studierende mit Komorbidität (Angaben aufgeteilt nach Geschlecht, Darstellung in Prozent der Gesamtzahl: N=100)

	Studierende mit Komorbidität	Studierende ohne Komorbidität
Männer	15 (36,6)	26 (63,4)
Frauen	21 (35,6)	38 (64,4)
Gesamt	36 (36,0)	64 (64,0)

7.5.1 Studienbezogene Daten

Die studienbezogenen Daten der befragten Hochschüler stellen sich wie folgt dar:

Tabelle 62. Studienverlauf von Studierenden mit und ohne Komorbidität (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Komorbidität (N=36)	Studierende ohne Komorbidität (N=20.533)
Studienfachwechsel/ Abschlusswechsel		
Fach- und Abschlusswechsel	8,3	10,9
Fachwechsel	30,6	7,8
Abschlusswechsel	0,0	2,1
Gesamt	38,9	20,8
Hochschulwechsel innerhalb Deutschlands		
ja	13,9	17,3
nein	86,1	82,7
Studienunterbrechung		
ja	16,7	10,7
nein	83,3	89,3
Gründe dafür:		
Wehr-/ Zivildienst	0,0	11,1
familiäre Gründe	20,0	22,1
gesundheitliche Probleme	50,0	14,9
finanzielle Probleme	20,0	25,3
Zweifel am Sinn des Studiums	40,0	25,2
um andere Erfahrungen zu sammeln	40,0	27,7

Bezogen auf den Fach- und Abschlusswechsel sind ähnliche Unterschiede zu finden wie bereits bei den Studierenden mit einem Suchtproblem oder mit einer psychischen Beeinträchtigung: 38,9% der komorbiden Studierenden haben bereits einen Fach- und/ oder Abschlusswechsel vollzogen, während die Vergleichsgruppe an dieser Stelle 20,8% aufzuweisen hat.

Bezogen auf den Hochschulwechsel innerhalb Deutschlands sind diesmal die komorbiden Studierenden sesshafter: 13,9% der Studierenden mit einer Komorbidität haben bereits die Hochschule gewechselt, dagegen stehen 17,3%

der Vergleichsgruppe. Demnach führt eine Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen nicht zu einem häufigeren Hochschulwechsel.

In Verbindung mit einer Studienunterbrechung lassen sich ähnliche Ergebnisse beobachten wie bei den beiden bereits diskutierten Problemgruppen, denn die Studierenden mit einer beobachteten Komorbidität haben das Studium häufiger unterbrochen (16,7%) als die Vergleichsgruppe mit 10,7%. Demnach besteht eine Differenz zwischen Komorbidität und Studienunterbrechung.

Gefragt nach den Gründen, scheinen sich die in den beiden Problemgruppen angegebenen Gründe zu addieren: 50,0% der komorbiden Studenten unterbrachen ihr Studium wegen gesundheitlicher Probleme, jeweils 40,0% wegen Zweifel am Sinn des Studiums und wegen dem Wunsch nach neuen Erfahrungen. Diese drei Unterbrechungsgründe zeichneten sich konsistent als Merkmal der Problemgruppen ab, welches hierin erneut bestätigt:

Als Hauptgrund für eine Unterbrechung des Studiums werden gesundheitliche Probleme genannt. Das Vorliegen einer Komorbidität scheint demnach nicht nur mit einer größeren Unentschlossenheit und größeren Zweifeln in Zusammenhang zu stehen, sondern es liegen tatsächliche gesundheitliche Einschränkungen vor. Dies und die vorher beschriebenen Daten zum Studienverlauf deuten sehr klar auf einen Zusammenhang zwischen Komorbidität und einem schlechteren Studienverlauf hin. Deshalb kann die fünfte Hypothese in Bezug auf die studienbezogenen Daten als bestätigt angesehen werden.

7.5.2 Zufriedenheit mit dem Studienfach

Die subjektive Zufriedenheit mit dem Studienfach wird anhand der materiellen Ausstattung, der kommunikativen Basisbedingungen, der Qualität der Lehre sowie der Studienstruktur bestimmt.

Materielle Ausstattung

Die Probanden schätzen die materielle Ausstattung in Bezug auf Literatur und erforderliche Arbeitsplätze ein.

In Bezug auf die materielle Ausstattung unterscheiden sich die beiden Untersuchungsgruppen etwas voneinander: Studierende ohne eine

Komorbidity finden die gute Ausstattung mit Fachliteratur zu 58,3% wichtig, in der komorbiden Vergleichsgruppe sind es 41,7%. Die tatsächliche Zufriedenheit wird von den komorbiden Hochschülern etwas besser beurteilt: 47,2% finden die Ausstattung mit Literatur gut, während 45,5% der Vergleichsgruppe dieses Urteil fällen.

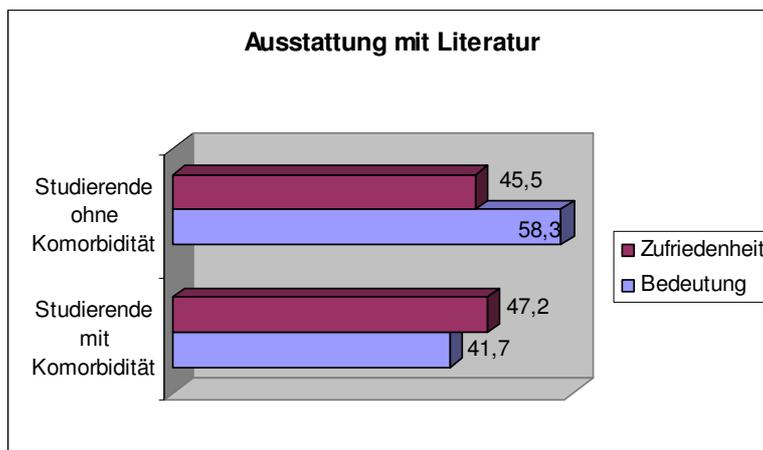


Abbildung 22. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung mit Literatur nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Der Ausstattung mit Arbeitsplätzen ist bei beiden Gruppen hinsichtlich der Bedeutung und der Zufriedenheit ausgewogen: Studierende ohne Komorbidity erachten eine gute Arbeitsplatzausstattung zu 42,3% als wichtig, bewerten sie dementsprechend zu 42,6% aber auch gut. Hochschüler mit einer Komorbidity finden die gute Ausstattung zu 38,8% wichtig und schätzen sie zu 38,9% als gut ein.

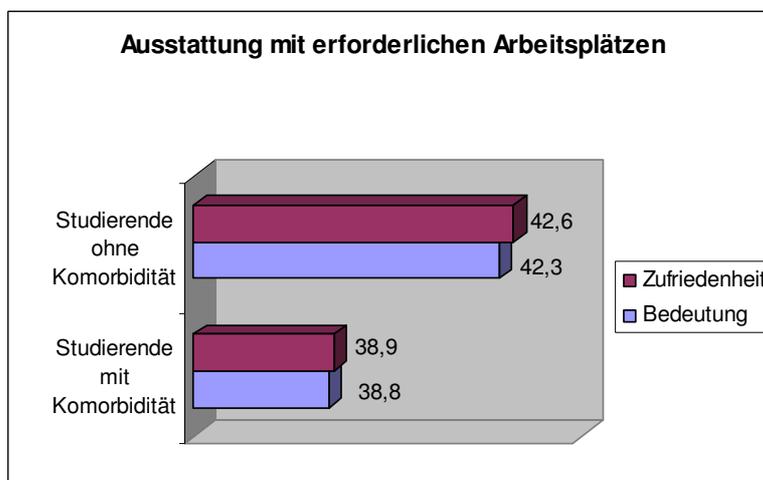


Abbildung 23. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Ausstattung Arbeitsplätzen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Es gibt zwar leichte Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, dennoch kann aufgrund der Datenlage kein Zusammenhang zwischen der materiellen Ausstattung und dem Vorliegen einer Komorbidität hergestellt werden.

Kommunikative Basisbedingungen

Zu den kommunikativen Basisbedingungen bewerten die Befragten die Kommunikation unter Studierenden und mit Dozenten.

Wie bereits bei den beiden anderen Problemgruppen fällt auf, dass komorbide Studierende die Kommunikation untereinander höchst bedeutsam finden (69,4%), während die Vergleichsgruppe nur halb so häufig eine Relevanz in diesem Punkt sieht (34,4%). Dagegen wird auch hier die Zufriedenheit mit den Beziehungen untereinander wesentlich besser von den Komorbiden eingeschätzt (72,2%), während die Vergleichsgruppe die Kommunikation untereinander nur zu 56,6% positiv beurteilt.

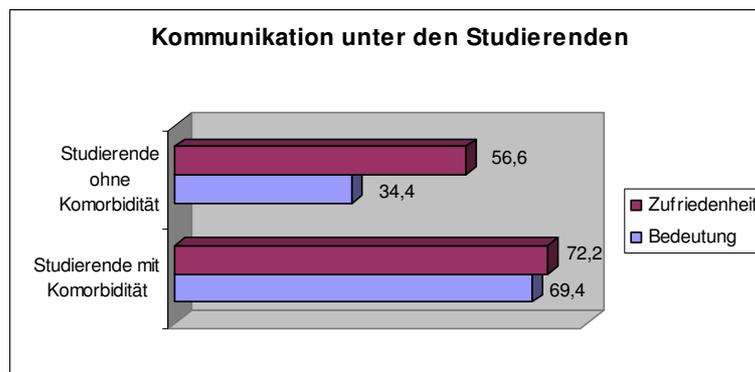


Abbildung 24. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Kommunikation unter den Studierenden nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Der Betreuung und Beratung durch Dozierende messen die doppelt belasteten Studierenden zu 38,9% eine hohe Bedeutung zu, die Vergleichsgruppe fällt das gleiche Urteil mit 44,1%. Hier ist demnach eine leichte Prioritätendifferenz zu entdecken. Demgegenüber steht die Einschätzung der Zufriedenheit mit der Beratung durch Lehrpersonen: Komorbide halten die Beratung insgesamt zwar für weniger wichtig als die Vergleichsgruppe, doch besteht auch bei ihnen ein Missverhältnis zwischen Bedeutungszumessung und tatsächlicher Zufriedenheit: Sie schätzen die Güte der Beratung nur zu 27,8% als gut ein,

während die andere Gruppe sie mit 35,7% höher bewertet als sie sie bedeutend findet.

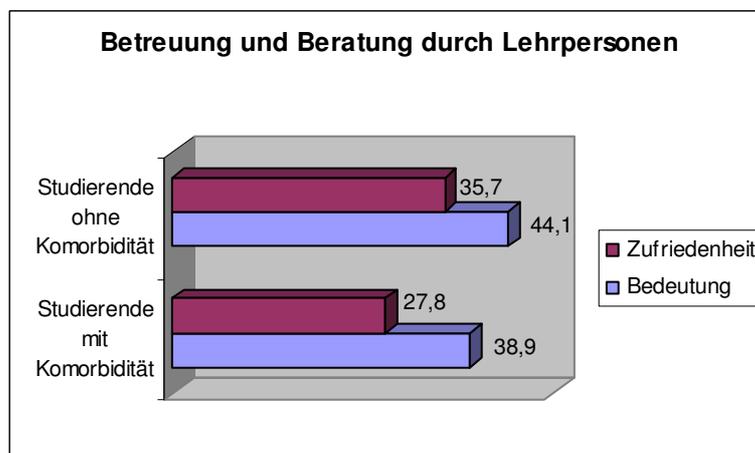


Abbildung 25. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Anzahl der mit Dozenten geführten Gespräche, so bestätigt sich die Vermutung, dass komorbide Studierende mit der Beratung unzufriedener sind: Sie haben im Durchschnitt im letzten Jahr sieben Mal mit ihren Dozenten gesprochen, die Vergleichsgruppe tat dies durchschnittlich zehn Mal.

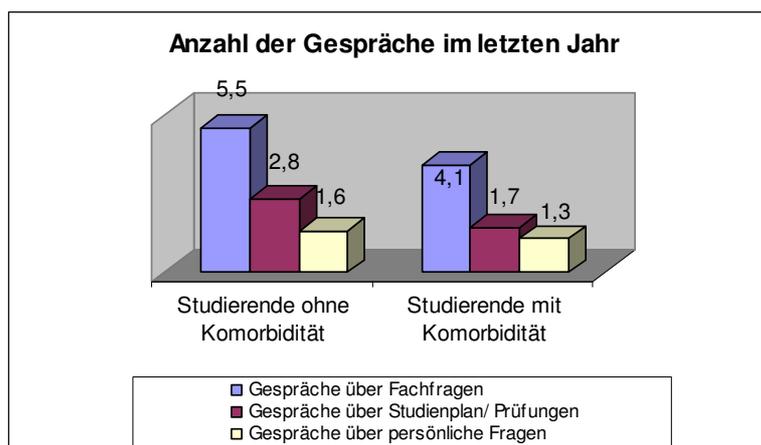


Abbildung 26. Anzahl der Gespräche mit Dozenten im letzten Jahr (Arithmetisches Mittel)

Im Einzelnen führten komorbide Studierende im Durchschnitt 1,4 Gespräche weniger mit ihren Dozenten über Fachfragen als ihre Kommilitonen (4,1 vs. 5,5 Gespräche), sie redeten durchschnittlich 1,1 Mal weniger über ihren

Studienplan oder Prüfungsfragen (1,7 vs. 2,8 Gespräche) und rund 0,3 Mal weniger führten sie Gespräche über persönliche Fragen (1,3 vs. 1,6 Gespräche). Demnach sind komorbide Hochschüler nicht nur unzufriedener mit der Beratung und Betreuung durch Dozenten als ihre nicht komorbiden Kommilitonen, sondern sie führen auch weniger Gespräche als die nicht so stark belasteten Kommilitonen. Infolgedessen kann man festhalten, dass Studierende mit komorbider Diagnose an der Kommunikation mit ihren Kommilitonen nichts auszusetzen haben, sich aber von ihren Dozenten schlechter betreut fühlen und auch schlechter betreut werden als ihre weniger belasteten Mitstudierenden. Die kommunikativen Basisbedingungen unterscheiden sich demnach in Bezug auf das Verhältnis zwischen Dozenten und komorbiden Studierenden.

Qualität der Lehre

Die Einschätzung der Motivation der Dozenten, die Vermittlung des Lehrstoffs und der Praxisbezug der Veranstaltungen bilden die Grundlage für die Einschätzung der Qualität der Lehre.

Bezüglich der Bedeutung der Motivation und des Interesses der Dozenten am Fach urteilen die beiden Untersuchungsgruppen unterschiedlich (komorbide: 38,9%; nicht komorbide: 46,5%), bei der Bewertung der tatsächlichen Zufriedenheit fallen die Urteile der komorbiden mit 63,6% guten Noten bedeutend besser aus als bei der Vergleichsgruppe mit 40,0%. Die komorbide Gruppe ist mit der Motivation der Dozenten zufriedener, als sie ihm Bedeutung zumessen.

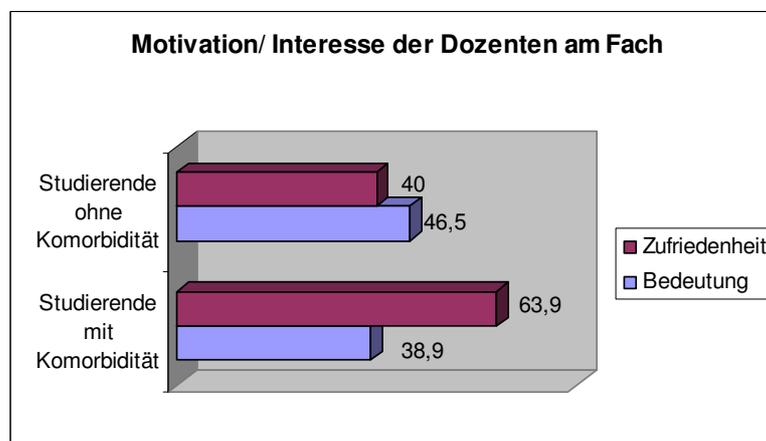


Abbildung 27. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Motivation der Dozenten nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Bei der Einschätzung zur Vermittlung des Lernstoffs durch die Lehrenden verhält es sich etwas anders: 41,7% der komorbiden Hochschüler finden die Bedeutung des Aspekts wichtig, bei der Vergleichsgruppe tun dies dagegen 59,4%. Weniger groß ist der Unterschied bei den Zufriedenheitsurteilen: Die nicht komorbiden Studierenden sind zu 33,0% zufrieden, sie liegen weit unter der Einschätzung der Bedeutung der Vermittlung des Stoffs. Die komorbiden Studierenden weisen dagegen nur ein kleines Missverhältnis von Bedeutung und Zufriedenheit auf: Sie sind zu 36,1% zufrieden ein.

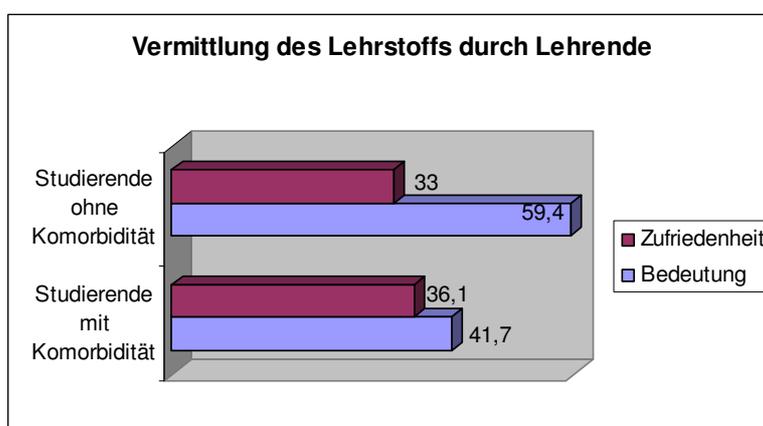


Abbildung 28. Bedeutung der und Zufriedenheit mit der Vermittlung des Lehrstoffs nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Dem Praxisbezug der Veranstaltungen messen beide Gruppen eine unterschiedlich hohe Bedeutung zu: Die nicht komorbiden Studierenden finden ihn zu 44,3% wichtig, die komorbiden Studierenden zu 25,0%. Bei der Beurteilung des tatsächlichen Praxisbezugs gehen die Meinungen jedoch wieder etwas konformer: Die nicht komorbiden Hochschüler sind zu 26,2% zufrieden, während die komorbiden Studierenden dies zu 22,2% sind.

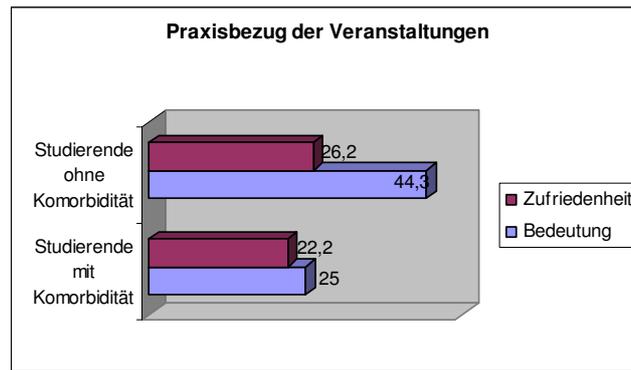


Abbildung 29. Bedeutung des und Zufriedenheit mit dem Praxisbezug der Veranstaltungen nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent)

Letztlich kann man sagen, dass der Zufriedenheit mit der Lehre von nicht komorbiden Studierenden zum Teil wesentlich höhere Bedeutung zugemessen wird. Doch ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Komorbidität und Beurteilung der Lehrqualität kann darüber hinaus nicht festgestellt werden, außer dass die komorbiden Studierenden die Motivation der Dozenten am Fach für qualitativ sehr hochwertig halten.

Studienstruktur

Bei den Studierenden mit Komorbidität ist das Verhältnis zwischen Soll- und Ist-Zustand der Strukturiertheit des Studiengangs ausgewogen:

Sie finden eine gute Studienstruktur zu 42,2 wichtig und bewerten sie in der Realität zum gleichen Prozentsatz als gut. Studierende ohne eine Komorbidität halten die Bedeutung zu 27,7% für wichtig, 40,5% bewerten sie als gut.

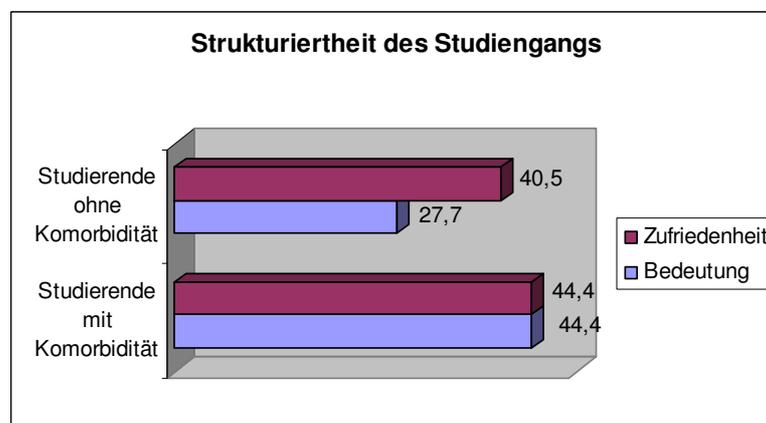


Abbildung 30. Bedeutung und Zufriedenheit der Strukturiertheit des Studiengangs nach Einschätzung der Studierenden (Angabe in Prozent, N=100)

Die Gesamtzufriedenheit mit dem Studienfach in Hinblick auf materielle Ausstattung, kommunikative Basisbedingungen, Qualität der Lehre und Studienstruktur ist ähnlich wie bei den nicht komorbiden Studierenden. Die fünfte Hypothese bestätigt sich somit in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Studienfach nicht.

7.5.3 Zeitstruktur während des Semesters

Im Folgenden wird untersucht, wie die Studierenden der beiden Gruppen ihre Zeit verbringen.

Tabelle 63. Zeitstruktur von Studierenden mit und ohne Komorbidität
(Arithmetisches Mittel der Stunden pro Arbeitswoche)

	Studierende ohne Komorbidität (N=20.533)	Studierende mit Komorbidität (N=36)
Lehrveranstaltungen (Lehrveranstaltungen an der Hochschule)	17,7	13,8
Sonstiger studienbezogener Aufwand (Vor-/ Nachbereitung, Hausarbeiten usw.)	18,2	6,7
Erwerbstätigkeit	8,7	7,9
Persönliche Weiterbildung (von der Hochschule unabhängig)	1,1	3,2
Gesellschaftliches/ politisches Engagement (Ehrenamt)	0,4	1,2
Soziales Leben (Kneipe, Freunde, Disko usw.)	1,6	10,6
Kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte)	0,2	2,1
Kreatives Hobby (Theater spielen, Musik machen usw.)	0,2	1,1
Sport	0,6	3,6
Computerspiele	0,6	4,0

Von den drei Problemgruppen verbringen komorbide Studenten insgesamt die wenigste Zeit mit studienbezogenem Aufwand: Rund 13,8 Stunden in der Woche verbringen sie in Lehrveranstaltungen, nur etwa 6,7 Stunden widmen sie sonstigen studienbezogener Arbeit. Dagegen sind nicht komorbide Studierende im Durchschnitt 17,7 Stunden an der Hochschule und 18,2 Stunden mit anderen studienbezogenen Arbeiten beschäftigt. komorbide Studierende arbeiten etwas weniger als gesunde Studierende, doch in Bezug auf die restlichen Zeititems weisen sie ähnliche Ergebnisse auf wie die bereits dargestellten suchtbelasteten und psychisch beeinträchtigten Studierenden: Mit 3,2 Stunden pro Woche verbringen sie 2,1 Stunden mehr mit von der Hochschule unabhängiger Weiterbildung, darüber hinaus investieren sie 0,8 Stunden mehr in gesellschaftliches Engagement. Komorbide Studierende verbringen 9 Stunden mehr in der Woche in geselligen Kontexten wie Kneipen oder Diskotheken als unbelastete Studierende, auch besuchen sie etwa 1,9 Stunden mehr kulturelle Veranstaltungen. Neben kreativem Hobby, das sie 0,9 Stunden häufiger ausüben, verbringen sie 3 Stunden mehr in der Woche mit Sport und 3,4 Stunden mehr am Computer.

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die Gesamtzeitstruktur mit der Existenz einer Doppeldiagnose zusammenhängt. Komorbide Studierende

verbringen rund 15,4 Stunden pro Woche weniger studienbezogene Zeit als ihre nicht komorbiden Kommilitonen. Dafür investieren sie 19 Stunden mehr in Freizeitaktivitäten. Demnach kann die fünfte Hypothese in Bezug auf die Zeitstruktur und dem Erfolg des Studienverlaufs bestätigt werden.

7.5.4 Zufriedenheit mit dem Studium

Die Zufriedenheit mit dem Studium wird innerhalb der Kölner Interviewstudie ermittelt und kann deshalb nicht allgemeingültig für die Gesamtheit der Studierenden sein. Hinsichtlich der Frage nach Gedanken eines Studienabbruchs antworten 63,9% der komorbiden Studierenden, dass sie bereits ernsthaft darüber nachgedacht haben, die Vergleichsgruppe hegte diesen Gedanken zu 48,4%. Es ist keine Signifikanz zu vermerken ($p < .137$), jedoch ist eine Tendenz der Komorbiden zu Gedanken des Studienabbruchs festzustellen.

Gefragt nach der Häufigkeit absichtlich versäumter Lehrveranstaltungen erhält man folgendes Ergebnis:

Tabelle 64. Ausgelassene Lehrveranstaltungen in der Woche von Studierenden mit und ohne Komorbidität (Angaben in Prozent, N=100)

	Studierende ohne Komorbidität	Studierende mit Komorbidität
gar keine	43,8	22,2
1-2 Lehrveranstaltungen	31,3	52,8
3-4 Lehrveranstaltungen	18,8	16,7
5-6 Lehrveranstaltungen	4,7	2,8
≥ 7 Lehrveranstaltungen	1,6	5,6

Studierende mit einer Komorbidität lassen insgesamt häufiger die Veranstaltungen aus als die Vergleichsgruppe: 22,2% der komorbiden Hochschüler lassen keine Veranstaltungen ausfallen, dagegen sind es mit 43,8% doppelt so viele nicht komorbide Probanden. Gut die Hälfte der doppelt belasteten Studierenden versäumen wissentlich ein bis zwei Veranstaltungen in der Woche, bei der Vergleichsgruppe tut dies jeder Dritte. Rund 17% der komorbiden Studierenden und rund 19% der anderen Studierenden lassen in der Woche drei bis vier Veranstaltungen ausfallen. Fünf bis sechs Mal lassen die komorbiden Probanden zu 2,8% Lehrveranstaltungen ausfallen, während

die nicht komorbiden hier mit 4,7% überwiegen. Mehr als sieben Veranstaltungen lassen 5,6% der Komorbiden und 1,6% der anderen Probanden entfallen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass komorbide Studierende häufiger Veranstaltungen ausfallen lassen, was ein Hinweis darauf ist, dass auch der Studienverlauf nicht so gut ist: Je mehr Veranstaltungen ein Studierender verpasst, desto schwerer ist es, den Anschluss zu halten und somit gute Leistungen bei Prüfungen abzulegen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist nicht signifikant ($p < .126$), drückt aber eine Tendenz des Zusammenhangs zwischen Komorbidität und dem absichtlichen Versäumen der Lehrveranstaltungen aus.

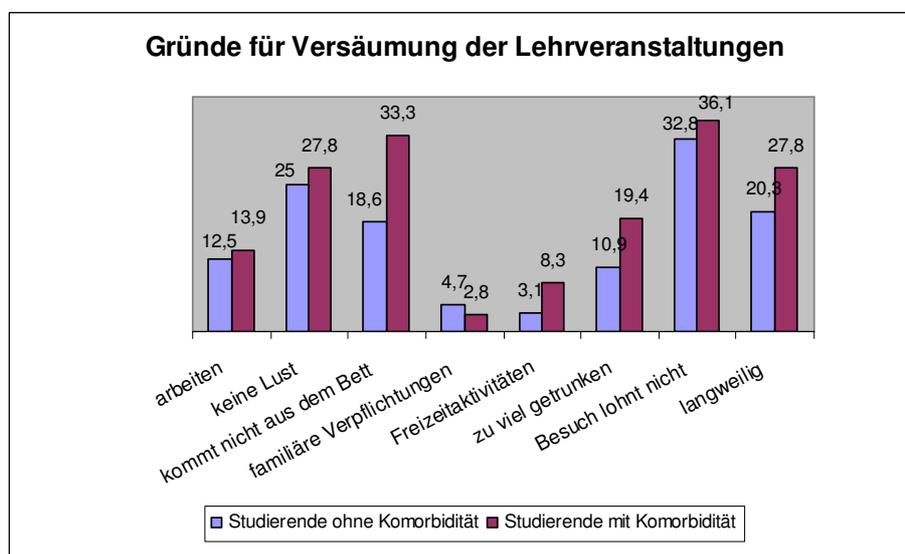


Abbildung 31. Gründe für Versäumung der Lehrveranstaltungen (Angabe in Prozent, N=100)

Die Gründe der für die vorsätzliche Versäumung von Lehrveranstaltungen sind bei den komorbiden Studierenden am auffälligsten in den Bereichen der Selbstdisziplin höher: Komorbide kommen zu 33,3% nicht aus dem Bett (Vergleichsgruppe 18,6%), lassen Vorlesungen zu 8,3% zugunsten von Freizeitaktivitäten ausfallen (Vergleichsgruppe zu 3,1%) und haben zu 19,4%, und damit fast doppelt so häufig wie nicht komorbide Studierende mit 10,4%, am Vorabend zu viel gefeiert bzw. getrunken, um in die Hochschule zu gehen. Auch lassen komorbide Hochschüler öfter Vorlesungen wegen der Arbeit ausfallen (13,9% vs. 12,5%) oder weil sie keine Lust haben, hinzugehen (25% vs. 27,8%). In Bezug auf familiäre Verpflichtungen liegen, ähnlich wie bei den Suchtkranken und ihrer Vergleichsgruppe, die nicht komorbiden Probanden um

1,9 Prozentpunkte höher. Bezogen auf die Einschätzung, dass sich ein Besuch der Veranstaltung nicht lohnt, geben 36,1% der komorbiden und 32,8% der nicht komorbiden Studierenden an, nicht zur Hochschule zu gehen. Auch scheinen komorbide Studierende eher gelangweilt zu sein als die nicht komorbiden: 27,8% gehen nicht zur Veranstaltung, wenn Langeweile droht, bei der Vergleichsgruppe unterlassen 20,3% einen Hochschulbesuch aus diesem Grund.

Fazit der Gründe für ein Ausfallen der Lehrveranstaltungen ist eine deutliche Korrelation zwischen Komorbidität und Gründen der Selbstdisziplin, wobei die komorbiden Probanden eine geringere Selbstdisziplin aufzeigen. Die fünfte Hypothese lässt sich an dieser Stelle verifizieren: Studierende mit einer Komorbidität haben einen schlechteren Studienverlauf, da sie öfter aus Gründen der Antriebslosigkeit oder der Unlust die Pflicht, zur Lehrveranstaltung zu gehen, vernachlässigen.

Von den komorbiden Studierenden sind 66,7% mit ihrem bisherigen Studienverlauf zufrieden, bei der Vergleichsgruppe sind es 73,4%. Dieses Ergebnis ist nicht signifikant ($p < .474$), dennoch deutet sich ein leichter Unterschied zwischen den beiden Gruppen an. Hinsichtlich der Wünsche, was ihnen zu einem besseren und zufriedeneren Studienverlauf fehlt, antworten die Probanden, wie in Tabelle 65 dargestellt ist:

Tabelle 65. Wünsche zur Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens im Studium (Angaben in Prozent, N=100)

	Studierende ohne Komorbidität	Studierende mit Komorbidität
Mehr persönliche Motivation/ Disziplin	14,1	16,7
Bessere Kommunikation mit/ Betreuung durch Lehrkörper	20,3	27,8
Weniger Anonymität, mehr Kontakte zu Studierenden	9,4	19,4
Bessere Ausstattung, schönere Gebäude	7,8	0,0
Breiteres Fächer-/ Seminarangebot, kleinere Seminare	9,4	5,6
Berufsperspektiven	3,1	2,8
Mehr Geld	6,3	5,6
Mehr Praxisbezug	17,2	13,9
keine Wünsche	12,5	8,3

In Bezug auf den Wunsch nach mehr persönlicher Disziplin liegen die Studierenden mit einer Komorbidität mit 16,7% etwas höher als die Vergleichsgruppe mit 14,1%. Zu ihrem Wohl fehlen 27,8% der Komorbiden eine bessere Kommunikation mit den Lehrenden, was mit den Ergebnissen zu den kommunikativen Basisbedingungen korrespondiert. Immerhin 20,3% der nicht komorbiden Studierenden wünschen sich diesen Aspekt ebenfalls. Deutlich ist der Unterschied der beiden Gruppen in Bezug auf den Wunsch nach weniger Anonymität unter den Studierenden: 19,4% der komorbiden Gruppe erwünscht sich diesen Aspekt, bei der Vergleichsgruppe sind es nur knapp die Hälfte mit 9,4%. Dieses Ergebnis überrascht hinsichtlich der Ergebnisse in Bezug auf die Kommunikation unter Studierenden etwas, da sich die komorbiden Probanden, wie in Abbildung 37 dargestellt, noch recht zufrieden geäußert haben.

In Bezug auf eine bessere Ausstattung und ansprechender Gestaltung der Hochschule haben sich nur 7,8% der nicht komorbiden Studierenden entsprechend geäußert, eine Veränderung in dieser Hinsicht haben die komorbiden Studierenden zu einer besseren Befindlichkeit nicht geäußert. Auch hinsichtlich eines breiteres Studienangebotes sind die Studierenden mit einer Komorbidität etwas verhaltener als die Vergleichsgruppe: Sie wünschen sich nur zu 5,6% ein breites Angebot, während die andere Gruppe diesen Wunsch zu 9,4% geäußert hat. Hinsichtlich besserer Berufsperspektiven oder mehr Geld unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum voneinander. Dagegen sind im Hinblick auf den Wunsch nach mehr Praxisbezug die nicht komorbiden Studierenden mit 17,2% in der Überzahl (vs. 13,9%). Diese Ergebnis ist jedoch äquivalent zu dem aus Abbildung 29.

8,3% der komorbiden Studierenden fühlen sich im Studium derzeit wunschlos zufrieden, bei der Vergleichsgruppe sind es mit 12,5% etwas mehr.

Zusammenfassend kann man von einer Differenz der beiden Gruppen hinsichtlich der Wünsche nach Verbesserung der persönlichen Studiensituation ausgehen: Studierende mit einer Komorbidität wünschen sich mehr Kommunikation und Beziehung im sozialen Bereich, während nicht komorbide Studierende sich eher Veränderung im Bereich der Hochschule und des Lehrbetriebs erhoffen.

7.5.5 Fazit

Komorbide Studierende weisen hinsichtlich der studienbezogenen Daten im Gegensatz zu Studierenden ohne Komorbidität folgende Auffälligkeiten auf:

- Sie wechseln häufiger ihren Abschluss bzw. ihr Fach als die Vergleichsgruppe. Außerdem unterbrechen von Komorbidität betroffene Hochschüler häufiger ihr Studium.
- Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in den Gründen für eine Studienunterbrechung, da die große Mehrheit derjenigen komorbiden Studierenden, die bereits eine Studienunterbrechung erlebt haben, dies aus gesundheitlichen Problemlagen heraus tat.
- In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Studienfach lassen sich leichte Tendenzen aus den Ergebnissen ablesen: Studierende mit einer komorbiden Diagnose unterscheiden sich von der Vergleichsgruppe nur dahingehend, dass sie mit den meisten Merkmalen zufriedener sind.
- Hinsichtlich der Zeitstruktur während des Semesters kann festgestellt werden, dass komorbide Studierende weniger Zeit mit studienbezogenen Aufgaben verbringen.

Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die komorbiden Untersuchungspersonen im Vergleich zu den nicht komorbiden Probanden einen schlechteren Studienverlauf aufweisen. In Bezug auf die Zufriedenheit können ebenfalls Differenzierungen festgehalten werden: Die komorbiden Studierenden lassen häufiger Hochschulveranstaltungen aus und geben dafür häufiger Gründe von Antriebslosigkeit und fehlender Selbstdisziplin an als die Vergleichsgruppe.

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Studienverlauf sind komorbide Hochschüler etwas unzufriedener als die Vergleichsgruppe, außerdem wünschen sie sich zur Verbesserung des persönlichen Studienverlaufs eher Aspekte wie kommunikative oder soziale Verbesserung mit den Hochschulangehörigen.

Zusammenfassend kann die fünfte Hypothese bestätigt werden, dennoch sind einige Abstriche notwendig: Studierende mit einer Komorbidität haben im Vergleich zu Studierenden ohne eine Komorbidität in der Tat einen schlechteren Studienverlauf, was die Ausprägung der Wechsel und

Unterbrechungen betrifft. Außerdem versäumen sie häufiger aufgrund fehlender eigenverantwortlicher Handlungsmöglichkeiten Lehrveranstaltungen, was in der Regel zu einem schlechteren Studienverlauf führen kann.

7.5.6 Vergleich der Problemgruppen im Überblick

Die Hypothesen drei bis fünf sind sich sehr aufgrund ihrer Fragestellung ähnlich, es werden nur immer andere Risikogruppen in den Fokus gestellt. Bei der Diskussion der einzelnen Hypothesen ist ein unmittelbarer Vergleich der drei Problemgruppen Suchtprobleme, psychische Probleme und Komorbidität noch nicht angestellt worden. Dennoch sollte nicht versäumt werden, die drei Problemgruppen hinsichtlich zweier ausgewählter Aspekte ebenfalls einander gegenüber zu stellen, damit eventuelle Unterschiede direkt erkennbar sind. Dies dient darüber hinaus zu einer Verdeutlichung der Abgrenzungsschwierigkeit zwischen den drei Untersuchungsgruppen. Wie bereits in Tabelle 42 und zur besseren Lesbarkeit in der identischen Tabelle 66 dargestellt, gibt es insgesamt 10 Personen, die als psychisch gesund bezeichnet werden können, 45 Personen weisen alleinige psychische Beeinträchtigungen auf, 9 Personen ein ausschließliches Suchtproblem und 36 Personen sind als komorbide zu bezeichnen.

Tabelle 66. Störungsbilder der Studierenden (Angaben ganzen Zahlen und aufgeteilt nach Geschlecht, N=100)

	Männer	Frauen	Gesamt
Psychisch gesund	5	5	10
Psychische Beeinträchtigung außer Sucht	14	31	45
Suchtproblematik	7	2	9
Komorbidität (Suchtproblematik+ psych. Beeinträchtigung)	15	21	36
Gesamt	41	59	100

Optimaler wäre eine Untersuchung mit jeweils gleich großen Gruppen der jeweiligen Störungen, allerdings ist zu bedenken, dass die Studierenden aufgrund eines Screeningfragebogens ausgewählt wurden, in dem keine Komponente zu psychischen Störungen existierte. Aus diesem Grund ist es umso bemerkenswerter, dass genauso viele Personen eine psychische

Beeinträchtigung aufweisen wie eine Suchtproblematik, die man wie beabsichtigt eindeutig anhand des Screeningfragebogens identifizieren konnte. Im Folgenden wird die Unterteilung der drei Gruppen beibehalten, wobei sich die komorbiden aus den anderen beiden Störungsgruppen rekrutieren, und somit zwei nicht voneinander unabhängige Gruppen sind.

Bezogen auf die Studienverläufe gibt es bei allen drei Hypothesen Bereiche, die offensichtlich mit der Existenz des jeweiligen Problems zusammenhängen. Dazu gehören die beiden Aspekte, die in der folgenden Tabelle je nach Störungsgruppe erneut aufgenommen werden sollen: *Studienfachwechsel/ Abschlusswechsel* und *Studienbezogene Zeitstruktur*.

Tabelle 67. Problemgruppen in Abhängigkeit ausgewählter Studienverlaufsaspekte (Wenn nicht anders vermerkt, Angaben als arithmetisches Mittel, N=100)

	Studierende mit Suchtproblem (N=45)	Studierende mit psychischer Beeinträchtigung (N=81)	Studierende mit Komorbidität (N=36)
Studienfachwechsel/ Abschlusswechsel Fach- und Abschlusswechsel insgesamt	35,5%	43,3%	38,9%
Studienbezogene Zeitstruktur Studienbezogener Aufwand	21,8	23,9	20,5

Wie bereits erwähnt, ist der Wechsel von Fach und Abschluss als besonders umfassende Neuorientierung zu werten, der auf eine mangelnde Zielorientierung hindeutet. Am häufigsten wechseln Fach und/ oder Abschluss mit insgesamt 43,3% die Studierenden mit einer psychischen Beeinträchtigung, danach kommen die komorbiden Studierenden mit 38,9%, bevor schließlich die Suchtbelasteten mit 35,5% die wenigsten Fach- und/ oder Abschlusswechsel aufzeigen. Vergleicht man diese Zahlen mit der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, so liegen die Fachrichtungswechsel dort bei 21,0%. Demnach liegen die Hochrisikostudierenden der Kölner Studie alle deutlich über dem Bundesdurchschnitt, besonders deutlich erhöht sind die psychisch Beeinträchtigten mit mehr als doppelt so häufigen Wechseln wie die Bundesstudierenden. Insgesamt wird der Studiengangwechsel als Zeichen eines ungerichteten Studierverhaltens aufgefasst. Beim Wechsel des Studienfaches können jedoch oft die bereits erbrachten Leistungen im neuen

Studiengang anerkannt werden. Betrachtet man die Studierenden der Kölner Studie in Bezug auf die Sozialerhebung, so können an dieser Stelle nochmals alle drei Hypothesen verifiziert werden, wenn man einen häufigeren Abschluss- oder Fachwechsel als schlechteren Studienverlauf definiert.

Betrachtet man den Aspekt der studienbezogenen Zeitstruktur, so ist zu diesem Item zu sagen, dass der Bundesstudierende rund 35,9 Stunden in der Woche in Lehrveranstaltungen oder mit sonstigem studienbezogenem Aufwand verbringt. Die Probanden der Kölner Studie liegen alle wesentlich unter diesen Zeitvorgaben: Bezogen auf Lehrveranstaltungen verbringen Studierende mit einem Suchtproblem durchschnittlich 14,1 Stunden weniger, Studierende mit einer psychischen Beeinträchtigung im Durchschnitt 12 Stunden weniger und komorbide Studierende sogar rund 15,4 Stunden weniger Zeit in der Woche mit studienkontextueller Arbeit.

Somit kann postuliert werden, dass die studienbezogene Zeitstruktur insgesamt auf einen schlechteren Studienverlauf aller drei Problemgruppen deutlich hinweist. Die Verifizierung aller drei Hypothesen wird hierdurch nochmals unterstrichen.

7.6 Hypothese 6: Präsenz von Suchtproblemen im Kontext psychosozialer Beratung

Hypothese 6: Bei Klienten psychosozialer Beratungsstellen ist die Prävalenz von Suchtproblemen geringer als bei Studierenden, die sich nicht in psychosozialer Beratung befinden.

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

In der Kölner epidemiologischen Befragung wird eine Basiserhebung gemacht, ob die Probanden bereits eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen

haben, ob sie zurzeit eine Beratung in Anspruch nehmen und ob sie bei einem Problem bereit sind, zu einer Beratungsstelle zu gehen. Darüber hinaus werden Gründe erhoben, die einen Besuch in einer Beratungsstelle erschweren.

Im weiterführenden Interview wird zudem 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 aussehen. Schließlich werden die Studierenden befragt, ob sie bereits wegen psychischer Beschwerden behandelt worden sind oder in eine Klinik eingewiesen wurden.

Die sechste Hypothese wird in zwei Stufen untersucht: 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-TR-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.

7.6.1 Beratungserfahrung

Tabelle 68. Beratungserfahrung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende der epidemiologischen Befragung (N=2.624)	Studierende der Interviewerhebung (N=100)
Haben Sie schon einmal Beratung wahrgenommen?		
Ja	24,5	43,0
Nein	75,5	57,0
Nehmen Sie zurzeit Beratung wahr?		
Ja	6,3	15,0
Nein	93,7	85,0

Die Studierenden der epidemiologischen Befragung haben bereits zu 24,5% eine Beratung frequentiert, davon nehmen 6,3% 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 69. Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung	Studierende ohne Beratungserfahrung
Epidemiologische Befragung (N=2.624)	24,5	75,5
Interviewbefragung (N=100)	43,0	57,0

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

Tabelle 70. Gruppenaufteilung bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung		Studierende ohne Beratungserfahrung	
	Epidem. Befragung	Interview-befragung	Epidem. Befragung	Interview-befragung
Wenn Sie ein Problem hätten, würden Sie eine Beratungsstelle aufsuchen?				
Ja	65,8	67,4	37,6	22,8
Nein	6,0	4,7	12,1	22,8
Weiß nicht	28,2	27,9	50,3	54,4
Was würde Ihnen den Besuch einer Beratungsstelle erschweren?				
Ich kenne keine Beratungsstelle.	8,1	9,3	23,3	28,1
Es wäre mir unangenehm, mich Fremden anzuvertrauen.	12,8	25,6	26,1	36,8
Ich hätte kein Zutrauen in eine Beratungsstelle.	7,9	7,0	14,5	21,1
Ich hätte Angst, dass die Daten nicht vertraulich behandelt würden.	4,6	11,6	8,1	15,8
Ich hätte Zweifel an der Ausbildung der Berater.	8,4	16,3	12,8	21,1
Es wäre mir peinlich, als hilfebedürftig zu gelten.	7,9	7,0	16,6	31,6
Ich wüsste nicht, ob Kosten entstehen.	10,6	11,6	16,0	33,3
Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht.	7,4	11,6	1,3	5,3
Ich habe keinen Beratungsbedarf.	9,5	7,0	27,3	28,1

Bei der epidemiologischen Befragung würden 65,8% der Studierenden mit Beratungserfahrung bei einem Problem wieder eine Beratungsstelle aufsuchen, 6,0% würden dies nicht tun und 28,2% sind nicht sicher. Dagegen können sich nur 37,6% der Studierenden ohne Beratungserfahrung vorstellen, bei einem Problem eine Beratungsstelle aufzusuchen, 12,1% verneinen diese Möglichkeit und 50,3% 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 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 signifikant unterschiedlich. 8,1% der Beratungserfahrenen fänden eine erneute Beratung schwierig, weil sie keine Beratungsstelle kennen, die Vergleichsgruppe sieht diesen Faktor zu 23,3% 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 beratungserfahrenen Probanden wäre es zu 12,8% unangenehm, sich Fremden anzuvertrauen, der Vergleichsgruppe dient diese Antwort zu 26,1% 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 untereinander hochsignifikant ($p < .000$) und die Hochrisikoprobanden der Interviewbefragung untereinander signifikant ($p < .05$), wobei die Unterschiede jeweils zwischen den Vergleichsgruppen Beratungserfahrene vs. Beratungsunerfahrene bestehen. 7,9% der Beratungserfahrenen der Fragebogenerhebung fehlt das Zutrauen, 14,5% der unerfahrenen Studierenden berichten dies ebenfalls. 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%, $p < .000$).

Bezogen auf den vertraulichen Umgang mit ihren Daten haben 4,6% der bereits beratenen Studierenden der Fragebogenerhebung Angst vor fehlendem Datenschutz, die unerfahrenen Studierenden zu 8,1% ($p < .000$). 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 ($p < .553$).

8,4% der beratungserfahrenen Teilnehmer der Fragebogenerhebung hätten Zweifel an der Ausbildung der Berater, 12,8% der unerfahrenen Probanden der gleichen Gruppe ($p < .000$). 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 7,9% peinlich, als hilfebedürftig zu gelten, 16,6% der noch nicht Beratenen antworten ebenso ($p < .000$). Bei den Probanden der Interviewstudie ist der Unterschied ebenfalls deutlich: 7,0% der bereits in Beratung gewesenen Studierenden wäre die eigene Hilfebedürftigkeit peinlich, das gleiche gilt für 31,6% der Hochrisikoprobanden ohne Beratungserfahrungen ($p < .003$).

10,6% der Studierenden mit Beratungserfahrung gaben in der epidemiologischen Beratung an, dass sie nicht wüssten, ob Kosten bei einer Beratung entstünden, 16,0% der Gruppe ohne Beratungserfahrung hegt die gleichen Zweifel ($p < .000$). Bei den Hochrisikoprobanden ist die Differenz ebenfalls groß, 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 größeres Misstrauen der Hochrisikoprobanden feststellen, was sie einer Beratungssituation entgegenbringen: Sie scheinen mehr Angst davor zu haben, dass sie sich öffnen müssen und dass sie sich von einem ernst zu nehmenden Gegenüber ihre Schwächen aufzeigen lassen 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 können.

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

	Studierende mit Beratungserfahrung N=43	Studierende ohne Beratungserfahrung N=57
Art der Behandlung		
keine Therapie	39,5	100,0
ambulante Psychotherapie	53,5	0,0
stationäre Psychotherapie	7,0	0,0
Welche Art der professionellen Beratung hätten Sie gerne?		
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
Was wurde unternommen?		
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 71 dargestellten Daten untermauert: Studierende mit Beratungserfahrenen 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.

7.6.2 Suchtprobleme

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

Tabelle 72. Suchtprobleme bei den Probanden der Kölner Studie (Angaben in Prozent)

	Studierende mit Beratungserfahrung		Studierende ohne Beratungserfahrung	
	Epidem. Befragung	Interviewbefragung	Epidem. Befragung	Interviewbefragung
DSM-IV-TR-Diagnosen				
Alkoholmissbrauch	15,8	18,6	20,2	17,5
Alkoholabhängigkeit	4,4	25,6	7,8	28,1
Gesamt	20,2	44,2	28,0	45,6
Trinktage in den letzten 30 Tagen				
1-5 Trinktage	50,8	30,2	46,5	31,6
6-9 Trinktage	19,0	20,9	22,6	15,8
10-19 Trinktage	14,9	34,9	18,0	33,3
20 und mehr Trinktage	3,6	7,0	3,1	15,8
„Binge drinking“ in den letzten 14 Tagen				
mindestens drei Mal 5 Getränke	10,0	11,6	13,4	14,0
mindestens drei Mal 5 oder mehr Getränke	20,5	32,6	27,2	52,6

Bezogen auf die epidemiologische Fragebogenerhebung lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezogen auf DSM-IV-TR-Diagnosen ermitteln: Studierende mit Beratungserfahrungen weisen zu 15,8% einen Alkoholmissbrauch auf, Studierende ohne Beratungserfahrungen zu 20,2% ($p < .016$). Es besteht eine signifikante Erhöhung der Studierenden ohne Beratungserfahrungen, sie 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 unerfahrene Studierende etwas häufiger betroffen, es lässt sich allerdings keine Signifikanz feststellen. Insgesamt sind Studierende mit einer Beratungserfahrung in der epidemiologischen Befragung zu 20,2% von einer alkoholbezogenen Diagnose betroffen, dagegen sind es 28,0% der nicht erfahrenen Probanden. Der Unterschied von 7,8 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 zeigen in den letzten 30 Tage zu 50,8% einen bis fünf Trinktage (Vergleichsgruppe 46,5%), zu 19,0% sechs bis neun Trinktage (Vergleichsgruppe 22,6%), zu 14,9% zehn bis vierzehn Trinktage (Vergleichsgruppe 18,0%) und zu 3,6% 20 und mehr Trinktage (Vergleichsgruppe 3,1%). 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 weist die Gruppe der Studierenden mit Beratungserfahrungen zu 7,0% auf, während die Gruppe der Studierenden ohne Beratungserfahrungen mit 15,8% mehr als doppelt so hoch liegt. Insgesamt lässt sich bezogen auf die Trinktage in den letzten 30 Tagen die sechste Hypothese *nicht* bestätigen.

Hinsichtlich des „binge drinking“ wiederholen sich die Ergebnisse der beiden vorherigen Kategorien, 10,0% der Studierenden der epidemiologischen Erhebung mit einer Beratungserfahrung haben in den letzten 14 Tagen mindestens drei Mal 5 Getränke zu sich genommen, 20,5% der gleichen Gruppe mindestens drei Mal mehr als 5 Getränke im gleichen Zeitraum. Dagegen stehen die Studierenden ohne Beratungserfahrung mit 13,4% bzw. 27,2%. Die Studierenden ohne Beratung weisen etwas höhere „binge drinking“-Werte auf. Es kann eine statistische Signifikanz ($p < .005$) 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 sechste Hypothese auch hinsichtlich des „binge drinking“ nicht bestätigt werden.

7.6.3 Fazit

Zusammenfassend kann die Vermutung nicht aufrechterhalten werden, 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 über eine zusätzliche konstruktive Lösungsstrategie im Leben verfügt, die auch bei schwerwiegenden Problemen wie psychischer Not oder Suchtproblemen früher dazu führen kann, sich Hilfe zu suchen und sie auch zu bekommen.

7.7 Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung „Lustig ist das Studentenleben – Suchtverhalten im Studium“ untersucht anhand von sechs Hypothesen sowohl das Sucht- als auch das Studierverhalten von Studierenden. Zwei Befragungsmethoden erbringen Datenmaterial unter anderem zu den Substanzkonsumaspekten einer 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. Im Folgenden sollen die anhand der formulierten Hypothesen erzielten Ergebnisse kurz zusammengefasst sowie die in Kapitel 2 entwickelten Fragestellungen abschließend betrachtet werden.

Hypothese 1 formuliert die Annahme, dass die Prävalenz von Suchtproblemen bei Studierenden höher liegt als bei der vergleichbaren Altersgruppe der Nicht-Studierenden. Nach der ausführlichen Datenanalyse kann man davon ausgehen, 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. Suchtprobleme sind bei Studierenden im Bereich des Substanzmissbrauchs häufiger zu finden als bei der vergleichbaren Altersgruppe der Nicht-Studierenden. Dafür sind sie weniger häufig von einer Abhängigkeitsdiagnose betroffen als Nicht-Studierende. Man kann also davon ausgehen, dass das Studium ein gewisser Schutzfaktor vor der Entwicklung von

Abhängigkeitsstörungen einerseits ist, sich andererseits jedoch als Risikofaktor für einen Substanzmissbrauch zeigt.

Hypothese 2 konstatiert, dass komorbide Studierende eine stärkere Substanzkonsumproblematik aufweisen als nicht komorbide Studierende, muss nach der Datenbetrachtung modifiziert werden. Komorbide Studierende weisen einen stärker ausgeprägten Substanzmissbrauch auf als Studierende mit einer ausschließlich substanzbezogenen Diagnose, und 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 beeinträchtigten Studierenden wider.

Die Auswertungen der Hypothesen 3 bis 5, die den Studienverlauf in Beziehung zu den drei verschiedenen Störungsbildern Suchtprobleme, psychische Beeinträchtigung und Komorbidität gesetzt haben, kommen nach ausführlicher Analyse zum Ergebnis, dass sich die Existenz eines der drei Störungsbilder negativ auf den Studienverlauf auswirkt.

Schließlich wird untersucht, ob Studierende mit Beratungserfahrung weniger Suchtprobleme aufweisen als Studierende ohne eine solche Erfahrung. Diese Annahme kann jedoch nicht bestätigt werden, vielmehr stellt es sich so dar, dass eine Beratungserfahrung im Lebensverlauf bei Auftauchen eines weiteren Problems zu einer schnelleren Hilfesuche zu führen scheint.

Die erste Forschungsfrage, wie sich die aktuelle Situation von Studierenden in Bezug auf problematisches Substanzkonsumverhalten darstellt, ist durch die vorliegende Untersuchung ausführlich beantwortet und diskutiert worden. Die epidemiologische Querschnittstudie hat eine Fülle von Substanzkonsumdaten der studierenden Probanden erbracht, die in Bezug auf den umfangreichen Fragebogen in der Darstellung leider sehr stark gekürzt und minimiert worden sind. Interessante Zusammenhänge in Bezug auf Konsummuster über die Hypothesenuntersuchungen hinaus konnten bedauerlicherweise nicht dargestellt werden, da der Umfang der Dissertation sonst sehr stark erweitert worden wäre.

Ob das Merkmal Studium ein Risikofaktor für die Komorbidität von Suchtproblemen und psychischen Beeinträchtigungen ist, lässt sich abschließend nicht eindeutig beantworten. Die Studie hat Ergebnisse gebracht, dass eine Komorbidität mit dem Studienverlauf in Zusammenhang steht, so wie ebenfalls das Vorliegen einer singulären Störung wie Suchtproblemen oder psychischen Beeinträchtigungen, doch um die zweite Forschungsfrage ausführlich zu beantworten, wäre eine weitere Untersuchung notwendig: Eine Gruppe nicht studierender junger Erwachsener müsste ebenfalls mit den in der Kölner Studie angewandten Befragungsinstrumenten untersucht werden. Erst dann könnte man eine Aussage darüber treffen, ob das Studium selbst mit der Prävalenz einer Komorbidität zu tun hat.

Die dritte Forschungsfrage kann nach der Datenanalyse der Hypothesen drei bis fünf eindeutig beantwortet werden: Psychische Probleme und Suchtprobleme, auch eine Kombination dieser beiden, sind im Zusammenhang mit dem Studienverlauf und auch dem Studierverhalten als problematisch zu beurteilen. Der gesamte Lebenskontext des betroffenen Studierenden ist beeinträchtigt, was z.B. mit Leistungseinbußen in Beziehung gesetzt werden kann.

Die vierte Forschungsfrage wurde mit der Untersuchung der sechsten Hypothese beantwortet. Die Gruppe der Studierenden in Beratungskontexten unterscheiden sich hinsichtlich einer Suchtbelastung nicht von der Gruppe der allgemeinen Studierenden ohne Beratungskontext.

8. Ausblick

Insgesamt betrachtet lassen die bislang vorliegenden epidemiologischen Einzelbefunde der vorliegenden Studie keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu, die Sucht und mangelnden Studienerfolg schlüssig miteinander in Beziehung setzen. 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 formulieren zu können.

Die Untersuchung des Lebensereignisses Studium ist in der Gesamtstudie ein Teilaspekt der Fragestellung, wie junge Erwachsene ihrem Leben begegnen und welche Bewältigungsmuster sie bei problematischen oder schwierigen Lebenssituationen an den Tag legen. Wie in Kapitel 3 erläutert, geht die Lebensereignisforschung davon aus, dass kritische oder bedeutsame Lebensereignisse als soziale Stressoren wirken, die eine erhöhte Anpassungsleistung von den Individuen erfordert und so zu dysfunktionalem Bewältigungsverhalten führen können (vgl. Saathoff 2003). In der Lebensereignisforschung zeigt sich weiterhin, dass kritische oder bedeutsame Lebensereignisse allein nur einen geringen Anteil an Krankheiten und Beschwerden klären. Aufgrund dessen können auf der Grundlage der vorliegenden Studie keine Aussagen über die Entstehung von Suchtstörungen oder psychischen Störungen ausschließlich im oder gar durch das Studium gemacht werden. Im Kontext des Forschungsstands und der durchgeführten Untersuchung wird allerdings die Lebenswelt Studium als klinisch-psychologisches Forschungsgebiet verstanden, innerhalb dessen sich klinisch relevante Störungen entwickeln oder doch zumindest verstärken können.

Die Existenz eines suchtbefindlichen Problems ist darüber hinaus 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 umfassendere Erkenntnisse hervorbringen. Die Intention der vorliegenden Arbeit ist es jedoch, einen ersten Überblick zum Zusammenhang zwischen der Situation der Studierenden im Allgemeinen und dem Vorliegen einer suchtbefindlichen

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 könnte in diesem Kontext die Untersuchung geschlechts- und altersbezogener Faktoren sein. Als sinnvoll wird in diesem Zusammenhang auch ein stärkerer Bezug zu biografischen 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, wie bereits in Kapitel 3.1 geschildert, 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 Beziehung 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 Achse I und die Persönlichkeitsstörungen der Achse II des DSM-IV-TR 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 Beeinträchtigungen 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 kostenlos zur Verfügung stehen.

Allerdings besteht ein Hauptproblem der betroffenen Studierenden darin, dass sie die eigene Störung oder Erkrankung zum Teil noch nicht wahrgenommen haben und sie verleugnen. Diese Problemlage erschwert 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 Problematik des Substanzmissbrauchs ist eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung studienspezifische Besonderheit, der sich sowohl die Suchtkrankenhilfe als auch die immer noch recht hochschwellig 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 practioners 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. Hier ist im Besonderen auf der Ebene der Hochschulorganisation anzusetzen. Studienanfänger sollten in verstärktem Maße als bisher auf vorhandene personale Ressourcen (Tutorien seitens Kommilitonen *und* Lehrenden) zurückgreifen können, die ihnen einen Einstieg in das Studienleben erleichtern und Belastungen wie z.B. Ängsten vorbeugen. 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 (IFT 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 wie die unter Kapitel 3.2.1 geschilderten „Big Five“ 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 kranken.

9. Literatur

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

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

Arsenault, L., Cannon, M., Witton, J. & Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *The British journal of psychiatry*, 184, 110-117.

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.

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.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: Freeman and Company.

Bargel, T., Multrus, F. & Ramm, M. (1996). Studium und Studierende in der 90er Jahren. Entwicklung an Universitäten und Fachhochschulen in den alten und neuen Bundesländern. Bonn: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie.

Baumann, U. & Perrez, M. (1998). Ätiologie/ Bedingungsanalyse: Methodische Gesichtspunkte. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie- Psychotherapie*. 135-148. Bern: Verlag Hans Huber.

Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Becker, P. & Minsel, B. (1984). *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.

Bellach, B.-M. (1999). Der Bundesgesundheitsurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S55-S56.

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

Bergius, R. (1959). Entwicklung als Stufenfolge. In: Thomae, H. (Hrsg.). Handbuch der Psychologie, Band 3: Entwicklungspsychologie. 104-195. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.

Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 39, 452-462.

Biermann, A. & Giesen, A.-D. (2002). Projekt HOpeS – Hilfen und Orientierung für psychisch erkrankte Studierende. Psychiatrische Praxis, 29, 41-44.

Bodensteiner, T. (2003). Sucht bei Studierenden- Eine empirische Untersuchung zu alkohol- und drogenbezogenem Risikoverhalten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln: Katholische Fachhochschule NW.

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

Bohleber, W. (1987). Die verlängerte Adoleszenz. Identitätsbildung und Identitätsstörungen im jungen Erwachsenenalter. Jahrbuch der Psychoanalyse, 21, 58-84.

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.

Brandl, J. (1991). Die narzißtische Störung im Zusammenhang mit Ablösungskonflikten bei Studierenden und deren Eltern. Dissertation. München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Universität München.

Bredenkamp, J. (1979). Über die Maße der praktischen Signifikanz. Zeitschrift für Psychologie, 177, 309-319.

Brim, O. G. (1966). Socialization through the life cycle. In: Brim, O. G. & Wheeler, S. (Hrsg.). Socialization after childhood. 1-50. New York: Wiley.

Brim, O. G. & Ryff, C. D. (1980). On the properties of life events. In: Baltes, P. B. & Brim, O. G. (Hrsg.). Life-span development and behavior, Vol. 3. 367-388. New York: Academic Press.

Brown, G. W. & Birley, J. L. (1968). Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 203-214.

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.

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.

Buba, H.B., Früchtel, F. & Pickel, G. (1995). Haushalts- und Familienformen junger Erwachsener und ihre Bedeutung im Ablösungsprozeß von der Herkunftsfamilie- Ein Vergleich in den neuen und alten Bundesländern. In: Nauck, B., Schneider, N. & Tölke, A. (Hrsg.). *Familie und Lebensverlauf im gesellschaftlichen Umbruch*. 119-136. Stuttgart: Enke.

Buba, H.B. (1997). Entwicklungsverläufe in der Postadoleszenz und Ablösung vom Elternhaus. *Perspektiven junger Erwachsener: Postadoleszenz als Chance oder Krise?* In: Silbereisen, R., Vaskovics, L.A. & Zinnecker, J. (Hrsg.). *Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996*. 349-365. Opladen: Leske+Budrich.

Buchmann, M. (1989). *The script of life in modern society*. London: University Press.

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Gunk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000a). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.

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

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (1995). *Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland*. 14. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bonn: poppdruck.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (1998). *Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland*. 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bonn: poppdruck.

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.
- Coser, R. L. (1975). The complexity of roles as a seedbed of individual autonomy. In: Coser, R. L. (Hrsg.). *The idea of social structure*. 237-263. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Clark, S. & Kupka, P. (1994). Work, independence, and occupational identity. In: Evans, K. & Heinz, W. R. (Hrsg.). *Becoming adult in England and Germany*. 139-171. London: Anglo-German Foundation.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (1997). *Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte*. Hamm: DHS.
- 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 reduction approach*. New York: Guilford Press.
- Dlugosch, G. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt am Main: Swets Test Service.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C. & Wendt, F. (2002). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: their nature and their effects*. New York: Wiley.
- Drake, R.-E., Mc Laughlin, P., Pepper, B. & Minkoff, K. (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch: Ein Überblick. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (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.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton
- Erikson, E. H. (1959). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Faltermaier, T. (1987). *Lebensereignisse und Alltag: Konzeption einer lebensweltlichen Forschungsperspektive und eine qualitative Studie über Belastungen und Bewältigungsstile von jungen Krankenschwestern*. München: Profil.

Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W., Strehmel, P. (2002). Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Grundriß der Psychologie, Band 14. Stuttgart: Kohlhammer.

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

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Function to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.

Ferner, R. E. & Chambers, J. (2001). Alcohol intake: measure for measure. *British Medical Journal*, 323, 1439-1440.

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

Fiedler, P. (1997). Persönlichkeitsstörungen, In: Hahlweg, K. & Ehlers, A. (Hrsg.). *Psychische Störungen und ihre Behandlungen. Enzyklopädie der Psychologie*. 799-900. Göttingen: Hogrefe.

Filipp, S.-H. (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie Verlags Union.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1996). Bewältigungsstrategien (Coping). In: Uexküll, T. von (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. 277-290. München: Urban & Schwarzenberg.

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

Friedrichs, J. & Kamp, K. (1978). Methodologische Probleme des Konzepts „Lebenszyklus“. In: Kohli, M. (Hrsg.). *Soziologie des Lebenslaufs*. 154-191. Darmstadt/ Neuwied: Luchterhand.

Fullinwider-Bush, N. & Jacobvitz, D. B. (1993). The transition to young adulthood. *Family Process*, 32, 87-103.

Gangl, M. (2003). Bildung und Übergangsrisiken beim Einstieg in den Beruf. Ein europäischer Vergleich zum Arbeitsmarktwert von Bildungsabschlüssen. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften*, 6, 72-89.

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.

Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-35.

Gastpar, M., Remschmidt, H. & Senf, W. (2000). *Essstörungen. Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2000). *Essen will gelernt sein. Ess-Störungen erkennen und behandeln*. Weinheim und Basel: Beltz.

Goldscheider, F.K. & LeBourdais, C. (1986). The decline in age at leaving home, 1929-1979. *SSK*, 70 (2), 143-144.

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*. Kiel: IFT-Nord.

Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44, 120-126.

Havighurst, R. J. (1982). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.

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

HIS (Hochschul-Informationen-System) (1981). *Studienabbruchstudie. Die Studienabbrecherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen*. Kurzinformation A5. Hannover: HIS-GmbH.

HIS (Hochschul-Informationen-System) (2002). *Studenten zwischen Hochschule und Arbeitsmarkt. Eine Untersuchung über Einstellungen und Meinungen von Studenten an wissenschaftlichen Hochschulen*. Hochschulplanung 32. Hannover: HIS-GmbH.

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).

Hoff, E.-H. (1995). Frühes Erwachsenenalter: Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 423-438. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Hoff, T. (2002). Akkulturation und Alkohol: Kulturelle Rahmenbedingungen bei türkischen Männern der zweiten Migrantengeneration in Deutschland. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.

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

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

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1980). Die "Social Readjustment Rating Scale". In: Katschnig, H. (Hrsg.). Sozialer Stress und psychische Erkrankungen. 160-166. München: Urban & Schwarzenberg. (Englische Originalfassung 1967).

Hönmann, H. & Schepank, H. (1983). Life-Events in der Allgemeinbevölkerung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 29, 110-126.

Horlacher, K. D. (2000). Kritische Lebensereignisse. In: Amelang, M. (Hrsg.). Determinanten individueller Unterschiede. Enzyklopädie der Psychologie. 455-486. Göttingen: Hogrefe.

Hornung, R. & Knoch, D. (1999). Zusammenfassende Überlegungen und Schlussfolgerungen. In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, P. & Hornung, R. (Hrsg.). Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden. 189-198. Bern: Verlag 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; München: Juventa.

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

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press.

Jerusalem, M. (1994). Streß und Streßbewältigung – Wie Ressourcen das Denken und Handeln verändern. In: Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis – Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. 125-151. Weinheim; München: Juventa.

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

Johnson, J. H. & Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.

Jugendschutzgesetz (JuSchuG) (2002). Bekanntmachung vom 23. Juli 2002 (BGBl I Nr. 51, S. 2730).

Kaluza, G. & Vögele, C. (1999). Streß und Streßbewältigung. In: Flor, H., Birbaumer, N. & Hahlweg, K. (Hrsg.). *Grundlagen der Verhaltensmedizin. Enzyklopädie der Psychologie*. 331-338. Göttingen: Hogrefe.

Kanfer, F.-H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer-Verlag.

Kapfhammer, H. P. (1993). Zur psychosozialen Entwicklung und Problematik im jungen Erwachsenenalter: Entwicklungspsychologische Charakterisierung eines bedeutsamen Abschnitts im Lebenszyklus. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 61, 338-353.

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

Katschnig, H. (1980). Lebensverändernde Ereignisse als Ursache psychischer Krankheiten – Eine Kritik des globalen Ansatzes der Life- Event- Forschung. In: Katschnig, H. (Hrsg.). *Sozialer Stress und psychische Erkrankungen*. 1-93. München: Urban & Schwarzenberg.

Keil, W. (1975). Unterrichtsmethoden und Arbeitsformen im Studium. In: Breuer, F., Keil, W., Kleiber, D., Meier, F. & Piontowski, U. (Hrsg.). *Psychologie des wissenschaftlichen Lernens*. 149-195. Münster: Aschendorf.

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

Keniston, K. (1968). *Young radicals*. New York: Harcourt.

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., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. & Straus, F. (1999). Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rowohlt.

Klein, M. & Zobel, M. (2001). Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien. Abschlussbericht zum Projekt 1996-1999. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.

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.

Kohlendorfer, S. (1996). Ablösung im Jugendalter: Ein Problem der Psychopathologie. Dissertation. Salzburg: Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Salzburg.

Kohli, M. (1985). Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37, 1-29.

Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.

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

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

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

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 im Breisgau: Lambertus.

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.

Krausz, M. (2001). Stand der Entwicklung der Komorbiditätsforschung. In: LVR (Hrsg.). *Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität*. Köln: Hausdruckerei.

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: Schwarzer, W. & Trost, A. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe*. Dortmund: Borgmann.

Ladewig, D., Graw, P., Miest, P.-C., 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.

Lazarus, R.S. (1990). Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. 198-232. München: Psychologie Verlags Union.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin, L. & Lewis, M. (Hrsg.). *Perspectives in interactional psychology*. 287-327. New York: Wiley.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lehr, U. (1978). Kontinuität und Diskontinuität im Lebenslauf. In: Rosenmayr, L. (Hrsg.). *Die menschlichen Lebensalter: Kontinuität und Krisen*. 315-339. München: Piper.

Lehr, U. (1987). Erträge biographischer Forschung in der Entwicklungspsychologie. In: Jüttemann, G. & Thomae, H. (Hrsg.) *Biographie und Psychologie*. 217-248. Berlin: Springer.

Leuzinger-Bohleber, M. & Mahler, E. (1993). Phantasie und Realität in der Spätadoleszenz. Gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungsprozesse bei Studierenden. In: Leuzinger-Bohleber, M. & Mahler, E. (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.

Levinson, D. (1978). Das Leben des Mannes. Werdenskrisen, Wendepunkte, Entwicklungschancen. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

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

Lindenberger, U. (2002). Erwachsenenalter und Alter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. 350-391. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Löhner, F. (2002). Therapie und Prognose schizophrener Substanzgebraucher. In: Richter, G., Rommelspacher, H. & Spies, C. (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.

Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Zeitschrift für klinische Psychologie, 21, 76-87.

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

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Martin, E. D. & Sher, K. J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. Journal of Studies on Alcohol, 55, 81-90.

Meulemann, H. (1992). Älter werden und sich erwachsen fühlen. Über die Möglichkeiten, das Ziel der Jugend zu verstehen. In: Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.). Jugend '92. 145-168. Opladen: Leske + Budrich.

Meulemann, H. (1995). Die Geschichte einer Jugend: Lebenserfolg und Erfolgsdeutung ehemaliger Gymnasiasten zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Meyer, C. & John, U. (2003). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2004. 19-36. Geesthacht: Neuland.

Mielke, R. (1996). Lerntheoretische Persönlichkeitskonstrukte. In: Amelang, M. (Hrsg.). Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede, Enzyklopädie der Psychologie. 185-222. Göttingen: Hogrefe.

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

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: Moggi, F. (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.

Nurmi, J. E. (1992). Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extension. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 487-508.

Olbrich, E. (1990). Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderungen? In: Philipp, S.-H. (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. 123-138. München: Psychologie Verlags Union.

Opaschowski, H. W. (1995). *Freizeitökonomie. Marketing von Erlebniswelten*. Opladen: Leske + Budrich.

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

Papastefanou, C. (1997). *Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern*. Weinheim: Juventa.

Papastefanou, C. (2000). Der Auszug aus dem Elternhaus – ein vernachlässigter Gegenstand der Entwicklungspsychologie. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 20, 1, 55-69.

Pauly, A. (2003). Lustig ist das Studentenleben – Suchtprävention an Hochschulen. In: LVR (Hrsg.). *Suchtfälle Familie?! Forschung und Praxis zu Lebenswelten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter*. 133-140. Köln: LVR Hausdruckerei.

Perrez, M., Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (1998). Streß und Coping als Einflußfaktoren. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie- Psychotherapie*. 277-305. Bern: Huber.

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: Miller, W. R. & Heather, N. (Hrsg.). *Treating addictive behaviors: processes of change*, 3-27. New York: 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.

Regier, D.-A., Burke, J.-D. & Burke, K.-C. (1990). Comorbidity of Affective and Anxiety Disorders in the NIMH Epidemiological Area Program. Washington DC: American Psychiatric Press.

Reis, O. (1997). Risiken und Ressourcen der Persönlichkeitsentwicklung im Übergang zum Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.

Reitzle, M., Silbereisen, R. K. (1999). Der Zeitpunkt materieller Unabhängigkeit und seine Folgen für das Erwachsenwerden. In: Silbereisen, R. K. & Zinnecker, J. (Hrsg.). Entwicklung im sozialen Wandel. 131-152. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Riegel, K. (1981). Psychologie, mon amour: ein Gegentext. München: Urban & Schwarzenberg.

Rogner, O. & Baumann, U. (1981). Die Bewertung von Krisenanslässen des täglichen Lebens – Eine Evaluation der SRRS von Holmes und Rahe. Diagnostica, 27, 324-344.

Rosenmayr, L. (1978). Die menschlichen Lebensalter in Deutungsversuchen der europäischen Kulturgeschichte. In: Rosenmayr, L. (Hrsg.). Die menschlichen Lebensalter: Kontinuität und Krisen. 23-79. München: Piper.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 1, 1-28.

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-Fragebogen zum Rauchen. Greifswald: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Lübeck: Klinik für Psychiatrie.

Saathoff, C. (2003). Kritische Lebensereignisse und Gesundheit: Der Einfluss psychologischer Faktoren auf Bewältigungsmöglichkeiten. Dissertation. Hannover: Medizinische Hochschule.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision - DSM-IV-TR; übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.

Schindler, C. & Körkel, J. (1994). Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. Verhaltenstherapie, 4, 152-161.

Schönell, J. & Closset, J. (2002). Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen in der psychiatrischen Versorgung. In: Richter, G., Rommelspacher, H. & Spies, C. (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.

Schmidt-Denter, U. (1994). Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Laufe des menschlichen Lebens. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Schneider, U. (1999). Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit: Neuropsychologie als integrative kognitive Wissenschaft zu pathophysiologischen Modellvorstellungen der Alkoholabhängigkeit. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Schröder, K. E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). Psychologie der Bewältigung. 174-195. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Schuch, B. (1998). Entwicklungspsychopathologie und Entwicklungspsychologie über die Lebensspanne. In: Kryspin-Exner, I., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung. 79-99. Wien: WUV Universitätsverlag.

Schübler, G. (1993). Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schwarzer, R. (1996). Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Band 1. Göttingen: Hogrefe.

Seiffge-Krenke, I. (1984). Formen der Problembewältigung bei besonders belasteten Jugendlichen. In: Olbrich, E. & Todt, E. (Hrsg.). Probleme des Jugendalters. 353-386. Berlin: Springer.

Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. 29-45. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Sennett, R. (1998). Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag.

Siegrist, J. (1980). Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehungen körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. Der Nervenarzt, 51, 313-320.

Siegrist, J., Dittmann, K., Rittner, K. & Weber, I. (1980). Soziale Belastung und Herzinfarkt. Stuttgart: Enke.

Silbereisen, R.-K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter, R. & Montada, L. (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. 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.

Stierlin, H. (1981). Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Klett.

Stohler, R. (2000). Komorbidität. In: Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. 271-273. München: Urban & Fischer.

Sullivan, K. & Sullivan, A. (1980). Adolescent-parent separation. *Developmental Psychology*, 16, 2, 93-99.

Super, D. E. (1992). Toward a comprehensive theory of career development. In: Montross, D. H. & Shinkman, C. J. (Hrsg.). Career development: Theory and practice. 35-64. Springfield: Charles C. Thomas.

Taylor, R. D. & Oskay, G. (1995). Identity formation in Turkish and American late adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 8-22.

Teuwsen, E. (2001). Spätadoleszente Reifungskrisen. In: Holm-Hadulla, R.-M. (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. 40-64. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Thefeld, W., Stolzenberg, H. & Bellach, B.-M. (1999). Der Bundesgesundheitsurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S57-S61.

Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (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: Schwarzer, W. (Hrsg.). Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 273-305. Dortmund: Borgmann.

Uchtenhagen, A. (2000). Definition und Begriffe. In: Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. 1-3. München: Urban & Fischer.

Ulich, D. (1987). Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München: Psychologie Verlags Union.

Vaillant, G.E. (1977). Adaption to life. Boston: Little & Brown.

Vascovics, L. A. (1997). Generationenbeziehungen: Junge Erwachsene und ihre Eltern. In: Liebau, E. (Hrsg.). Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. 141-160. Weinheim, München: Juventa.

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.

Verthein, U., Degkwitz, P., Kühne, A. & Krausz, M. (1998). Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht* 44 (4), 232-246.

Vollrath, M. (1988). Studentinnen: Streß und Streßbewältigung im Studium. Frankfurt am Main/ New York: Campus Verlag.

Wechsler, H. & Wuethrich, B. (2002). Dying to drink. Confronting binge drinking on College Campuses. Rodale: USA.

White, K.M., Speisman, J.C. & Costos, D. (1983). Young adults and their parents: individuation to mutuality. In: Grotevant, H.D. & Cooper, C.R. (Hrsg.). Adolescent development in the family. 61-76. San Francisco: Jossey Bass.

Winnefeld, M. & Nischan, P. (2002). Stationäre Sucht-Rehabilitation aus Patienten-Sicht – Patientenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der BfA. *Sucht aktuell*, 1, 34-40.

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., 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“. *Das Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S216-S222.

Wittchen, H.-U. & Argandona, M. (2000). Diagnostische Klassifikation der Substanzstörungen. In: Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (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.

Zinnecker, J. (1997). Zwischen Lernarbeit und Erwerbsarbeit. Wandel und soziale Differenzierung im Bildungsmoratorium. In: Silbereisen, R., Vascovics, L.A. & Zinnecker, J. (Hrsg.). Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996. 165-183. Opladen: Leske+Budrich.

Zubin, J. (1990). Ursprünge der Vulnerabilitätstheorie. In: Obricht, R. (Hrsg.). Therapie der Schizophrenie. 42-52. Stuttgart: Kohlhammer.

Anhangsverzeichnis

1.	Epidemiologischer Fragebogen	265
2.	Exemplarischer Auszug aus dem Kodierschema des Fragebogens	277
3.	Teilstrukturiertes Interview	279
3.1	Alcohol Expectancy (Brief AEQ-G)	283
3.2	Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)	284
3.3	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)	285
3.4	Self-Efficacy Rauchen (SER-G)	296
3.5	Decisional Balance Raucher (DBR-G)	298
3.6	Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR)	299
3.7	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-II)	300
3.8	Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini DIPS)	304
4.	Exemplarischer Auszug aus dem Kodierschema des Interviews	315
5.	Standardisiertes E-Mail-Kontaktformular	317
6.	Informationsbroschüre	318

Köln, im Januar 2003

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein - Westfalen führt mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) eine schriftliche Befragung unter den Studierenden in Deutschland durch.

Ziel dieser Studie ist es, aktuelle Auskünfte über die psychische und körperliche Gesundheit der Studierenden zu erhalten, damit die Arbeit von Gesundheitsdiensten sich an den Bedürfnissen der Studierenden orientieren kann. Besonders im Fokus stehen Suchtverhalten und der Konsum von suchtfördernden Substanzen. Es soll weiterhin untersucht werden, ob Studierende im Bedarfsfall sachgerechte Hilfe bekommen, bzw. wie diese Hilfen ausgebaut werden können. Ihre Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig. Wir hoffen jedoch sehr, dass Sie bereit sind, zum Gelingen der Untersuchung beizutragen und den beiliegenden Fragebogen zu bearbeiten. Jeder einzelne ausgefüllte Bogen hilft uns, das heterogene Bild der Studierenden in Deutschland adäquat zu erfassen.

Bitte nehmen Sie sich etwa 20 Minuten Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Schicken Sie ihn dann bitte im beiliegenden Freiumschlag an den Forschungsschwerpunkt Sucht nach Köln **oder** geben ihn bei den Verantwortlichen der jeweiligen Sonderaktionen ab.

Falls Sie weitere Fragen zur Erhebung haben oder an den Ergebnissen der Studie interessiert sind, wenden Sie sich bitte direkt an die zuständige Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Sucht (Frau Anne Pauly, Tel. 0221-7757-157, a.pauly@kfhnw.de).

Mit der Bitte um baldige Antwort und mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. Michael Klein
Projektleiter

Wir haben außerdem vor, mit einer *zufällig ausgewählten Stichprobe* ein vertiefendes Interview von circa zwei Stunden zu führen. Es geht um die gleichen Themen wie in unserem Fragebogen und wird an Ihrem Studienort stattfinden. Falls Sie per Zufallsgenerator in die Stichprobe gelost werden,

bekommen Sie für das Interview ein Honorar in Höhe von 30 €

Wenn Sie Interesse haben, am Interview teilzunehmen, bitten wir Sie, uns Ihre Emailadresse (falls nicht vorhanden, Ihre Telefonnummer) mitzuteilen. Das ist notwendig, damit wir Sie kontaktieren und einen Interviewtermin mit Ihnen ausmachen können. Ihre Emailadresse: _____

Mit Ihren Daten gehen wir selbstverständlich vertraulich um und werden sie nicht an Dritte weiterreichen. **Wir unterliegen der Schweigepflicht.**

Außerdem möchten wir Sie bitten, einen Code zu verfassen, den nur Sie wieder erkennen können. Der Code ist wichtig, damit wir uns im Interview auf Ihren persönlichen Fragebogen beziehen können. Ihr selbstverfasster Code setzt sich wie folgt zusammen: Jeweils die ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens **und** die letzten beiden Buchstaben Ihres Nachnamens **und** Ihr sechsstelliges Geburtsdatum.

Beispiel: Lieschen Mueller, geb. am 05.01.77 hat folgenden Code: LIER050177.

Bitte schreiben Sie hier Ihren Code hin: _____

Voraussetzung für die Interviewauslösung sind ein komplett ausgefüllter Fragebogen und der Code.

Der Studi-Fragebogen

1. Geschlecht

 weiblich
 männlich

2. Alter

___ Jahre

**3. Aktuelles
Fachsemester**

___ Sem.

4. Ihr Hauptstudienfach:

 Ingenieurwissenschaften
 Sprach- und Kulturwissenschaften
 Mathe, Naturwissenschaften
 Medizin
 Jura, Wirtschaftswissenschaften
 Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik

4a. An welcher Hochschule studieren Sie zur Zeit? (Bitte Hochschulnamen und Ort eintragen)

An der _____

in _____

5. Mit welcher Religion sind Sie aufgewachsen?

 Römisch-Katholisch
 Protestantisch (Religion erlaubt alkoholische Getränke)
 Protestantisch (Religion erlaubt keine alkoholischen Getränke)
 Muslimisch
 Keine
 Andere Religion (bitte eintragen) _____

6. Wie wichtig ist Religion für Sie?

 Sehr wichtig
 Mäßig wichtig
 Weniger wichtig
 Nicht wichtig

7. Sind Sie Mitglied einer Burschenschaft oder Schwesternschaft/ Studentenverbindung?

 Ja
 Nein, nicht mehr.
 Nein, noch nie.

Wie sind die **ersten beiden Stellen der Postleitzahl** Ihrer Uni/ FH ?

Zuerst möchten wir Sie gerne zu Ihren Trinkgewohnheiten befragen.

Ein „alkoholisches Getränk“ bedeutet:

ein kleines Bier (0,25 l)
ein Glas Sekt/ Wein (0,125 l)
ein Schnaps (4 cl)

8. Denken Sie bitte an die letzten 14 Tage (2 Wochen). Wie oft haben Sie wie viele alkoholische Getränke *hintereinander* bei einer Gelegenheit getrunken? (Bitte antworten Sie in der Reihe, die auf Sie zutrifft.)

	gar nicht	Einmal	Zweimal	3-5 Mal	6-9 Mal	10 Mal	oder mehr
4 Getränke	<input type="radio"/>						
5 Getränke	<input type="radio"/>						
mehr als 5 Getränke	<input type="radio"/>						

Wenn Sie in Frage 8 „Gar nicht“ geantwortet haben, gehen Sie bitte zu Frage 12. Andernfalls machen Sie bitte bei Frage 9 weiter.

9. Welche Art von Alkohol haben Sie bei solchen Gelegenheiten getrunken, wo Sie vier oder mehr alkoholische Getränke hintereinander hatten? (Mehrfachnennung möglich)

 Bier
 Wein
 Cocktails
 Schnaps-Mixgetränk (z. B. Smirnoff Ice u.Ä.)
 Bier-Mixgetränk (z. B. Mixery u.Ä.)
 Sekt
 Schnaps (z. B. Feigling, Tequila u.Ä.)

10. Wie viele Getränke hatten Sie, als Sie das letzte Mal vier oder mehr alkoholische Getränke hintereinander getrunken haben?

 4 Getränke
 5 Getränke
 6 Getränke
 7 Getränke
 8 Getränke
 9 Getränke
 10-14 Getränke
 15 oder mehr Getränke

11. Wie lange haben Sie gebraucht, um die Anzahl der unter Frage 10 angegebenen Getränke zu trinken?

 1 Stunde oder weniger
 2 Stunden
 3 Stunden
 4 Stunden
 5 Stunden
 6 Stunden oder mehr

Die folgenden Fragen sind für alle Teilnehmer bestimmt.

12. Wie beschreiben Sie sich selbst anhand der folgenden Begriffe bezüglich Ihres momentanen Gebrauchs von Alkohol? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

- Abstinenter
 Abstinenter-ehemaliger Problemtrinker
 Seltener Alkoholkonsument
 Leichter Alkoholkonsument
 Mäßiger Alkoholkonsument
 Starker Alkoholkonsument
 Problemtrinker

13. Nach wie vielen Getränken fühlen Sie sich im Allgemeinen betrunken? (z. B. lallend, schwankend, schwindelig oder Übelsein.)

- Ich trinke nicht 6 Getränke
 1 Getränk 7 Getränke
 2 Getränke 8 Getränke
 3 Getränke 9 Getränke
 4 Getränke 10 Getränke oder mehr
 5 Getränke Ich weiß nicht

14. Wie hat sich Ihr Trinkverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (Seit Beginn d. 1. Semesters) geändert?

- Ich trinke jetzt mehr.
 Es hat sich nicht geändert.
 Ich trinke jetzt weniger.
 Ich trinke keinen Alkohol mehr.
 Ich trinke keinen Alkohol.

15. Wann haben Sie zuletzt ein alkoholisches Getränk zu sich genommen?

- Ich habe noch nie eins getrunken → gehen Sie zu Frage 54
 Nicht im letzten Jahr (ab heute gezählt) → gehen Sie zu Frage 54
 Vor mehr als 30 Tagen, aber noch innerhalb des letzten Jahres → gehen Sie zu Frage 21
 Vor mehr als einer Woche, aber in den letzten 30 Tagen → gehen Sie zu Frage 16
 Innerhalb der letzten 7 Tage → gehen Sie zu Frage 16

Bearbeiten Sie bitte die Fragen 16 bis 20, wenn Sie in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken haben.

16. Bei wie vielen Gelegenheiten haben Sie in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

- 1 bis 2 Gelegenheiten
 3 bis 5 Gelegenheiten
 6 bis 9 Gelegenheiten
 10 bis 19 Gelegenheiten
 20 bis 39 Gelegenheiten
 40 o. mehr Gelegenheiten

17. Bei den Gelegenheiten, an denen Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol tranken, wie viele Getränke hatten Sie normalerweise im Durchschnitt? (Bitte nur eine Antwort wählen.)

- 1 Getränk 6 Getränke
 2 Getränke 7 Getränke
 3 Getränke 8 Getränke
 4 Getränke 9 Getränke
 5 Getränke 10 Getränke oder mehr

18. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen genug Alkohol getrunken, um betrunken zu sein? (Mit betrunken meinen wir z. B. schwankend, schwindelig oder Übelsein.) (Bitte nur eine Antwort wählen.)

- 1 bis 2 Gelegenheiten
 3 bis 5 Gelegenheiten
 6 bis 9 Gelegenheiten
 10 bis 19 Gelegenheiten
 20 bis 39 Gelegenheiten
 40 o. mehr Gelegenheiten
 Gar nicht

19. Wie viele alkoholische Getränke hatten Sie das letzte Mal, als Sie innerhalb der letzten 30 Tage an einer der folgenden Veranstaltungen/ Feten teilnahmen? (Bitte wählen Sie in jeder Reihe eine Antwort.)

	Ich nahm teil und hatte					
	keine alk. Getränke	1 oder 2 alk. Getränke	3 Getränke	4 Getränke	5 oder mehr Getränke	Nicht teil- genommen
a. Studentenwohnheim-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Verbindungs-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Uni-Party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sportveranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Kneipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Privatparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Diskothek/ Club	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Haben Sie in den letzten 30 Tagen folgende Angebote genutzt?

	Ja	Nein
a. Happy Hours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Niedrig-Preis-Veranstaltungen (ladies nights, Erstsemesterermäßigung usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Eintritt inkl. frei trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Wenig Eintritt und frei trinken auf Privatpartys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Wenig Eintritt und frei trinken auf einer Burschenschafts- oder Schwesternschaftsparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Frei Trinken ohne Eintritt auf einer Burschenschafts- oder Schwesternschaftsparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Frei Trinken ohne Eintritt auf einer Privatparty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bearbeiten Sie bitte die Fragen 21 bis 53, wenn Sie entweder innerhalb des letzten Jahres oder in den letzten 30 Tagen ein alkoholisches Getränk getrunken haben.

Kreuzen Sie bitte die entsprechende Antwortnummer im jeweils dafür vorgesehenen Kästchen an.

- 1= **Nein, nie.**
 2= **Ja, aber nicht im letzten Jahr (ab heute gezählt).**
 3= **Ja, einmal im letzten Jahr.**
 4= **Ja, zweimal im letzten Jahr.**
 5= **Ja, dreimal oder mehr im letzten Jahr.**

21. Sind Sie selber Auto gefahren, obwohl Sie zu viel getrunken hatten, um noch sicher zu fahren?

1 2 3 4 5

22. Hatten Sie Kopfschmerzen oder einen „Kater“ am Morgen, nachdem Sie getrunken haben?

1 2 3 4 5

23. Hatten Sie Magenbeschwerden oder haben Sie sich erbrochen, nachdem Sie getrunken haben?

1 2 3 4 5

24. Sind Sie zu spät zur Vorlesung gekommen, weil Sie getrunken hatten, einen Kater oder eine durch das Trinken verursachte Krankheit hatten?

1 2 3 4 5

25. Sind Sie nicht zu einer Vorlesung gegangen, weil Sie getrunken hatten, einen Kater oder eine durch das Trinken verursachte Krankheit hatten?

1 2 3 4 5

26. Haben Sie sich geprügelt, als Sie getrunken hatten?

1 2 3 4 5

27. Haben Sie wegen Ihres Trinkens einen Job verloren?

1 2 3 4 5

28. Sind Sie unhöflich, beleidigend oder unausstehlich geworden, nachdem Sie getrunken hatten?

1 2 3 4 5

29. Haben Sie an Trinkwettkämpfen oder an Trinkspielen teilgenommen (z.B. Mäxchen)?

1 2 3 4 5

30. Haben Sie Eigentum beschädigt, falschen Alarm ausgelöst oder andere derartige Dinge getan, nachdem Sie getrunken hatten?

1 2 3 4 5

31. Haben sich Ihr Partner/ Ihre Partnerin, Ihre Eltern oder andere nahe Personen bei Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums beschwert?

1 2 3 4 5

32. Hat Ihr Trinken Probleme zwischen Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin oder Ihren Eltern hervorgerufen?

1 2 3 4 5

33. Haben Sie Freunde (auch Partner/ Partnerin) wegen Ihres Trinkens verloren?

1 2 3 4 5

34. Haben Sie Ihre Pflichten, Ihre Familie, Ihre Arbeit oder Ihr Studium für nacheinander zwei Tage oder mehr wegen Ihres Trinkens vernachlässigt?

1 2 3 4 5

35. Sind Sie durch das Trinken in sexuelle Situationen geraten, die Sie später bereuten?

1 2 3 4 5

36. Sind Sie nach einer durchzechten Nacht morgens aufgewacht und konnten sich nicht mehr an alles lückenlos erinnern?

1 2 3 4 5

37. Zitterten Sie, nachdem Sie aufgehört hatten, Alkohol zu trinken oder Ihren Konsum reduzierten? (z. B. so, dass Ihre Kaffeetasse auf der Untertasse klirrte)

1 2 3 4 5

38. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Sie sofort nach dem Aufstehen einen Drink brauchten (vor dem Frühstück)?

1 2 3 4 5

39. Haben Sie während des Trinkens Dinge gesagt, die Sie später bereuten?

1 2 3 4 5

40. Hatten Sie, weil Sie betrunken waren, mit jemandem sexuellen Kontakt, den Sie mit dieser Person normalerweise nicht gehabt hätten?

1 2 3 4 5

41. Sind Sie zu sexuellen Handlungen mit jemandem genötigt oder gezwungen worden, weil Sie zu betrunken waren, um das zu verhindern?

1 2 3 4 5

Bitte schätzen Sie nun ein, wie oft und wie viel andere Personen trinken.

55. Bitte schätzen Sie ein: Ein durchschnittlicher Studierender in Ihrem Alter gleichen Geschlechts trinkt (nur eine Antwort):

- gar nicht
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- zwei- oder dreimal im Monat
- ein- oder zweimal die Woche
- drei- oder viermal die Woche
- nahezu täglich
- täglich

56. Die Mehrzahl Ihrer Freunde trinkt (bitte nur eine Antwort):

- gar nicht
- weniger als einmal im Monat
- einmal im Monat
- zwei- oder dreimal im Monat
- ein- oder zweimal die Woche
- drei- oder viermal die Woche
- nahezu täglich
- täglich

57. Wie viel trinken diese Freunde im Durchschnitt an einem typischen Abend am Wochenende?

- kein Glas*
- 11-12 Gläser
- 1-2 Gläser
- 13-14 Gläser
- 3-4 Gläser
- 15-16 Gläser
- 5-6 Gläser
- 17-18 Gläser
- 7-8 Gläser
- 19 oder mehr Gläser
- 9-10 Gläser

58. Schätzen Sie bitte in Prozent ein, wie das Verhältnis bezüglich folgender Gruppen an Ihrer Hochschule ist:

Abstinenzler (Studierende, die keinen Alkohol trinken) _____ %

Studenten, die „normal“ trinken _____ %

Studenten, die mehr trinken, als sie sollten. _____ %

100 %

* Ein Glas Alkohol:
ein kleines Bier (0,25 l)
ein Glas Sekt/ Wein (0,125 l)
ein Schnaps (4 cl)

59. Wie viel Alkohol trinken Sie im Vergleich zum Alkoholkonsum a) Ihrer Kommilitonen und b) Ihrer Freunde?

	viel weniger als die meisten	weniger als die meisten	etwas weniger als die meisten	so viel/ wenig wie die meisten	etwas mehr	mehr als die meisten	viel mehr als die meisten
a) Kommilitonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir möchten Sie nun gerne zum Thema Rauchen befragen.

60. Bitte schätzen Sie ein: Ein durchschnittlicher Studierender in Ihrem Alter gleichen Geschlechts raucht etwa (bitte nur eine Antwort):

- gar nicht
- gelegentlich
- nahezu täglich
- täglich

61. Ihre besten Freunde rauchen im Durchschnitt etwa (bitte nur eine Antwort):

- gar nicht
- gelegentlich
- nahezu täglich
- täglich

62. Wann fängt ein durchschnittlicher rauchender Studierender Ihrer Meinung nach mit dem Rauchen an?

Mit _____ Jahren.

63. Was trifft auf Sie zu (bitte nur eine Antwort)?

- Ich habe noch nie geraucht.
- Ich habe ein paar Mal geraucht.
- Ich bin Ex-Raucher.
- Ich bin Gelegenheitsraucher.
- Ich bin täglicher Raucher.

64. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Seit _____ Jahren.

Bitte beantworten Sie Fragen 64 bis 73 nur, wenn Sie **täglicher Raucher** sind. Wenn nicht, gehen Sie bitte weiter zu Frage 74.

65. Möchten Sie weniger rauchen bzw. ganz mit dem Rauchen aufhören?

- Ja
- Nein
- Vielleicht

66. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Etwa _____ Stück.

67. Welche der folgenden Antworten beschreibt am besten Ihr Rauchverhalten? (Bitte in jedem Block eine Antwort)

Ich rauche an der Uni weniger als zu Hause. Ich rauche weniger, wenn ich Alkohol trinke.

Ich rauche an der Uni mehr als zu Hause. Ich rauche mehr, wenn ich Alkohol trinke.

Ich rauche an beiden Plätzen gleich viel. Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. Ich trinke keinen Alkohol.

Ich rauche weniger, wenn ich alleine bin. Ich rauche weniger, wenn andere Raucher dabei bin.

Ich rauche mehr, wenn ich alleine bin. Ich rauche mehr, wenn andere Raucher dabei sind.

Ich rauche in beiden Situationen gleich viel. Ich rauche die gleiche Menge in beiden Situationen.

68. Wie hat sich Ihr Rauchverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

Ich rauche jetzt mehr.

Mein Rauchverhalten hat sich nicht geändert.

Ich rauche jetzt weniger.

69. Wie werden Sie in Zukunft mit dem Rauchen umgehen? (Bitte nur eine Antwort wählen)

Ich werde weiter rauchen wie bisher.

Ich werde in den nächsten 6 Monaten meinen Konsum reduzieren.

Ich werde in den nächsten 30 Tagen meinen Konsum reduzieren.

Ich werde ganz aufhören, aber nicht in den nächsten 6 Monaten.

Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten aufzuhören.

Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen aufzuhören.

70. Meinen Sie, dass Sie Ihre Rauchgewohnheiten ändern werden?

Nein

Eher nicht

Vielleicht

Eher ja

Ja

71. Wann nach dem Aufstehen haben Sie im Allgemeinen in den letzten 30 Tagen Ihre erste Zigarette geraucht?

Innerhalb der ersten 15 Minuten

Innerhalb der ersten 16-30 Minuten

Innerhalb der ersten 31-60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

Ich rauche erst ab ca. ___ Uhr (bitte eintragen)

72. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und haben für mind. 24 Std. durchgehalten?

einmal viermal

zweimal fünfmal und mehr

dreimal gar nicht

73. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja

Nein

Wir möchten Sie nun zum Thema Cannabis befragen. Bitte bedenken Sie, dass die Befragung anonym ist.

74. Bei wie vielen Gelegenheiten in Ihrem Leben haben Sie Cannabis konsumiert (Marihuana, Haschisch, Pot, Gras)?

Noch nie

bei 1-2

bei 3-5

bei 6-9

bei 10-15

bei 16-20

bei 21-39

bei 40 oder mehr Gelegenheiten

75. Bei wie vielen Gelegenheiten im letzten Jahr haben Sie Cannabis konsumiert?

Bei keiner Gelegenheit

bei 1-2

bei 3-5

bei 6-9

bei 10-15

bei 16-20

bei 21-39

bei 40 oder mehr Gelegenheiten

76. Bitte schätzen Sie ein: Wie riskant ist es für die eigene Gesundheit, wenn man Cannabis einmal probiert?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

77. Wie riskant ist es Ihrer Meinung nach für die eigene Gesundheit, wenn man Cannabis gelegentlich konsumiert (1-2x im Monat)?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

78. Was meinen Sie, wie riskant es für die eigene Gesundheit ist, wenn man Cannabis regelmäßig (mind. 1x die Woche) konsumiert?

Kein Risiko

Geringes Risiko

Mäßiges Risiko

Großes Risiko

79. Wie hat sich Ihr Cannabis-Konsum verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

Ich konsumiere jetzt mehr.

Der Konsum hat sich nicht geändert.

Ich konsumiere jetzt weniger.

Ich konsumiere nicht mehr.

Ich konsumiere kein Cannabis.

80. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden Cannabis zu bekommen, wenn Sie welches wollen?

Wahrscheinlich unmöglich

Sehr schwierig

Eher schwierig

Eher leicht

Sehr leicht

**Nun geht es um verschiedene andere psychotrope Substanzen.
Bitte bedenken Sie, dass der Fragebogen anonym ist.**

81. Bei wie vielen Gelegenheiten **in Ihrem Leben** haben Sie die folgenden Substanzen konsumiert?

	noch nie	bei 1-2	bei 3-5	bei 6-9	bei 10-15	bei 16-20	bei 21-39	bei 40 o. mehr
Amphetamine	<input type="radio"/>							
Beruhigungsmittel/ Tranquilizer	<input type="radio"/>							
Ecstasy	<input type="radio"/>							
Kokain	<input type="radio"/>							
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>							

82. Bei wie vielen Gelegenheiten **im letzten Jahr** haben Sie die folgenden Substanzen konsumiert?

	noch nie	bei 1-2	bei 3-5	bei 6-9	bei 10-15	bei 16-20	bei 21-39	bei 40 o. mehr
Amphetamine	<input type="radio"/>							
Beruhigungsmittel/ Tranquilizer	<input type="radio"/>							
Ecstasy	<input type="radio"/>							
Kokain	<input type="radio"/>							
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>							

83. Wie schwer wäre es für Sie, innerhalb von 24 Stunden folgende Substanzen zu bekommen, wenn Sie welche wollten?

	Wahrscheinlich unmöglich	Sehr schwierig	Eher schwierig	Eher leicht	Sehr leicht
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel/ Tranquilizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiate (z. B. Heroin, Methadon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. Wie hat sich Ihr Konsum der angegebenen Substanzen verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1. Semester) geändert?

	jetzt mehr	nicht geändert	jetzt weniger	nicht mehr	konsumiere gar nicht
Amphetamine	<input type="radio"/>				
Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>				
Ecstasy	<input type="radio"/>				
Kokain	<input type="radio"/>				
Opiate	<input type="radio"/>				

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem Essverhalten.

85. Wie oft trafen die folgenden Aussagen in den **letzten 30** Tagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
a. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	<input type="radio"/>				
b. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.	<input type="radio"/>				
c. Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	<input type="radio"/>				
d. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke.	<input type="radio"/>				
e. Ich kenne den Kaloriengehalt der Nahrungsmittel, die ich esse.	<input type="radio"/>				
f. Ich vermeide speziell kohlenhydratreiche Nahrung (z. B. Brot, Reis, Kartoffeln)	<input type="radio"/>				
g. Ich denke, dass andere es gerne sähen, wenn ich mehr essen würde.	<input type="radio"/>				
h. Ich erbreche nach dem Essen.	<input type="radio"/>				
i. Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen schuldig.	<input type="radio"/>				
j. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein.	<input type="radio"/>				
k. Wenn ich in Bewegung bin, denke ich an die dabei verbrauchten Kalorien.	<input type="radio"/>				
l. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin.	<input type="radio"/>				
m. Ich beschäftige mich mit dem Gedanken, Fett am Körper zu haben.	<input type="radio"/>				
n. Ich brauche mehr Zeit als andere zum Essen.	<input type="radio"/>				
o. Ich vermeide Nahrungsmittel, die Zucker enthalten.	<input type="radio"/>				
p. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht.	<input type="radio"/>				
q. Ich kontrolliere mein Essverhalten.	<input type="radio"/>				
r. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen.	<input type="radio"/>				

85. Wie oft trafen die folgenden Aussagen in den letzten 30 Tagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
s. Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen.	<input type="radio"/>				
t. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.	<input type="radio"/>				
u. Mein Essverhalten beschäftigt mich.	<input type="radio"/>				
v. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.	<input type="radio"/>				
w. Ich probiere gern neues, reichhaltiges Essen.	<input type="radio"/>				
x. Nach dem Essen habe ich den Drang, mich zu übergeben.	<input type="radio"/>				
y. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	<input type="radio"/>				
z. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	<input type="radio"/>				
a2. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.	<input type="radio"/>				
b2. Ich stopfe mich mit Essen voll.	<input type="radio"/>				
c2. Ich denke über Diäten nach.	<input type="radio"/>				
d2. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	<input type="radio"/>				
e2. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zu viel gegessen habe.	<input type="radio"/>				
f2. Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>				
g2. Ich bin mit meiner Figur zufrieden.	<input type="radio"/>				
h2. Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung bei.	<input type="radio"/>				
i2. Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich meinte, nicht mehr aufhören zu können.	<input type="radio"/>				
j2. Ich mag die Form von meinem Po.	<input type="radio"/>				
k2. Ich habe den Wunsch, dünner zu sein.	<input type="radio"/>				
l2. Ich denke, meine Hüften sind zu breit.	<input type="radio"/>				
m2. Ich esse gezügelt in Gegenwart anderer u. stopfe mich voll, wenn sie weg sind.	<input type="radio"/>				
n2. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weiter geht.	<input type="radio"/>				
o2. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren.	<input type="radio"/>				
p2. Ich esse oder trinke heimlich.	<input type="radio"/>				

86. Wie finden Sie Ihr Aussehen zur Zeit?

Sehr gut

Gut

Befriedigend

Schlecht

Sehr schlecht

87. Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Körpergewicht?

Zu hoch

Gerade richtig

Zu niedrig

88. Wo essen Sie zu Mittag oder zu Abend (warm) und wie oft in der Woche? (Zutreffende Anzahl der warmen Mahlzeiten eintragen – bezogen auf eine 7-Tage-Woche (Mo-So), mehrere Antworten möglich)

bei meinen Eltern _____ Mal

bei mir zu Hause _____ Mal

in der Mensa _____ Mal

in der Stud.-Cafeteria _____ Mal

im Restaurant/ Bistro/ Kneipe o. Ä. _____ Mal

im Schnellimbiss _____ Mal

Selbstverpflegung unterwegs _____ Mal

89. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
a. Ich esse täglich Obst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ich esse täglich Gemüse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ich ernähre mich täglich weitgehend fettarm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Ich frühstücke täglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ich esse täglich Süßigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Ich esse täglich eine warme Mahlzeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Ich achte täglich auf eine vitamin- und nährstoffreiche Ernährung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Ich nehme täglich mind. 2 Liter Flüssigkeit zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Ich nehme mir täglich Zeit zum Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Ich esse täglich eher „zwischen Tür und Angel“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Ich esse täglich „fast food“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Ich esse täglich zu regelmäßigen Uhrzeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Seit Beginn des Studiums leide ich unter gelegentlichen Magenschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Seit Studienbeginn habe ich Magenschleimhautentzündung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

90. Haben Sie Erfahrungen mit Essstörungen?

Ja, selbst

Ja, bei Freunden/ Bekannten

Ja, bei Familienangehörigen

Nein

91. Wie hat sich Ihr Essverhalten verglichen mit dem Anfang Ihres Studiums (1.Semester) geändert?

Ich esse jetzt mehr.

Mein Essverhalten hat sich nicht geändert.

Ich esse jetzt weniger.

92. Haben Sie schon einmal gedacht, dass Sie eine Essstörung haben könnten?

Ja, seit _____ Jahren (bitte eintragen)

Ich vermute so etwas, habe aber keine genaue Diagnose.

Nein, nicht mehr.

Nein.

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrer Internetnutzung.

93. Bitte geben Sie nun Auskunft über Ihren Umgang mit dem Internet.

	Ja	Manchmal	Nein
a. Geht Ihnen das Internet im Alltag nicht aus dem Kopf? (Denken z. B. über zukünftige Online-Aktivität nach oder bereiten sich gedanklich auf die nächste Online-Sitzung vor?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie bemerkt, dass Sie länger im Internet bleiben, um ein Gefühl von Zufriedenheit zu erlangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Haben Sie wiederholt erfolglos versucht, Ihre Internetnutzung zu kontrollieren, einzuschränken oder zu beenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Fühlen Sie sich rastlos, traurig, deprimiert oder sind Sie reizbar, wenn Sie versuchen, die Internetnutzung einzuschränken oder zu beenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Bleiben Sie länger im Internet, als Sie eigentlich beabsichtigt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Haben Sie wegen des Internets wichtige Beziehungen, Ihre Arbeit, Ihre Karriere oder Ihr Studium vernachlässigt, gefährdet oder riskiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Haben Sie Familienmitglieder, Therapeuten oder andere belogen, um das Ausmaß Ihres Internetgebrauchs zu verheimlichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Benutzen Sie das Internet als einen Fluchtweg vor Problemen oder als Erleichterung von Niedergeschlagenheit? (z. B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuld, Angst oder Depression)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

94. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
a. Sind Sie täglich mehr als 4 Stunden online?	<input type="radio"/>				
b. Vernachlässigen Sie Haushaltspflichten, um länger online zu sein?	<input type="radio"/>				
c. Bevorzugen Sie Erregung durch das Internet der Intimität mit Ihrem Partner?	<input type="radio"/>				
d. Schließen Sie neue Freundschaften mit netten Online Usern?	<input type="radio"/>				
e. Beschweren sich andere in Ihrem Leben über die lange Zeit, die Sie im Internet verbringen?	<input type="radio"/>				
f. Leidet Ihr Studium unter der Länge der Zeit, die Sie im Internet sind?	<input type="radio"/>				
g. Checken Sie Ihre Emails, bevor Sie irgendetwas anderes tun, was wichtig ist?	<input type="radio"/>				
h. Werden Sie defensiv oder geheimnisvoll, wenn Sie jemand fragt, was Sie online machen?	<input type="radio"/>				
i. Verdrängen Sie störende Gedanken über Ihr Leben mit beruhigenden Gedanken aus dem Internet?	<input type="radio"/>				
j. Ertappen Sie sich beim Planen, wann Sie wieder online gehen können?	<input type="radio"/>				
k. Denken Sie, dass das Leben ohne Internet langweilig, leer und freudlos ist?	<input type="radio"/>				
l. Fahren Sie Leute an, schreien Sie oder sind ärgerlich, wenn jemand Sie stört, während Sie online sind?	<input type="radio"/>				
m. Verzögern Sie das Schlafengehen wegen spätem Internetsurfen?	<input type="radio"/>				
n. Fantasieren Sie, während Sie offline sind darüber, online zu sein?	<input type="radio"/>				
o. Sagen Sie „nur noch ein paar Minuten“, wenn Sie online sind?	<input type="radio"/>				
p. Versuchen Sie, das Ausmaß der Internetnutzung einzuschränken?	<input type="radio"/>				
q. Versuchen Sie zu verbergen, wie lange Sie online waren?	<input type="radio"/>				
r. Entscheiden Sie sich, online zu bleiben, statt mit anderen auszugehen?	<input type="radio"/>				
s. Fühlen Sie sich deprimiert, traurig oder nervös, wenn Sie offline sind, und geht dies alles weg, wenn Sie wieder online sind?	<input type="radio"/>				

Nun geht es um Ihre Sichtweise in punkto Suchtmittel und Studierende.

95. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Alkoholkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.

- Ein Hauptproblem
 Ein Problem
 Ein geringes Problem
 Kein Problem

96. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Nikotinkonsum ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.

- Ein Hauptproblem
 Ein Problem
 Ein geringes Problem
 Kein Problem

97. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern der Konsum illegaler Drogen ein Problem für Studierende Ihrer Universität/ Fachhochschule ist.

- Ein Hauptproblem
 Ein Problem
 Ein geringes Problem
 Kein Problem

98. Haben Sie Interesse an folgenden Gruppen- bzw. Kursangeboten?

	Ja	Nein
a. Tanz, Fitness, Aerobic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mannschaftssportarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Schwimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Kampfsport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Selbstverteidigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Wirbelsäulengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Entspannungstraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Stressbewältigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Gesunde Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Vorträge zum Thema Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Raucherentwöhnungskurse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Selbstsicherheitstraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. „Ohne Süchte leben“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Kreatives Malen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Kreatives Schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Wie hoch ist Ihr Interesse an einer persönlichen Beratung durch Fachleute in den folgenden Bereichen?

	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig	sehr niedrig
a. Beziehung, Partnerschaft	<input type="radio"/>				
b. Sexualität	<input type="radio"/>				
c. Sexuelle Erkrankungen	<input type="radio"/>				
d. Verhütung	<input type="radio"/>				
e. Stressbewältigung	<input type="radio"/>				
f. Lebensführung (z.B. Finanzierung)	<input type="radio"/>				
g. Schwangerschaft/ Kindererziehung	<input type="radio"/>				
h. Studienaufbau, -verlauf	<input type="radio"/>				
i. Ernährung	<input type="radio"/>				
j. Lebenskrise, Belastungssituation	<input type="radio"/>				
k. Psychische Probleme (Ängste, Depressionen usw.)	<input type="radio"/>				
l. Suchtmittel, Drogen, Alkohol	<input type="radio"/>				
m. Probleme mit Suchtmitteln	<input type="radio"/>				
n. Probleme mit dem Essverhalten	<input type="radio"/>				
o. Probleme mit suchtnahen Verhaltensweisen (Spielen, Arbeiten etc.)	<input type="radio"/>				

100. Nehmen Sie zur Zeit Beratung durch Fachleute in Anspruch?

Ja Nein

101. Haben Sie schon einmal eine Beratung in Anspruch genommen?

Ja Nein

102. Wenn Sie ein Problem hätten, würden Sie eine Beratungsstelle aufsuchen?

Ja Nein weiß nicht

103. Falls Sie in Frage 102 „Nein“ oder „Weiß nicht“ geantwortet haben, was würde Ihnen den Besuch einer Beratungsstelle erschweren? (Mehrere Antworten möglich)

a. Ich kenne keine Beratungsstelle.

b. Es wäre mir unangenehm, mich Fremden anzuvertrauen.

c. Ich hätte kein Zutrauen in Beratungsstellen.

d. Ich hätte Angst, dass die Daten nicht vertraulich behandelt werden.

e. Ich hätte Zweifel an der Ausbildung der Berater.

f. Es wäre mir peinlich, als hilfebedürftig zu gelten.

g. Ich wüsste nicht, ob Kosten entstehen.

h. Ich habe schlechte Erfahrungen gemacht.

i. Ich habe keinen Beratungsbedarf

j. Andere Gründe

Zum Schluss bitten wir Sie, noch einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation zu machen.

104. Mit wem wohnen Sie während des Semesters zusammen? (Bitte nur eine Antwort)

Mit dem Partner/ der Partnerin

Mit meinen Kindern

Mit meinen Kindern und dem Partner/ der Partnerin

Mit meinen Eltern

Alleine

Mit noch anderen Personen.

105. Wo wohnen Sie während des Semesters?

Im Studentenwohnheim

In einer Wohngemeinschaft

Bei meinen Eltern

In einer Wohnung

In einem Zimmer

Woanders als in genannten

106. Welchen Abschluss streben Sie an? (Haben Sie bereits einen Abschluss, nennen Sie denjenigen, den Sie als nächsten anstreben.)

Bachelor 01

FH-Diplom 02

Diplom an einer Universität o. Ä. 03

Magister 04

Staatsexamen (außer Lehramt) 05

Staatsexamen für Lehramt 06

Kirchliche Prüfung 07

Promotion 08

Abschluss eines Aufbau-/ Ergänzungs-/ Zusatzstudiums (Master) 09

Andere 10

Keinen Abschluss 11

107. Seit wie vielen Semestern (einschl. Wintersemester 2002/03) sind Sie im derzeitigen Studiengang eingeschrieben? (Semesterzahl entsprechend Frage 107 plus ggf. frühere Semester in anderem Studiengang, Urlaubssemester u.a.)

Seit ___ Semestern.

108. Wie viele Semester sind Sie bisher insgesamt an Hochschulen eingeschrieben?

Seit ___ Semestern.

109. Haben Sie bereits ein Hochschulstudium erfolgreich abgeschlossen?
 ja
 nein
Wenn ja:
 Welche Abschlussprüfung haben Sie bestanden? (Bitte zutreffende Nummer aus Frage 106 eintragen) ____

110. Haben Sie seit Ihrer Erstimmatrikulation das Studienfach oder den angestrebten Abschluss gewechselt?
 nein
 ja, das Fach und den Abschluss
 ja, nur das Fach
 ja, nur den Abschluss

111. Haben Sie während Ihrer Studienzzeit innerhalb Deutschlands die Hochschule gewechselt?
 ja
 nein

112. Haben Sie Ihr Studium zwischen- durch unterbrochen?
 ja
 nein
Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie Ihr Studium unterbrochen (Mehrfachnennung möglich)?
 a. Wehr- oder Zivildienst
 b. Schwangerschaft/Kindererziehung
 c. andere familiäre Gründe
 d. Probleme mit der körperlichen Gesundheit
 e. Probleme mit der psychischen Gesundheit
 f. finanzielle Probleme
 g. Zweifel am Sinn des Studiums
 h. um andere Erfahrungen zu sammeln
 i. sonstige Gründe

113. Wann werden Sie Ihren Abschluss voraussichtlich erreichen?
 Ich bin im Abschlusssemester
 Im nächsten Semester
 Im übernächsten Semester
 In drei Semestern
 In vier Semestern
 In mehr als vier Semestern

114. Wie ist Ihre finanzielle Situation? (Mehrere Antworten möglich)
 Ich erhalte BAföG.
 Ich gehe nebenbei arbeiten.
 Ich habe ein Stipendium.
 Meine Eltern unterstützen mich.
 Mein Partner/ meine Partnerin unterstützt mich.
 Ich finanziere mich auf andere Weise als oben genannt.

115. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit ein?
 ausgezeichnet
 gut
 mittelmäßig
 schlecht
 miserabel

116. Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit ein?
 ausgezeichnet
 gut
 mittelmäßig
 schlecht
 miserabel

117. Womit beschäftigen Sie sich wie oft in Ihrer Freizeit?

	täglich	2-3x pro Woche	1x pro Woche	2-3x pro Monat	1x pro Monat	alle 2-6 Monate	weniger	gar nicht
a. lesen	<input type="radio"/>							
b. Musik hören	<input type="radio"/>							
c. aktiv Musik in einem Chor machen	<input type="radio"/>							
d. aktiv Musik in einer Band machen	<input type="radio"/>							
e. aktiv Musik alleine machen	<input type="radio"/>							
f. Musik auflegen (dj-ing)	<input type="radio"/>							
g. Sport treiben	<input type="radio"/>							
h. fernsehen	<input type="radio"/>							
i. Computer (außer Arbeit mit dem PC)	<input type="radio"/>							
j. Internet	<input type="radio"/>							
k. Kino	<input type="radio"/>							
l. Theater/ Oper besuchen	<input type="radio"/>							
m. Selbst Theater spielen/ schauspielern	<input type="radio"/>							
n. kreatives Hobby (töpfern, Seidenmalerei u. Ä.)	<input type="radio"/>							
o. Besuch von Kneipe/ Bistro/ Café	<input type="radio"/>							
p. Besuch von Diskothek/ Club	<input type="radio"/>							
q. Besuch von Partys (Rave, Techno usw.)	<input type="radio"/>							
r. Besuch von Privatpartys	<input type="radio"/>							
s. shoppen/ bummeln	<input type="radio"/>							
t. mit Freunden treffen	<input type="radio"/>							
u. Museum/ Ausstellungen besuchen	<input type="radio"/>							
v. „abhängen“	<input type="radio"/>							
w. Politische Arbeit machen (ASTA, Parteipolitik)	<input type="radio"/>							
x. anderes Hobby	<input type="radio"/>							

😊 **Wir möchten Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit danken!!!** 😊

Bitte denken Sie daran, auf der ersten Seite Ihren Code für ein Nachfolgeinterview einzutragen. Wir freuen uns, wenn Sie sich die Ergebnisse der Studie auf www.addiction.de anschauen. Viel Erfolg in Ihrem weiteren Studium!

Variablenname	Variablenlabel	Wertelabels
email	E-Mailadresse/ Telefonnummer	99= Missing Data (MD)
code1	Code KFH	
code2	Selbstgeschriebener Code	99= MD
geschlec	1. Geschlecht	1= weiblich 2= männlich 99= MD
alter	2. Alter	in Zahlen eingeben 99= MD
semester	3. Aktuelles Fachsemester	in Zahlen eingeben 99= MD
fach	4. Hauptstudienfach	1=Ingenieurwissenschaften 2=Sprach- und Kulturwissenschaften 3=Mathe, Naturwissenschaften 4=Medizin 5=Jura, Wirtschaftswissenschaften 6=Sozialwissenschaften, Psychologie, Pädagogik 99= MD
uniwelch	4a. An welcher Hochschule?	1= Universität 2= FH 99= MD
uniwo	4a. Wo ist die Hochschule?	99= MD
reliwelc	5. Mit welcher Religion aufgewachsen?	1=Römisch-Katholisch 2=Protestantisch, Alkohol erlaubt 3=Protestantisch, Alkohol nicht erlaubt 4=Muslimisch 5=Keine 6=Andere Religion 99= MD
reliwich	6. Wie wichtig ist Religion?	1=sehr wichtig 2=mäßig wichtig 3=weniger wichtig 4=nicht wichtig 99= MD
verbindu	7. Mitglied in Verbindung?	1=ja 2=nein, nicht mehr 3=nein, noch nie 99= MD
plz	Die ersten beiden Postleitzahlen der Uni	33=Paderborn 50=Köln 52=Aachen 99= MD
getränk4	8. 4 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal 3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD
getränk5	8. 5 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal 3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD

mehral5	8. mehr als 5 Getränke	0=gar nicht 1=einmal 2=zweimal 3=3-5 Mal 4=6-9 Mal 5=10 Mal oder mehr 99= MD
artbier	9. Bier	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artwein	9. Wein	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artcock	9. Cocktails	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artschna	9. Schnaps-Mixgetränk	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artbimix	9. Bier-Mixgetränk	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artsekt	9. Sekt	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
artschn	9. Schnaps	0=nicht zutreffend 1=angekreuzt 2=nicht angekreuzt 99= MD
alkmenge	10. Wie viele Getränke das letzte Mal?	0=nicht zutreffend 4=4 Getränke 5=5 Getränke 6=6 Getränke 7=7 Getränke 8=8 Getränke 9=9 Getränke 10=10-14 Getränke 15=15 oder mehr Getränke 99= MD

Liebe Interviewerinnen und Interviewer!

Der vorliegende Interviewleitfaden besteht aus vier Bereichen. Bereich I, II und IV fragen Sie den Probanden per Interview ab, Bereich III (bestehend aus 4 Fragebögen für alle und noch mal 3 Extra-Fragebögen für Raucher) soll der Proband selbst ausfüllen :

Bereich I	(Biografie/ Soziodemografie)	Interviewen!
Bereich II	(Studienverhalten)	Interviewen!
Bereich III	(Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum)	Fragebögen mit Dreieck vorlegen und ausfüllen lassen
Bereich IV	(Komorbidität)	Interviewen!



Instruktion: Der Einstieg in das Interview kann die folgenden Punkte beinhalten.

- Gegenseitige Vorstellung, Interviewer und Proband.
- Gesprächseinstieg über Räumlichkeit (bekannt? woher?)
- Verweisen Sie zum Einstieg auf den Fragebogen (z. B. welche Erinnerung hat der Proband daran?) und darauf, dass auf Informationen aus dem Fragebogen im Interview zurückgegriffen wird (notfalls nur mit Vornamen unterschreiben).
- Erklären Sie, dass der Proband nach Durchführung des Interviews 30 Euro erhält und dies quittieren muss (notfalls nur mit Vornamen unterschreiben).

Instruktion: Geben Sie folgende Erklärungen zum Ablauf des Interviews

a) Klärung des weiteren Ablaufs:

- Hinweis auf ungefähren **zeitlichen Rahmen** des Interviews und auf **Pausen** (Toilette, Trinken, frische Luft etc.)
- Hinweis auf **Einverständniserklärung** des Probanden auf Datenverarbeitung (siehe letzte Seite)

b) Interviewregeln:

- Durch Fragebogen sind schon ein paar grobe Informationen bekannt, das Gespräch dient dazu, **Genauerer** zu erfahren
- Was der Proband hier erzählt, erfährt niemand anders, da wir der **Schweigepflicht** unterliegen.
- Es geht um die **persönliche Meinung** und Sicht bestimmter Dinge im Leben des Probanden. Antworten werden nicht bewertet. Wichtig ist aber, dass die Wahrheit gesagt wird.
- Wenn eine Frage nicht beantwortet werden kann, weil Proband die Antwort nicht weiß oder sagen will, kann er das selbstverständlich sagen:
- Wenn er eine Frage nicht versteht, dann wird sie erklärt.
- Das Gespräch wird sich abwechseln zwischen Fragen, über die gesprochen werden soll und Fragen, die auf Fragebögen angekreuzt werden sollen.
- Zum Schluss der Einleitung: „Haben Sie noch Fragen?“

c) Ende des Gesprächs

- Für Offenheit und Mithilfe bedanken
- Einholen der Unterschriften: **Datenverarbeitungserklärung** und **Quittung**
- Das Beratungsstellenblatt aushändigen (am besten mit Worten der Art „Hier ist noch ein nützliches Adressenverzeichnis für dich oder einen Freund, falls mal Probleme auftauchen“)

Das Studenteninterview

Code:

Interviewer: _____

I. Biografie/ Soziodemografie

1. Alter: _____ Jahre	Instruktion: Bitte eintragen.	
2. Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.	
3. Familienstand: _____	Instruktion: Bitte eintragen.	
4. Falls Pb. verheiratet/ feste Partnerschaft: Welche Tätigkeit übt der Partner aus? _____		
Instruktion: Bitte eintragen.		
5. Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen.		
5a. Falls ja: Wie viele? _____ Wie alt? _____ Jahre.		
5b. Falls Ja: Wie hoch schätzen Sie den zeitlichen Aufwand für die Kinderbetreuung in der für Sie „typischen“ Semesterwoche? Betreuungsaufwand in Stunden pro Woche: _____ Stunden		
6. Ihre Staatsangehörigkeit? _____		
Instruktion: Bitte eintragen.		
7. Wie viele Geschwister haben Sie? _____ Instruktion: Bitte ganze Zahlen eintragen (z.B. 0,1,...)		
7a. Das wievielte Kind sind Sie zu Hause? _____ Instruktion: Bitte Zahlen eintragen (z.B. 1., 2., 3,...)		
8. Haben Ihre Eltern einen gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, dauerhaft getrennt oder geschieden <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Eltern/-teil verstorben)		
Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
9. In welchem Beruf arbeitet Ihr Vater? <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> weiß nicht		
Instruktion: Falls ein Elternteil nicht mehr erwerbstätig ist, gehen Sie bitte von dem früher ausgeübten Beruf aus, bei Berufswechsel vom überwiegend ausgeübten Beruf.		
1. <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Beruf	2. <input type="checkbox"/> Bergleute, Mineralgewinner	
3. <input type="checkbox"/> Herstellerberuf	4. <input type="checkbox"/> Metallberuf (Industrie und Handwerk)	
5. <input type="checkbox"/> Textilberuf	6. <input type="checkbox"/> Ernährungsberuf	
7. <input type="checkbox"/> Bauberuf (Hochbau, Tiefbau etc.)	8. <input type="checkbox"/> Technischer Beruf	
9. <input type="checkbox"/> Handels- und Verkehrsberuf	10. <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsberuf	
11. <input type="checkbox"/> Gesundheitsberuf/ Sozialberuf	12. <input type="checkbox"/> Lehrberuf etc.	
13. <input type="checkbox"/> Sonst. Dienstleistungsberuf	14. <input type="checkbox"/> Sonstiger Beruf:	
10. In welchem Beruf arbeitet Ihre Mutter? (s.o.) <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> weiß nicht		
15. <input type="checkbox"/> landwirtschaftlicher Beruf	16. <input type="checkbox"/> Bergleute, Mineralgewinner	
17. <input type="checkbox"/> Herstellerberuf	18. <input type="checkbox"/> Metallberuf (Industrie und Handwerk)	
19. <input type="checkbox"/> Textilberuf	20. <input type="checkbox"/> Ernährungsberuf	
21. <input type="checkbox"/> Bauberuf (Hochbau, Tiefbau etc.)	22. <input type="checkbox"/> Technischer Beruf	
23. <input type="checkbox"/> Handels- und Verkehrsberuf	24. <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsberuf	
25. <input type="checkbox"/> Gesundheitsberuf/ Sozialberuf	26. <input type="checkbox"/> Lehrberuf etc.	
27. <input type="checkbox"/> Sonst. Dienstleistungsberuf	28. <input type="checkbox"/> Sonstiger Beruf:	
11. Welchen Schulabschluss hat Ihr Vater? Instruktion: Bitte höchsten erreichten Abschluss eintragen.		
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht

12. Welchen Schulabschluss hat Ihre Mutter?		
Instruktion: Bitte höchsten erreichten Abschluss eintragen.		
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
13. Schätzen Sie bitte, über welches ungefähre monatliche Nettoeinkommen Ihre Eltern insgesamt verfügen.		
Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> bis 1000 €	<input type="checkbox"/> über 1000-1500 €	<input type="checkbox"/> über 1500-2000 €
<input type="checkbox"/> über 2000-2500 €	<input type="checkbox"/> über 2500-3000 €	<input type="checkbox"/> über 3000-3500 €
<input type="checkbox"/> über 3500-4000 €	<input type="checkbox"/> über 4000 €	<input type="checkbox"/> kann ich nicht schätzen
14. Schätzen Sie bitte, über welches ungefähre monatliche Nettoeinkommen Sie selbst insgesamt verfügen.		
Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> bis 1000 €	<input type="checkbox"/> über 1000-1500 €	<input type="checkbox"/> über 1500-2000 €
<input type="checkbox"/> über 2000-2500 €	<input type="checkbox"/> über 2500-3000 €	<input type="checkbox"/> über 3000-3500 €
<input type="checkbox"/> über 3500-4000 €	<input type="checkbox"/> über 4000 €	<input type="checkbox"/> kann ich nicht schätzen

II. Studierverhalten

Instruktion: Zur besseren Übersichtlichkeit sollten Sie den Probanden mit in die Unterlagen einsehen lassen.

15. Ihr Studienfach? _____	Instruktion: Bitte eintragen.
16. Wie schätzen Sie die Situation allgemein in Ihrem Studienfach auf einer Skala von 1-5 ein, wobei 1 „sehr gut“ und 5 „sehr schlecht“ bedeutet?	
Instruktion: Bitte ganze Zahl ankreuzen, nicht z.B. 2-3 akzeptieren, sondern nur <i>eine</i> Zahl nennen lassen.	
a. Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	1 – 2 – 3 – 4 – 5
b. Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen (z.B. Labor, Bibliothek, Computer, Zeichnen)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
c. Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
d. Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	1 – 2 – 3 – 4 – 5
e. Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	1 – 2 – 3 – 4 – 5
f. Praxisbezug der Veranstaltung	1 – 2 – 3 – 4 – 5
g. Strukturiertheit (Aufbau) des Studiengangs	1 – 2 – 3 – 4 – 5
h. Kommunikation unter den Studierenden	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Wie schätzen Sie die Situation persönlich in Ihrem Studienfach auf einer Skala von 1-5 ein, wobei 1 „sehr gut“ und 5 „sehr schlecht“ bedeutet?	
Instruktion: Bitte ganze Zahl ankreuzen, nicht z.B. 2-3 akzeptieren, sondern nur <i>eine</i> Zahl nennen lassen.	
a. Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	1 – 2 – 3 – 4 – 5
b. Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen (z.B. Labor, Bibliothek, Computer, Zeichnen)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
c. Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
d. Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	1 – 2 – 3 – 4 – 5
e. Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	1 – 2 – 3 – 4 – 5
f. Praxisbezug der Veranstaltung	1 – 2 – 3 – 4 – 5
g. Strukturiertheit (Aufbau) des Studiengangs	1 – 2 – 3 – 4 – 5
h. Kommunikation unter den Studierenden	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Wie oft haben sie in den letzten beiden Semestern (SS2002 und WS 2002/03) mit Ihren Lehrkräften außerhalb der eigentlichen Lehrveranstaltung gesprochen?	
Instruktion: Bitte tragen Sie die Anzahl ein, ggf. eine 0.	
a. Über fachliche Fragen des Studiums	_____ Mal
b. Über meinen Studienplan/ Prüfungen	_____ Mal
c. Über persönliche Fragen	_____ Mal

19. Wie viel Zeit haben Sie während der letzten für Sie „typischen“ Semesterwoche für folgende Aktivitäten aufgewendet?		
Instruktion: Angaben bitte in Stunden pro 5-Tage-Woche . Bitte auf volle Stunden runden!		
a. Lehrveranstaltungen (Vorlesungen, Seminare, Praktika u.a., Lehrveranstaltungen der Hochschule)	_____ Stunden	
b. Sonstiger studienbezogener Aufwand (Vor- und Nachbereitung, Fachlektüre, Studien-/ Haus-/ Abschlussarbeiten, Bücher ausleihen, Sprechstunde usw.)	_____ Stunden	
c. Erwerbstätigkeit gegen Bezahlung	_____ Stunden	
20. Wie viel Zeit haben Sie in der letzten für Sie „typischen“ Semesterwoche für folgende Freizeitaktivitäten aufgewandt?		
Instruktion: Angaben bitte in Stunden pro 5-Tage-Woche . Bitte auf volle Stunden runden!		
a. persönlich lernen, weiterbilden (ohne direkten Bezug zum Studium)	_____ Stunden	
b. gesellschaftliches/ politisches Engagement (Initiative, Verein, Verband, Kirche, Uni usw.)	_____ Stunden	
c. „social life“ (Kneipe, Freunde/ Clique treffen, Disko)	_____ Stunden	
d. Kino/ Theater/ Konzerte/ kulturelle Veranstaltungen	_____ Stunden	
e. Musik o. Filme machen, Theater spielen, anderes	_____ Stunden	
f. Sport treiben	_____ Stunden	
g. sich mit dem Computer beschäftigen (mehr zum Vergnügen)	_____ Stunden	
21. Haben Sie schon mal daran gedacht, Ihr derzeitiges Studium abzubrechen?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.	
22. Wie viele Lehrveranstaltungen „schwänzen“ Sie i.d.R. in der Woche?		
_____ Lehrveranstaltungen	Instruktion: Bitte tragen Sie die Anzahl ein, ggf. eine 0.	
23. Wenn ja, was hat das für Gründe?		
Instruktion: Bitte max. 3 Antworten ankreuzen.		
<input type="checkbox"/> muss arbeiten	<input type="checkbox"/> keine Lust	<input type="checkbox"/> komme nicht aus dem Bett
<input type="checkbox"/> familiäre Verpflichtungen	<input type="checkbox"/> Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/> zu viel gefeiert/ getrunken
<input type="checkbox"/> Besuch lohnt sich nicht	<input type="checkbox"/> langweilig/ uninteressant	<input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich: _____
24. Sind Sie mit Ihrem bisherigen Studienverlauf zufrieden?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Instruktion: Bitte Zutreffendes ankreuzen.	
25. Was fehlt Ihnen im Studium zu Ihrem persönlichen Wohl?		

III. Selbstwirksamkeitserwartung/ Substanzkonsum

Instruktion:

Bitte geben Sie **allen** Probanden folgende 4 Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen: Brief AEQ-G, BDA, FEG und SKID-II.

Bitte geben Sie den **Rauchern** folgende 3 Fragebögen zum selbstständigen Ausfüllen: SER-G, DBR-G und FÄR.

IV. Komorbidität

Instruktion:

Bitte interviewen Sie **alle** Probanden nach dem Interviewleitfaden Mini DIPS.

Code: 

Alcohol Expectancy (Brief AEQ-G)

Auf den nächsten Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol. Jede dieser Aussagen kann mit JA oder NEIN beantwortet werden. Wir möchten Sie bitten, diese Aussagen sorgfältig zu lesen und dann zu entscheiden, ob Sie - in Übereinstimmung mit Ihren derzeitigen persönlichen Meinungen, Einstellungen und Überzeugungen - zustimmen oder nicht. Es geht uns darum, zu erfahren, was Sie persönlich denken!

1. Wenn ich etwas getrunken habe, fällt es mir leichter, mich zu öffnen und meine Gefühle auszudrücken.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wenn Frauen etwas getrunken haben, sind sie in sexueller Hinsicht entspannter.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Nach ein paar Gläsern fällt mir eine Unterhaltung mit einer Person des anderen Geschlechts wesentlich leichter.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Es fällt mir leichter, neue Leute kennen zu lernen, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich mich auf Partys besser vergnügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Alkohol verringert Muskelspannungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Nach ein paar Gläsern bin ich gewöhnlich in besserer Stimmung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Manchmal erlaubt Alkohol einem, seine Sorgen zu vergessen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Wenn ich etwas getrunken habe, kann ich besser einschlafen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Nach ein paar Gläsern nimmt meine körperliche Erregung zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Alkohol kann ein Betäubungsmittel sein und Schmerzen lindern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Alkohol macht es leichter, Wut, Ärger und Zorn zu vergessen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Ich gehe eher aus mir heraus, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Alkohol macht mich gesprächiger.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Man ist unbefangener, wenn man etwas getrunken hat.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Nach ein oder zwei Gläsern sind kleine Wehwehchen erträglicher.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Ich bin nicht mehr so schüchtern, wenn ich etwas getrunken habe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Ein oder zwei Gläser können mich bremsen, so dass ich mich nicht mehr so in Eile oder unter Zeitdruck fühle.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Irgendwie ist alles lustiger, wenn ich etwas getrunken habe - auf jeden Fall lache ich mehr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Code: 

Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)

Lesen Sie bitte die folgenden 23 Aussagen. Entscheiden Sie bei jeder Feststellung, ob sie für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie ein Kreuz in der rechten Spalte entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung. Die Feststellungen sollen sich auf Ihren Zustand der letzten Zeit beziehen. Füllen Sie bitte den Bogen sorgfältig und selbständig aus. Lassen Sie keinen Satz aus.

1	2	3	4	5
trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	teils/ teils	trifft zu	trifft sehr zu

1. Ich habe die Anweisung verstanden und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. In letzter Zeit ist es zum-die-Wände-hochgehen, wenn mir der Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen ausgehen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. In letzter Zeit würde ich gerne alles vergessen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. In letzter Zeit macht mir meine Partnerin/ mein Partner bzw. eine mir nahestehende Person häufig Vorwürfe.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. In letzter Zeit fühle ich mich oft sehr allein.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. In letzter Zeit komme ich mir manchmal selbst fremd vor.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. In letzter Zeit denke ich, dass es schön wäre, einmal ganz mit dem Alkohol und/oder Medikamenten und/oder Drogen aufzuhören.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. In letzter Zeit empfinde ich meine innere Leere oft als qualend.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. In letzter Zeit plagen mich oft Schuldgefühle.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. In letzter Zeit geht es mit mir bergab.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Ich muss mich zeitweise berauschen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. In letzter Zeit versuchen Leute zu oft, mir zu sagen, was ich tun soll.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. In letzter Zeit denke ich mehr an vergangene Tage als an die Dinge, die ich in der Zukunft tun könnte.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. In letzter Zeit bin ich launisch (z.B. schwermütig).	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Ich brauche es, von Zeit zu Zeit „zu“ zu sein.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Ich weiß gut, was Entzugssymptome sind und habe mich mehrfach krank gefühlt, wenn ich keinen Alkohol/ Medikamente/ Drogen hatte.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. In letzter Zeit habe ich mehrfach versucht, mit dem Alkohol und/oder den Medikamenten und/oder den Drogen aufzuhören.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. In letzter Zeit muss ich am Morgen nach dem Aufwachen gerade wieder an Alkohol und/oder Medikamente und/oder Drogen denken.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. In letzter Zeit ist in kritischen Momenten der Alkohol und/oder die Medikamente und/oder die Drogen für mich der letzte Rettungsring.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
21. In letzter Zeit zittere ich am Morgen, wenn ich erwache.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
22. In letzter Zeit fühle ich mich häufig angespannt und müde.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
23. In letzter Zeit bin ich wegen des Trinkens bzw. wegen der Tabletten bzw. Drogen schon in berufliche Schwierigkeiten geraten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Code: □□□□□□□□□□



Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)

1. ERNÄHRUNG

1. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die hier angekreuzten Nahrungsmittel essen:

	täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1. Brot/ Brötchen: Weizen, Weizenmisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brot/ Brötchen: Roggen, Vollkorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cornflakes, Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kuchen, Plätzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diät-/ Halbfettmargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Marmelade, Honig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diätwurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Milch/ -produkte mit reduziertem Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Milch/ -produkte mit normaler Fettstufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Käse mit weniger als 45% Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vollfettkäse (über 45% Fettgehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Schokolade, Pralinen, Bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nüsse, Salzgebäck, Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Gemüse (frisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gemüse (Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Rind-/ Kalbfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Schweinefleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fast Food (Pommes frites, Hamburger etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Fertiggerichte (Instant-, Tiefkühl-, Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie häufig trinken Sie folgende (alkoholfreien) Getränke?

	mehrmals pro Tag	einmal pro Tag	seltener	nie
1. Kaffee (koffeinhaltig)/ Schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fruchtsäfte, Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kräuter-/ Früchtetee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kalorienarme Getränke (Light-Produkte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie häufig nehmen Sie folgende Mahlzeiten zu sich?

	täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1. Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte füllen Sie die Fragen 9-13 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich der Ernährung haben.

9. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... weniger essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... regelmäßiger essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... weniger zwischendurch essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... mir mehr Zeit für meine Mahlzeiten nehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
5. ... gesünder essen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
6. ... abnehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

10. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | |
|---|---|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> 5. Psychologische Beratung |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> 6. Freunde, Verwandte |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> 8. Sonstige(s) |

11. Bitte geben Sie nun an, was die gewünschten Veränderungen erschweren oder verhindern könnte.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Bei Ihnen selbst: | In Ihrer Umwelt: |
| 1. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 7. Partner/ Partnerin |
| 2. Gewohnheiten | <input type="checkbox"/> 8. Familie, Kinder |
| 3. Mangelnder Wille | <input type="checkbox"/> 9. Freunde, Bekannte |
| 4. Zeitmangel, Stress | <input type="checkbox"/> 10. Beruf |
| 5. Zu großes „Opfer“ | <input type="checkbox"/> 11. Finanzielle Situation |
| 6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens | <input type="checkbox"/> 12. Fehlendes Angebot |

12. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

Überhaupt nicht schwierig sehr schwierig
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

13. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

Überhaupt nicht erreichbar sehr erreichbar
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. BEWEGUNG

14. Wie viel Bewegung haben Sie an einem gewöhnlichen Wochentag?

sehr wenig sehr viel
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

21. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote
(z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen,
Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

22. Bitte geben Sie nun an, was es erschweren oder verhindern könnte, die gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

In Ihrer Umwelt:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. Fehlendes Angebot | <input type="checkbox"/> |

23. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig sehr schwierig
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

24. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar sehr erreichbar
 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. MEDIKAMENTE

25. Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie ein?

	täglich	mehrmals pro Woche	seltener	nie
1. schmerzstillende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. anregende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. beruhigende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schlaftabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstige Medikamente (außer Anti-Baby-Pille), und zwar folgende: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.

Ich nehme Medikamente, wenn ich...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... mich einsam fühle.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... mich über etwas ärgere.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... niedergeschlagen/ deprimiert bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... unzufrieden bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
5. ... mich krank fühle.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
6. ... nervös bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
7. ... im Stress bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
8. ... Schmerzen habe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

9. ... mich unwohl fühle.	1	-	2	-	3	-	4	-	5
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

27. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Medikamenteneinnahme?

äußerst unzufrieden
-3 -2 -1 0 1 2 3
äußerst zufrieden

28. Wie wirkt sich die Medikamenteneinnahme auf Ihre Gesundheit aus?

äußerst negativ
-3 -2 -1 0 1 2 3
äußerst positiv

Bitte füllen Sie die Fragen 29-33 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich Medikamente haben.

29. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... keine Medikamente einnehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... weniger Medikamente einnehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... Medikamente nur noch im Bedarfsfall einnehmen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... Medikamente durch andere Mittel/ Maßnahmen (z.B. Entspannung, Autogenes Training) ersetzen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

30. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

31. Bitte geben Sie nun an, was die gewünschten Veränderungen erschweren oder verhindern könnte.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

In Ihrer Umwelt:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. Fehlendes Angebot (Gruppen o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

32. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr schwierig

33. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr erreichbar

4. SCHLAF

34. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? ___ Stunden

35. Gehen Sie abends zu regelmäßigen Zeiten schlafen? nie
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr häufig

36. Haben Sie Schwierigkeiten, einzuschlafen? 1 - 2 - 3 - 4 - 5

37. Wachen Sie nach dem Einschlafen nachts wieder auf? 1 - 2 - 3 - 4 - 5

38. Woran liegt es, wenn Sie nachts wieder wach werden?

- | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|
| 1. Harnrang | <input type="checkbox"/> 5. Stress | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervosität | <input type="checkbox"/> 6. Geräusche | <input type="checkbox"/> |
| 3. Probleme | <input type="checkbox"/> 7. Störung durch andere | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 8. weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> |

39. Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Schlaf zu finden, wenn Sie wach geworden sind?

nie 2 3 4 5 sehr häufig

40. Wie fühlen Sie sich nach dem Aufstehen?

1. zerschlagen	nie 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr häufig
2. munter	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. dösig	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. tatkräftig	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. müde	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. entspannt	1 - 2 - 3 - 4 - 5

41. Bitten geben Sie im Folgenden an, wann Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf haben.

Mit dem Schlaf habe ich Schwierigkeiten, wenn ich...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... mich einsam fühle.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
2. ... mich über etwas geärgert habe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
3. ... nervös bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
4. ... niedergeschlagen/ deprimiert bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
5. ... unzufrieden bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
6. ... Probleme habe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
7. ... alleine bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
8. ... Schmerzen habe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
9. ... aufgeregt bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
10. ... mich unwohl fühle.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

42. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

äußerst unzufrieden äußerst zufrieden

-3 -2 -1 0 1 2 3

43. Bitte schätzen Sie ein, wie sich Ihr Schlaf auf Ihre Gesundheit auswirkt?

äußerst negativ äußerst positiv

-3 -2 -1 0 1 2 3

44. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Störungen Ihrer Meinung nach durch Schlafschwierigkeiten (mit-) verursacht werden können:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Herz- Kreislauf- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | 6. Magen- Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | 7. Rheumatismus | <input type="checkbox"/> |
| 3. Übergewicht | <input type="checkbox"/> | 8. Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gicht | <input type="checkbox"/> | 9. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | 10. Allergien | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie die Fragen 45-49 nur aus, falls Sie Änderungswünsche im Bereich Schlaf haben.

45. Was möchten Sie verändern?

Ich möchte gerne...	trifft nicht zu	trifft genau zu
1. ... mehr schlafen können.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. ... schneller einschlafen können.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. ... nachts durchschlafen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. ... ruhiger/ entspannter schlafen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. ... mit weniger Schlaf auskommen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3 – 4 – 5

46. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> | 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> | 7. Informationen aus Fernsehen, Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> | 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

47. Bitte geben Sie nun an, was es erschweren oder verhindern könnte, die gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

In Ihrer Umwelt:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12. Fehlendes Angebot (Gruppen o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

48. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

überhaupt nicht schwierig
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr schwierig

49. Glauben Sie, dass die gewünschten Veränderungen für Sie erreichbar sind?

überhaupt nicht erreichbar
1 - 2 - 3 - 4 - 5
sehr erreichbar

5. ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN

Nachfolgend werden einige Lebensbereiche angesprochen, die zu Ihrer Zufriedenheit und Ihrem Wohlbefinden beitragen können.

50. Bitte schätzen Sie zunächst ein, wie zufrieden Sie *im Allgemeinen* mit Ihrem Leben sind.

äußerst unzufrieden
äußerst zufrieden
Im Allgemeinen bin ich mit meinem Leben... -3 -2 -1 0 1 2 3

51. Bitte geben Sie nun an, wie Sie Ihr *augenblickliches Wohlbefinden* einschätzen.

sehr unwohl
sehr wohl
Insgesamt fühle ich mich im Moment... -3 -2 -1 0 1 2 3

52. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit die hier aufgeführten Bereiche zu Ihrer Zufriedenheit und Ihrem Wohlbefinden beitragen.

	gar nicht	sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
1. Arbeit/ Beruf	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
2. Ehe/ Partnerschaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
3. Familie/ Kinder	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
4. Freunde, Bekannte	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
5. Freizeit	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
6. Finanzielle Situation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
7. Wohnsituation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>

53. Bitte kreuzen Sie nun an, inwieweit es in den hier aufgeführten Bereichen bei Ihnen Schwierigkeiten und Probleme gibt.

	gar nicht	sehr	Dieser Bereich trifft für mich nicht zu.
1. Arbeit/ Beruf	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
2. Ehe/ Partnerschaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
3. Familie/ Kinder	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
4. Freunde, Bekannte	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
5. Freizeit	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
6. Finanzielle Situation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>
7. Wohnsituation	1 - 2 - 3 - 4 - 5		<input type="checkbox"/>

54. Wie unzufrieden sind Sie aufgrund dieser Schwierigkeiten/ Probleme?

äußerst unzufrieden
äußerst zufrieden
-3 -2 -1 0 1 2 3

55. Wie wirken sich diese Schwierigkeiten/
Probleme auf Ihre Gesundheit aus?

äußerst negativ						überhaupt nicht negativ
-3	-2	-1	0	1	2	3

56. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Krankheiten bzw. Störungen Ihrer Meinung nach durch Schwierigkeiten und Probleme (mit-) verursacht werden können:

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| 1. Herz- Kreislauf- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> 6. Magen- Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> 7. Rheumatismus | <input type="checkbox"/> |
| 3. Übergewicht | <input type="checkbox"/> 8. Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gicht | <input type="checkbox"/> 9. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> 10. Allergien | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie die Fragen 57-62 nur aus, falls Sie Änderungswünsche in bestimmten Lebensbereichen haben.

57. Bitte kreuzen Sie an, in welchen Lebensbereichen Sie gerne etwas verändern möchten.

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| 1. Arbeit/ Beruf | <input type="checkbox"/> 6. Freizeit | <input type="checkbox"/> |
| 2. Familie/ Kinder | <input type="checkbox"/> 7. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ehe/ Partnerschaft | <input type="checkbox"/> 8. Wohnsituation | <input type="checkbox"/> |
| 4. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> 9. Sonstige Personen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> 10. Sonstige Umstände | <input type="checkbox"/> |

58. Bitte tragen Sie hier ein, was Sie gerne verändern möchten:

59. Bitte kreuzen Sie an, wer / was Ihnen bei den Veränderungen helfen könnte.

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| 1. Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> 5. Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> 6. Freunde, Verwandte | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gruppenangebote
(z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> 7. Informationen aus Fernsehen,
Büchern, Broschüren etc. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich selbst | <input type="checkbox"/> 8. Sonstige(s) | <input type="checkbox"/> |

60. Bitte geben Sie nun an, was es erschweren oder verhindern könnte, die gewünschten Veränderungen zu erreichen.

Bei Ihnen selbst:

1. Gesundheitszustand
2. Gewohnheiten
3. Mangelnder Wille
4. Zeitmangel, Stress
5. Zu großes „Opfer“
6. Beeinträchtigung des Wohlbefindens

In Ihrer Umwelt:

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 7. Partner/ Partnerin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 8. Familie, Kinder | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 9. Freunde, Bekannte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 10. Beruf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 11. Finanzielle Situation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 12. Fehlendes Angebot (Gruppen
o.Ä.) | <input type="checkbox"/> |

61. Was glauben Sie, wie schwierig es für Sie sein wird, die gewünschten Veränderungen durchzuführen?

- | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|----------------|
| überhaupt nicht
schwierig | | | | | sehr schwierig |
| 1 | - | 2 | - | 3 | - |
| | | | | 4 | - |
| | | | | | 5 |

Code: 

Self-Efficacy Rauchen (SER-G)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Situationen, die manche Menschen zum Rauchen verleiten. Schätzen Sie bitte ein, wie groß Ihre Sicherheit ist, in der jeweiligen Situation auf das Rauchen zu verzichten.

Die Antwortmöglichkeiten liegen zwischen

1 = eine sehr geringe (oder keine) Sicherheit und

5 = eine sehr große Sicherheit.

Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen. Bitte kreuzen Sie an.

1. Wenn ich in einem Lokal oder einer Gaststätte Alkohol trinke...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
2. Wenn ich den Wunsch nach einer Zigarette verspüre...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
3. Wenn Dinge nicht so laufen, wie ich möchte, und ich frustriert bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
4. Wenn ich mit meinem Partner oder einem guten Freund zusammen bin und er/sie raucht...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
5. Wenn es Auseinandersetzungen oder Streit in meiner Familie gibt ...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
6. Wenn ich glücklich bin und feiere...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
7. Wenn ich über etwas oder jemanden sehr verärgert bin...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
8. Wenn ich eine gefühlsmäßige Krise durchmachen würde, wie z.B. bei einem Unfall oder einem Todesfall in der Familie...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
9. Wenn ich jemanden sehe, der raucht und Spaß daran hat...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>
10. Wenn ich mich beim Kaffeetrinken entspanne und unterhalte...	<p>...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können,</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>sehr gering gering mittel groß sehr groß</p>

Code:

11. Wenn ich mir klar mache, dass es eine sehr schwierige Aufgabe für mich ist, mit dem Rauchen aufzuhören...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
12. Wenn ich Verlangen nach einer Zigarette habe...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
13. Wenn ich morgens gerade aufstehe...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
14. Wenn ich spüre, dass ich eine Aufmunterung brauche...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
15. Wenn ich anfangs, weniger an meine Gesundheit zu denken und körperlich weniger aktiv bin...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
16. Wenn ich mit Freunden auf einer Feier bin...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
17. Wenn ich morgens aufwache und einen anstrengenden Tag vor mir habe...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
18. Wenn ich ausgesprochen niedergeschlagen bin...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
19. Wenn ich äußerst ängstlich und gestresst bin...	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß
20. Wenn mir bewusst wird, dass ich eine Zeitlang nicht geraucht habe....	...ist meine Sicherheit, auf das Rauchen verzichten zu können, 1 2 3 4 5 sehr gering gering mittel groß sehr groß

Code: 

Decisional Balance Raucher (DBR-G)

Die folgenden Aussagen beinhalten Sichtweisen über das Rauchen. Bitte schätzen Sie ein, wie wichtig jede Aussage **für Ihre Entscheidung, nicht zu rauchen** ist. Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage an, wie wichtig diese für Sie ist. 1 bedeutet: überhaupt nicht wichtig, 5 bedeutet: sehr wichtig. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

Das ist für meine Entscheidung, nicht zu rauchen...				
1	2	3	4	5
überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	teils/ teils	wichtig	sehr wichtig

1. Zigarettenrauchen ist etwas Angenehmes für mich.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Mein Rauchen beeinträchtigt die Gesundheit von anderen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Ich mag das Image von Zigarettenrauchern.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Menschen, die mir nahe stehen, würden darunter leiden, wenn ich durch das Rauchen krank werde.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Weil ich weiterhin rauche, denken einige Menschen, die ich kenne, dass ich nicht genug Charakterstärke habe, damit aufzuhören.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Wenn ich versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, werde ich reizbar und schwer zu ertragen sein.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Zigarettenrauchen ist gefährlich für meine Gesundheit.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Meine Familie und Freunde mögen mich lieber, wenn ich rauche und glücklich bin, als wenn ich versuche aufzuhören und mich elend fühle.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Ich mag mich selbst mehr, wenn ich rauche.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Mein Zigarettenrauch stört andere Menschen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
13. Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren und besser zu arbeiten.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
14. Menschen denken, dass es unvernünftig von mir ist, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
15. Zigarettenrauchen löst Anspannungen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
16. Menschen, die mir nahe sind, missbilligen mein Rauchen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
17. Weiterzurauchen gibt mir das Gefühl, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
18. Es ist dumm von mir, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
19. Wenn ich eine Weile nicht geraucht habe, fühle ich mich durch eine Zigarette großartig.	1 – 2 – 3 – 4 – 5
20. Ich würde mich im Moment tatkräftiger fühlen, wenn ich nicht rauchen würde.	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Code: 

Änderungsbereitschaft bei Rauchern (FÄR)

Es folgen jetzt Aussagen, die sich auf Ihre Einstellungen zum Rauchen beziehen. Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen. 1 bedeutet: stimme überhaupt nicht zu, 5 bedeutet: stimme sehr zu. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

	1	2	3	4	5
	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/ teils	stimme zu	stimme sehr zu
1. Ich glaube, dass ich zuviel rauche.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Ich versuche weniger zu rauchen als früher oder gar nicht mehr zu rauchen.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Ich rauche gern, aber manchmal rauche ich zuviel.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr rauchen sollte.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Über mein Rauchen nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Ich habe erst vor kurzem mein Rauchen eingeschränkt.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Jeder kann darüber reden, dass er wegen des Rauchens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar nicht mehr zu rauchen.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Mein Rauchen ist manchmal ein Problem.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Rauchens nachzudenken.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
11. Ich bin gerade dabei, mein Rauchen einzuschränken oder ganz damit aufzuhören.					1 – 2 – 3 – 4 – 5
12. Weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören ergibt für mich einen Sinn.					1 – 2 – 3 – 4 – 5

Code: SKID-II

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit, also auf Ihre Empfindungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen in Ihrem bisherigen Leben. Bitte versuchen Sie, sich so zu beschreiben, wie Sie im Allgemeinen sind. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten fünf bis zehn Jahre. Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese bitte aus.

	Nein	Ja
1. Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meiden Sie Kontakte mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z.B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z.B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags von anderen Personen abhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie alleine sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gerne Listen und Zeitpläne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit/ mit dem Studium oder so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügen bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuworfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sind Sie oft so sicher, Recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
25. Wenn Sie jemand um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar „ja“, arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu „vergessen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, um es wieder gut zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich und ohne Lebensfreude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Halten Sie sich im Grunde für minderwertig und haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Machen Sie sich selbst oft schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an ihnen auszusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. befürchten Sie fast immer das Schlimmste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Haben Sie oft Schuldgefühle, wenn Sie etwas getan oder unterlassen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Partner sei Ihnen untreu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie es sich wünschen oder daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Haben Sie persönliche Erfahrung mit übernatürlichen Dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Glauben Sie, einen „sechsten Sinn“ zu haben, so dass Sie – im Gegensatz zu anderen – Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Haben sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere. Oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Könnten Sie ohne sexuelle Beziehungen zufrieden sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Stehen Sie gern im Mittelpunkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
67. Flirten sie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Versuchen Sie, durch Ihre äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Würde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Mussten Sie schon mal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinander zu setzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Glauben Sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Sind die Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzung und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Erleben sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Ändern Sie plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und Ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Handeln Sie oft impulsiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Sind Sie launisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Fühlen Sie sich oft innerlich leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden Sie so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Verhaltensweisen, die vor Ihrem 15. Lebensjahr aufgetreten sein könnten.		
Vor Ihrem 15. Lebensjahr...		
	Nein	Ja
103. ...haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. ...haben Sie Schlägereien angefangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. ... haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. ...haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
107. ...haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. ...haben Sie einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. ...haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. ...haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. ...haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. ...sind Sie irgendwo eingebrochen (zum Beispiel Auto, Haus, Wohnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. ...haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. ...haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. ...sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor Ihrem 13. Lebensjahr...		
116. ...sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen, als Sie durften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. ...haben Sie oft die Schule geschwänzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code:

IV. Komorbidität (Mini DIPS)

Instruktion: Lesen Sie dem Probanden folgende Fragen und Einschätzungen vor. Zu jedem Störungsbild geben Sie bitte **Ihre eigene Einschätzung** an, ob gegenwärtig eine Störung vorliegt oder ob dies fraglich ist. Dabei gilt: Wenn Sie der Überzeugung sind, dass eine Störung vorliegt, kreuzen Sie bitte „ja“ an (egal was der Proband sagt). Wenn Sie glauben, der Proband habe die Störung nicht, dann kreuzen Sie bitte „nein“ an (egal was der Proband sagt). Wenn Sie sich nicht sicher sind, dann gilt die Kategorie „fraglich“. Ansonsten machen Sie bitte so viele Notizen/ Kommentare wie möglich, damit wichtige Informationen festgehalten werden.

1. ÜBERBLICK

a. Ich werde Ihnen eine Anzahl von Fragen zu unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens stellen. Zunächst wüsste ich gerne, ob Sie in letzter Zeit Probleme oder Schwierigkeiten hatten? ja nein

b. Falls ja: Worin bestehen oder bestanden die Beschwerden?

Jetzt möchte ich Ihnen weitere Fragen über verschiedene einzelne Bereiche stellen, in denen Menschen Probleme haben können.

2. PROBLEMBEREICH ANGST

Ich werde Ihnen nun einige Beispiele nennen und möchte Sie bitten, jeweils zu entscheiden, ob die folgenden Situationen oder Dinge Ihnen Angst machen oder ob Sie sie möglichst vermeiden:

1. PS: Plötzliche und unerwartete Angst, ohne dass reale Gefahr vorliegt? ja nein
2. AG: Bestimmte Situationen und Orte wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume? ja nein
3. SP: Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche? ja nein
4. SPP: Bestimmte Dinge wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen oder der Anblick von Blut und Verletzungen? ja nein
5. GAS: Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten? ja nein
6. PB: Haben sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder traumatisches Ereignis erlebt, nach dem es Ihnen sehr schlecht ging(wie z.B. Gewalttaten oder Naturkatastrophen)? ja nein

Störungsbereiche, für die Angst oder Vermeidung berichtet werden, bitte einzeln abklären (siehe unten!). Bitte an die jeweiligen Überleitungen denken! Falls alle Bereiche mit nein beantwortet werden, gehen Sie bitte weiter zum Problembereich Zwang auf Seite 28.

1. Paniksyndrom (PS)	
1. In welchen Situationen tritt diese plötzliche unerwartete Angst auf?	
<hr/>	
2. Treten diese Angstanfälle manchmal auch „wie aus heiterem Himmel“ und ohne jeden ersichtlichen Grund auf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Erleben Sie üblicherweise während dieser Angstanfälle...	
a) ... Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) ... Erstickungs- oder Würgegefühl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) ... Herzklopfen, -rasen oder -stolpern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) ... Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) ... Schwitzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) ... Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) ... Übelkeit oder Magen-/Darmbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h) ... Gefühle der Unwirklichkeit oder des Losgelöstseins?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) ... Taubheit oder Kribbeln in Körperteilen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j) ... Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) ... Zittern oder Beben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l) ... Todesangst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
m) ... Angst, verrückt zu werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) ... Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Hatten Sie schon mehrere solcher unerwarteter Angstanfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Haben diese Angstanfälle Sie in Ihrem Verhalten beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Haben Sie sich schon einmal mindestens vier Wochen lang nach einem Anfall Sorgen über weitere Anfälle oder ihre Bedeutung gemacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich	

2. Agoraphobie (AG)	
1. Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Situationen vermeiden oder dass diese Ihnen Angst machen. Welche Situationen sind dies und was befürchten Sie, könnte Ihnen dort schlimmstenfalls passieren?	
<hr/>	
2. Hängt die Angst bzw. Vermeidung damit zusammen, dass Sie sich in diesen Situationen ängstlich oder krank fühlen könnten und es dann besonders schwierig wäre, die Situation zu verlassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Fühlen Sie sich mit einer Begleitperson sicherer? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich	

3. Sozialphobie (SP)

1. Was befürchten Sie, könnte Ihnen schlimmstenfalls in Situationen passieren, in denen Sie mit anderen Menschen zusammentreffen?

2. Tritt Ihre Angst nahezu jedes Mal und sofort in solchen Situationen auf? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

4. Spezifische Phobien (SPP)

1. Sie hatten berichtet, dass Sie bestimmte Dinge fürchten oder vermeiden. Welche Dinge sind dies?

2. Was befürchten Sie, könnte Ihnen im Zusammenhang mit diesen Dingen schlimmstenfalls passieren?

3. Tritt Ihre Angst nahezu jedes Mal und sofort auf, wenn Sie (...) begegnen? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

5. Generalisiertes Angstsyndrom (GAS)

1. Sie hatten von übermäßigen Sorgen berichtet. Worum geht es bei diesen Sorgen?

Falls Sorgen nur in einem Bereich:

2. Sind Sie jemand, der sich oft oder auch über kleine Dinge Sorgen macht? ja nein

3. Litten Sie mindestens sechs Monate die meiste Zeit unter diesen Sorgen? ja nein

Falls ja:

4. Litten Sie während dieser sechs Monate anhaltend unter den folgenden Beschwerden...

a) ...Ruhelosigkeit? ja nein

b) ...leichte Ermüdbarkeit? ja nein

c) ...ständige Anspannung? ja nein

d) ...übermäßige Nervosität? ja nein

e) ...Konzentrationsschwierigkeiten wegen Angst? ja nein

f) ... Reizbarkeit? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

6. Posttraumatische Belastungsreaktion (PB)
 Bitte vorher einschätzen, ob Sie den Grund des Traumas erfragen wollen und können. Wenn Sie lieber nicht so tief dringen möchten, fragen Sie bitte nur nach dem Zeitpunkt und betonen Sie, dass der Proband nichts sagen muss, wenn er nicht möchte.

1. Wann haben Sie das extrem belastende Ereignis erlebt (und wollen Sie mir sagen, worum es sich handelte)?

2. Welche der folgenden Dinge trifft auf Sie zu?

(Wiedererleben)

a) ... wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen ja nein

b) ... wiederkehrende Träume ja nein

c) ... plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiedergekehrt wäre ja nein

d) ... psychische Belastung bei Jahrestagen oder Ereignissen, die das Ereignis symbolisieren bzw. ihm ähnlich sind ja nein

e) ... körperliche Erregung bei Erinnerung an das Ereignis ja nein

(Vermeidung/ verminderte Ansprechbarkeit)

f) ... bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Ereignis verbunden sind ja nein

g) ... bewusstes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Ereignis bewirken ja nein

h) ... Unfähigkeit, Einzelheiten des Ereignisses zu erinnern ja nein

i) ... deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten ja nein

j) ... Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen ja nein

k) ... eingeschränkte Gefühlswelt, z.B. unfähig zu Liebesgefühlen ja nein

l) ... Zukunftspessimismus ja nein

(Anhaltende Übererregung)

m) ... Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten ja nein

n) ... Reizbarkeit ja nein

o) ... Konzentrationsschwierigkeiten ja nein

p) ... übermäßige Wachsamkeit ja nein

q) ... übermäßige Schreckhaftigkeit ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
 Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. PROBLEMBEREICH ZWANG (ZS)

1. Gibt es unangenehme oder unsinnige Gedanken oder Handlungen, die Sie nicht aus Ihrem Kopf verbannen können bzw. die Sie immer wieder ausführen müssen? ja nein

Falls Nein, weiter zum Problembereich affektive Störungen auf der nächsten Seite.

2. Welchen Inhalt und welchen Zweck haben diese Gedanken oder Handlungen?

3. Versuchen Sie, etwas gegen die (Gedanken/ Handlungen) zu unternehmen?

ja nein

Falls Ja, beschreiben:

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

4. PROBLEMBEREICH AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Stimmungsschwankungen oder länger anhaltenden Stimmungen stellen. Gab es schon einmal Zeiten, in denen Sie ...

1. SDS: ... sich mindestens zwei Wochen lang sehr depressiv, traurig und hoffnungslos fühlten oder gar kein Interesse selbst an angenehmen Dingen hatten?

ja nein

2. DSD: ... sich über einen langen Zeitraum (mindestens zwei Jahre) die meiste Zeit niedergeschlagen oder traurig fühlten?

ja nein

3. ME: ... mindestens eine Woche lang sich ganz extrem hochgestimmt oder reizbar fühlten?

ja nein

Falls alle Bereich mit Nein beantwortet werden, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen auf Seite 31.

Falls Nr. 4.1 mit „ja“ beantwortet:

Welche der folgenden Beschwerden traf während der Zeit, in der Sie sich traurig oder interesselos fühlten, auf Sie zu?

4. Hat sich Ihr Gewicht oder Ihr Appetit stark verändert?

ja nein

5. Hat sich Ihr Schlaf geändert?

ja nein

6. Waren Sie unfähig, still zu sitzen oder völlig verlangsamt? (nur SDS)

ja nein

7. Waren Sie ständig müde oder hatten keine Energie?

ja nein

8. Dachten Sie schlecht über sich oder fühlten sich schuldig?

ja nein

9. Hatten Sie Probleme mit Entscheidungen oder der Konzentration?

ja nein

10. Fühlten Sie sich hoffnungslos und sahen alles schwarz? (nur DS)

ja nein

11. Dachten Sie an den Tod oder daran, sich selbst etwas anzutun?

ja nein

Wie lange haben diese Symptome angehalten? Gab es Unterbrechungen?

Falls aus Fragen 4-11 mindestens vier bzw. fünf Symptome zwei Wochen oder länger nahezu jeden Tag vorlagen, zuerst weiter zu „Schwere depressives Syndrom“.

Falls aus Fragen 4-11 mindestens zwei Symptome mindestens zwei Jahre die Mehrzahl aller Tage vorlagen, weiter zu „Dysthymes Syndrom“.

Falls keine der beiden Bedingungen zutrifft, weiter zu ME (Seite 30) bzw. somatoforme Störungen (Seite 31)

1. Schweres Depressives Syndrom (SDS)

Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Belastungen, die Ihr Befinden erklären könnten? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Dysthymes Syndrom (DS)

Wie lange dauerte die längste Zeitspanne, in der Sie sich nicht (depressiv, traurig etc.) fühlten?

Falls länger als zwei Monate, weiter zum Problembereich somatoforme Störungen (Seite 6).

Falls zusätzlich auch positive Antwort auf Frage 4.6:

Kam Ihre milde depressive Phase vor oder nach Ihrer schweren depressiven Phase?
 vor SDS nach SDS

Wie lange Zeit hatten Sie dazwischen keine Symptome? Dauer: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. Manische Episode (ME)

Erlebten Sie während der Zeit, als Sie extrem hochgestimmt oder reizbar waren, Dinge wie ...

1. ... das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein? ja nein
2. ... das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen? ja nein
3. ... das Gefühl, gesprächiger als sonst zu sein? ja nein
4. ... das Gefühl, dass Sie voller neuer Ideen stecken? ja nein
5. ... leichte Ablenkbarkeit? ja nein
6. ... ungewöhnliche Aktivitäten oder Ruhelosigkeit? ja nein
7. ... für Sie unübliche sexuelle Aktivitäten? ja nein

Haben Sie sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

5. PROBLEMBEREICH SOMATOFORME STÖRUNGEN

Haben Sie gegenwärtig körperliche Beschwerden oder Krankheiten? ja nein

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden stellen.

1. HYP: Fürchten Sie öfters, dass Sie eine schwere Krankheit haben? ja nein

2. SOM: Hatten Sie (bereits vor Ihrem 30. Lebensjahr) viele körperliche Probleme? ja nein

3. SCH: Hatten Sie schon einmal mindestens sechs Monate so starke Schmerzen, dass Sie sich fast ständig damit beschäftigten? ja nein

4. KS: Haben Sie jemals so etwas erlebt wie eine Lähmung, Verlust der Stimme oder des Sehens oder Gehbeschwerden? ja nein

Angegebene Störungsbereiche einzeln abklären. Falls Nein bei allen Bereichen, weiter zum Problembereich Essstörungen (Seite 32).

1. Hypochondrie (HYP)

1. Seit wann fürchten bzw. glauben Sie, eine schwere körperliche Krankheit zu haben und um welche Krankheit handelt es sich?

2. Hatten Ärzte Schwierigkeiten, eine körperliche Ursache für Ihre Probleme festzustellen? ja nein

3. Wenn Ärzte Ihnen mitteilen, sie könnten nichts Auffälliges finden, hält dann die Beruhigung nur kurz an? ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

2. Somatisierungssyndrom (SOM)

Hatten Sie so viele Probleme mit den folgenden Beschwerden, dass Sie einen Arzt aufsuchten, Ihren Lebensstil veränderten oder Medikamente einnahmen...

1. ... Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, z.B. in Kopf, Gliedern, Rücken und Gelenken? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

2. ... Magen-/ Darmbeschwerden, z.B. Übelkeit, Durchfall, Erbrechen oder Speisunverträglichkeiten? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

3. ... brennende Empfindungen in Sexualorganen oder sexuelle Probleme (nur für Frauen: sowie Probleme mit Monatsblutungen oder Schwangerschaft)? ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

4. ...neurologische Symptome, z.B. Gedächtnisverlust, Empfindungsverluste, Schluckbeschwerden, Taub- oder Blindheit, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen?

ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

3. Schmerzsyndrom (SCH)

Welcher Art sind Ihre Schmerzen?

Kann nach Meinung eines Facharztes eine organische Ursache Ihre Schmerzen erklären?

ja nein

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

4. Konversionssyndrom (KS)

Welcher Art waren Ihre Beschwerden?

Standen Sie zu Beginn dieser Beschwerden unter Stress oder hatten Sie ein belastendes Erlebnis?

ja nein

Falls Ja, beschreiben: _____

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens:
Liegt Störung gegenwärtig vor? ja nein fraglich

6. Problembereich Essstörungen

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Gewicht stellen.

0.1. Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? _____ m _____ kg

0.2. Wie war Ihr niedrigstes bzw. höchstes Gewicht im Erwachsenenalter?

1. Niedrigstes Gewicht: _____ kg 2. Höchstes Gewicht: _____ kg

1. AN/ BN: Haben Sie große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden bzw. machen Sie sich große Sorgen um Ihre Figur und Ihr Gewicht? ja nein

2. AN: Haben Sie schon einmal viel weniger gewogen, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten oder haben Sie schon einmal stark abgenommen? ja nein

3. BN: Haben Sie schon einmal Heißhungerphasen oder Essanfälle gehabt, d.h. sehr viel in sehr kurzer Zeit gegessen? ja nein

Bei Hinweis auf Essstörung die betreffenden Störungsbilder abklären, sonst weiter zum Psychosen-Screening.

1. Anorexia Nervosa (AN)				
1. Fühlen Sie sich insgesamt oder an Teilen Ihres Körpers zu dick?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Nur für Frauen:				
2. Hat Ihre Regelblutung schon einmal mindestens drei Mal hintereinander ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Falls Nein:				
3. Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor?				
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
			<input type="checkbox"/>	fraglich

2. Bulimia Nervosa				
1. Haben Sie während der Essanfälle das Gefühl, Sie könnten sich nicht mehr kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
2. Haben Sie einmal drei Monate lang mindestens zwei Mal pro Woche Essanfälle gehabt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
3. Haben Sie etwas unternommen, um nicht durch die Essanfälle zuzunehmen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
_____ _____				
Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor?				
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
			<input type="checkbox"/>	fraglich

7. PSYCHOSEN-SCREENING

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht wie z.B.:

- Hören oder Sehen von Dingen oder Stimmen, die andere Menschen nicht bemerkten oder wenn niemand in der Nähe war? ja nein
- Das Gefühl, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging, dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, so dass Sie ständig aufpassen mussten? ja nein
- Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache durcheinander war oder keinen Sinn machte? ja nein

Falls Ja bei einer der obigen Fragen, beschreiben, wenn man das Gefühl hat, dass der Proband das möchte:

Einschätzung des Interviewers unter Einbeziehung des beobachteten Verhaltens: Liegt Störung gegenwärtig vor?				
	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
			<input type="checkbox"/>	fraglich

8. ABSCHLIESSENDE FRAGEN

Wurden Sie jemals wegen emotionaler oder psychischer Beschwerden, Alkoholmissbrauch oder ähnlicher Probleme behandelt oder in eine Klinik eingewiesen?

ja nein

Falls Ja: Zeitraum, Diagnose, Art der Einrichtung und der Behandlung feststellen.

Gibt es irgendetwas anderes, was ich nicht gefragt habe, was aber noch wichtig wäre, hier zu nennen?

Beratungsbereitschaft

1. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einmal daran gedacht, dass Sie in einem oder mehreren Lebensbereichen eine professionelle Beratung oder Therapie brauchen könnten? Wenn ja, welcher Art und in welchem Bereich?

2. Haben Sie in dieser Zeit schon einmal konkret Schritte unternommen, um sich beraten oder unterstützen zu lassen? Wenn ja, was genau haben Sie gemacht?

3. Schließlich die allerletzte Frage: Was wünschen Sie sich konkret an Ihrer Hochschule, was Ihr Wohlbefinden dort verbessern würde?



Katholische
Fachhochschule ○○○○
Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

**Forschungsschwerpunkt
Sucht**

Code:

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Studien "Suchtprävention an deutschen Hochschulen" sowie der Dissertation „Sucht und Studium“ von Frau Anne Pauly durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln erhoben und elektronisch in verschlüsselter und anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwertet. Die verschlüsselten Daten dürfen nicht die Identität des Einzelnen erkennen lassen.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift

Quittung

Hiermit bestätige ich, dass ich als Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an einem Interview im Rahmen des o.g. Forschungsprojekts den Betrag von € 30 erhalten habe.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift

Variablenname	Variablenlabel	Wertelabels
code	Selbstverfasster Code	99= MD
interview	Interviewer	
alter	1. Alter	in Zahlen eingeben 99= MD
geschlec	2. Geschlecht	1= weiblich 2= männlich 99= MD
famstand	Familienstand	1= ledig 2= verheiratet 3= geschieden 4= verwitwet/ verwitwert 5= wiederverheiratet 99= MD
partner	Falls Pb verheiratet, welche Tätigkeit?	0= nicht zutreffend bitte wörtlich eingeben 99= MD
kinder	Kinder?	1= Ja 2= Nein 99= MD
kindzahl	Wie viele?	Bitte ganze Zahl eintragen 99= MD
kindalt	Wie alt?	Bitte ganze Zahl eintragen 99= MD
betreu	Zeitlicher Betreuungsaufwand in Stunden/Woche	Bitte ganze Zahl eintragen 99=MD
staatsan	Staatsangehörigkeit	1= deutsch 99=MD alles andere bitte eintragen
geschw	Geschwisteranzahl	99=MD
reihe	Reihenfolge	1= erstes Kind 2= zweites Kind 3= drittes Kind usw. 99=MD
platz	Geschwisterplatz?	1= Älteste/r 2= Mittler/e 3= Jüngste/r 4= Einzelkind
haushalt	Haben Eltern gemeinsamen Haushalt?	1= ja 2= nein 3= trifft nicht zu 99= MD
papaber	Beruf des Vaters	0= nicht zutreffend 1= landwirtschaftl. Beruf 2= Bergleute 3= Herstellerberuf 4= Metallberuf 5= Textilberuf 6= Ernährungsberuf 7= Bauberuf 8= Technischer Beruf 9= Handels- und Verkehrsberuf 10= Verwaltungs- und Organisationsberuf 11= Gesundheits-/ Sozialberuf 12= Lehrberuf

		13= sonst. Dienstleistung 14= sonst. Beruf 15= weiß nicht
welchbev	Vaters genauer Beruf	0= nicht zutreffend Bitte eintragen
mamaber	Beruf der Mutter	s.o.
welchbem	Mutters genauer Beruf	0= nicht zutreffend Bitte eintragen
schulpap	Schulabschluss des Vaters	0= nicht zutreffend 1= Sonderschule 2= Volks-/ Hauptschule 3= Realschule/ Mittlere Reife 4= Fachoberschule 5= Gymnasium 6= Fachhochschule 7= Universität 8= keinen Abschluss 9= weiß nicht
schulmam	Schulabschluss der Mutter	s.o.
nettoelt	Monatliches Nettoeinkommen der Eltern	0= nicht zutreffend 1= bis 1000 € 4= 2000-2500 € 5= 2500-3000 € 6= 3000-3500 € 7= 3500-4000 € 8= 4000 € 9= kann ich nicht schätzen
nettoich	Eigenes monatliche Nettoeinkommen	s.o.
fach	Studienfach	99= MD Bitte eintragen
allgema	Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	1= sehr gut 2= gut 3= mittelmäßig 4= schlecht 5= sehr schlecht 99= MD
allgemb	Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen	s.o.
allgemc	Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	
allgemd	Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	s.o.
allgeme	Motivation/ Interesse der Studierenden am Fach	s.o.
allgemf	Praxisbezug der Veranstaltung	s.o.
allgemg	Strukturiertheit des Studiengangs	s.o.
allgemh	Kommunikation unter den Studierenden	s.o.
persa	Ausstattung mit der erforderlichen Fachliteratur	s.o.
persb	Ausstattung mit erforderlichen Arbeitsplätzen	s.o.
persc	Betreuung und Beratung durch Lehrpersonen	s.o.
persd	Vermittlung des Lehrstoffs durch Lehrende	s.o.

Hallo!

Sie haben unseren Fragebogen zum Thema „Gesundheit und Studium“ in den verschiedenen Bereichen der Universitätslandschaft Köln ausgefüllt und wurden nun ausgewählt, an unserem Interview zum Thema „Gesundheit und Studium“ teilzunehmen! Das Interview dauert etwa 2 Stunden und Sie bekommen als Honorar 30 €.

Ich möchte Sie nun bitten, das Folgende genau durchzulesen.

Um Ihre Anonymität zu wahren, haben wir Sie auf dem Fragebogen aufgefordert, uns Ihre Emailadresse zu nennen, damit wir Sie kontaktieren können. Als nächsten Schritt möchten wir mit Ihnen einen Ort vereinbaren und außerdem abklären, wann Ihnen ein Interviewtermin zeitlich am besten passt.

Wir sind ein Team von mehreren Interviewern, die alle unter Schweigepflicht stehen. Insgesamt gehören Sie zu 100 ausgelosten Probanden, die NRW-weit am Interview teilnehmen werden. Alle Interviews finden im Zeitraum vom 16. Juni bis 15. August 2003 statt.

In Kürze wird sich Ihr Interviewer per Email mit Ihnen in Verbindung setzen, um persönlich mit Ihnen einen Interviewtermin auszumachen. Wir werden in der Terminwahl voll und ganz auf Sie eingehen und versuchen, Ihre Wünsche zu berücksichtigen. Ort des Interviews kann z. B. die Mensa oder ein Café sein.

Am Ende des Interviews bekommen Sie 30 €, und Ihre persönlichen Daten (selbstverfasster Code und Ihre Emailadresse) werden auf dem Fragebogen unkenntlich gemacht und in unserem Computer gelöscht.

Falls Sie noch Fragen zum Ablauf oder zu sonstigen Details haben, freue ich mich über E-Mails und Anrufe von Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Anne Pauly
Projektmitarbeiterin

Psychosoziale Beratung

Psycho-Soziale Beratung des Kölner
Studentenwerks
Servicehaus
Universitätsstraße 16, 4. Etage
Tel. 0221-94265-109/-129
beratung@koelner-studentenwerk.de
Bereiche: Psychologische Beratung, Aids-
Beratung, Wirtschaftliche und Sozialberatung

Drogenberatung Köln

Drogenhilfe Köln e.V.
Linksrheinische Beratungsstelle:
Victoriastr. 12
50668 Köln
Tel: 0221/912797-0
Fax: 0221/91279720 Beratungszeiten
(anonym und kostenlos):
Mo: 09.00-13.00 Uhr
Mi: 13.00-20.00 Uhr
Fr: 09.00-13.00 Uhr

Drogenhilfe Köln e.V.
Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum:
Berliner Str. 77a
51063 Köln-Mülheim
Tel: 0221/9641794
Fax: 0221/9641793
Beratungszeiten (anonym und
kostenlos):
Di: 13.00-16.00 Uhr
Mi: 14.00-20.00 Uhr

Sozialdienst katholischer Männer e.V.
Linksrheinische Beratungsstelle
Grosse Telegraphenstr. 31
50676 Köln
Tel: 0221/Telefon 0221-2074325
Beratungszeiten (anonym und kostenlos):
Mo: 14.00-16.00

Sozialdienst katholischer Männer e.V.
Rechtsrheinische Beratungsstelle:
Vietorstr. 20
51103 Köln-Kalk
Tel: 0221/987585
Beratungszeiten (anonym und kostenlos):
Do: 14.00-16.00 Uhr

Beratung bei Essstörung

Die Gesundheitspraxis e.V.
Stolberger Str. 121
50933 Köln
Tel. 0221 541565
gesundheitspraxis@NetCologne.de
www.NetCologne.de/Gesundheitspraxis

FrauenLeben e.V.
- Frauenberatungsstelle -
Venloer Str. 405-407
50825 Köln
Tel. 0221 954 1660
Fax. 0221 954 1662
mail@frauenleben.org
www.frauenleben.org

**Kontakt- und Informationsstelle für
Selbsthilfe (KISS)**
Marsilstein 4-6
50672 Köln
Tel. 0221 95154216
Fax. 0221 541565
kiss@koeln.parität-nrw.org
www.kisskoeln.de

**Zentrum für Frauen , Mädchen und
Familie in Köln Frau Susanne Gronki**
Herbigstr. 38
50825 Köln
Tel. 0221 4849401
Susanne.Gronki@business-argentur.de

Internetberatung
www.hungriq-online.de

Studienberatung

Universität zu Köln
Hauptgebäude, Bauteil 2
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
Tel. 0221/470-3789 / 3606
Fax 0221/470-5095
zsb@verw.uni-koeln.de

FH Köln
Claudiusstrasse 1
50678 Köln (Südstadt), Raum 41b
Öffnungszeiten:
Montag - Freitag: 9:00 bis 12:00 und 13:00 bis
15:00 und Donnerstag von 13:00 bis 19:00
(nach telefonischer Vereinbarung)
Tel. 0221/8275-3407/-3480
saum@zv.fh-koeln.de

