

**Problematischer Alkoholkonsum unter jungen Erwachsenen:
Prävalenz, Risiko- und Resilienzfaktoren bei Studierenden und
Auszubildenden**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

für das Fachgebiet Medizinische Psychologie

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Hanna-Pauline Clausner

Betreuer: apl. Prof. Dr. Stefan Watzke

Gutachter: Prof. Karl-Heinz Wiedl, Osnabrück
apl. Prof. Ulrich Preuss, Ludwigsburg

Datum der Verteidigung: 21.05.2025

Die Mehrheit der befragten Personen in der vorliegenden Studie sind Frauen (78%). Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit das generische Femininum verwendet, um die Lesbarkeit zu verbessern. Dabei sind männliche und andere Geschlechtsidentitäten inbegriffen, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

REFERAT

Zielsetzung: Das vorliegende Forschungsvorhaben verfolgt das Ziel, den Alkoholkonsum von Studierenden und Auszubildenden mittels des Fast Alcohol Screening Test (FAST) zu untersuchen. Bisherige Forschungsarbeiten, die sich mit dem Konsumverhalten zwischen diesen beiden Gruppen auseinandersetzen, sind begrenzt. Der FAST ist eine modifizierte Version des *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (1), der als effizientes Instrument zur Unterscheidung zwischen problematischem und unproblematischem Alkoholkonsum fungiert.

Material und Methodik: Die vorliegende Studie untersucht den FAST-Score bei Studierenden (n=1903) der Medizin, Zahnmedizin, Rechtswissenschaften und Psychologie an den Universitäten Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU), Hochschule für Gesundheit Gera (SRH) und Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) sowie bei Auszubildenden (n=548) der Berufsbildende Schulen V (BbS V) in Halle. Das Hauptziel der Studie besteht darin, den FAST-Score in Abhängigkeit von der jeweiligen Studienpopulation (Studierende/Auszubildende) zu analysieren. Dabei werden auch potenziell korrelierende Risiko- und Resilienzfaktoren untersucht.

Ergebnisse: Die Studie zeigt, dass beinahe ein Viertel (24,3%) der befragten Studienteilnehmerinnen einen problematischen Alkoholkonsum aufzeigen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede im Trinkverhalten zwischen Auszubildenden und Studierenden festgestellt. Männliche Studierende neigen eher zum problematischen Alkoholkonsum. Studiengang- bzw. berufsspezifische Unterschiede wurden nur bei den Studierenden beobachtet, wobei männliche Rechtswissenschaftsstudierende den höchsten Alkoholkonsum aufweisen. Risiko- und Resilienzfaktoren wie Wohnsituation, Besitz eigener Kinder, Tabakkonsum, gesunde Ernährung, Religiosität und Erfolgsaussichten im Studium/Ausbildung korrelieren mit dem Alkoholkonsum.

Schlussfolgerungen: Junge Erwachsene in Bildungseinrichtungen, sei es im Studium oder in der Ausbildung, weisen ein vergleichbares Risikoprofil für problematischen Alkoholkonsum auf. Die ermittelte Prävalenzrate liegt unterhalb des nationalen Durchschnitts (2). Besondere Aufmerksamkeit bei zukünftigen Studien sollte vor allem auf die Verifizierung der hier extrahierten Resilienz- und Risikofaktoren sowie auf die tiefergehende Betrachtung der Risikogruppe männlicher Rechtswissenschaftsstudierenden gelegt werden. Außerdem sollte gezielte Präventionsarbeit in Bezug auf Alkoholismus an Universitäten und Berufsschulen erfolgen.

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis

Verzeichnis der in den Formeln verwendeten Symbole

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Problemeinordnung und Begriffserläuterung des problematischen Alkoholkonsums...</i>	1
1.2	<i>Epidemiologie des problematischen Alkoholkonsums in Deutschland</i>	6
1.3	<i>Ätiologie und Risikofaktoren von Substanzkonsumstörungen</i>	8
1.3.1	Allgemeines Rahmenmodell zur Entstehung von Substanzkonsumstörungen	9
1.3.2	Genetische Faktoren	10
1.3.3	Biochemische Faktoren/Neurobiologische Grundlagen.....	10
1.3.4	Individuelle Persönlichkeitsfaktoren und Psychopathologie.....	11
1.3.5	Umweltfaktoren	12
1.3.6	Motivation (junger) Erwachsener zum Alkoholkonsum	14
1.4	<i>Auswirkungen und Folgen des problematischem Alkoholkonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen</i>	16
1.4.1	Akute Folgen des problematischen Alkoholkonsums.....	16
1.4.2	Chronische Folgen und psychische Komorbiditäten des problematischen Alkoholkonsums	17
1.5	<i>Aktuelle Studienlage zu Prävalenz und Risikofaktoren des problematischen Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen, Studierenden und Auszubildenden</i>	18
1.5.1	Prävalenz	18
1.5.2	Risiko- und Resilienzfaktoren	25
2	Zielstellung	29
3	Material und Methodik	32
3.1	<i>Beschreibung der Stichprobe</i>	32
3.1.1	Auswahl der Stichproben und dessen Rekrutierung	32
3.1.2	Deskriptive Stichprobenbeschreibung.....	34
3.2	<i>Fragebogenentwicklung</i>	37
3.3	<i>Operationalisierung der Variablen und testpsychologischen Verfahren</i>	40
3.3.1	Abhängige Variablen	40
3.3.2	Unabhängige Variable	43
3.4	<i>Untersuchungsdurchführung</i>	54
3.5	<i>Auswertungsplan und statistisch prüfbare Hypothesen</i>	55

4	Ergebnisse	56
4.1	<i>Hypothese 1 – FAST-Score in den Untersuchungsgruppen</i>	56
4.2	<i>Hypothese 2 und 3 – FAST-Score in Abhängigkeit vom Geschlecht und Ausbildungsfach/Studiengang</i>	57
4.3	<i>Hypothese 4 und 5 – Korrelative Zusammenhänge zwischen FAST-Score und Risiko- und Resilienzfaktoren</i>	60
4.4	<i>Kategorial-dichotomer Indikator des FAST für problematischen Alkoholkonsum</i>	63
5	Diskussion	65
5.1	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	65
5.2	<i>Integration der Befunde in die Literatur</i>	68
5.2.1	<i>Prävalenz des Alkoholkonsum unter Studierenden, Auszubildenden und in ihren jeweiligen Subgruppen</i>	68
5.2.2	<i>Risiko- und Resilienzfaktoren</i>	72
5.3	<i>Stärken und Limitationen der Arbeit.....</i>	75
5.3.1	<i>Stichprobe.....</i>	75
5.3.2	<i>Erfasste Variablen.....</i>	76
5.3.3	<i>Untersuchungsdesign.....</i>	78
5.4	<i>Fazit.....</i>	79
5.5	<i>Ausblick</i>	81
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	83
7	Thesen der Dissertation	97

Anhang

Selbständigkeitserklärung

Danksagung

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BbS	Berufsbildende Schulen
BDI-II	Beck Depressions-Inventar – Version II
BDSG	Bestimmungen des Datenschutzgesetzes
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10/11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
FAST	Fast Alcohol Screening Test
FSU	Friedrich-Schiller-Universität Jena
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
MLU	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
NEO-FFI	Neurotizismus Persönlichkeitstest
SCS-K-D	Test zur Selbstkontroll-Kapazität
SRH	Hochschule für Gesundheit Gera
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation

VERZEICHNIS DER IN FORMELN VERWENDETEN SYMBOLE

SD	Standardabweichung
M	Mittelwert
MD	Median
N	Stichprobengröße
n	Teilstichprobengröße
r	Produktmomentkorrelation (Pearson)
r_s	Spearman Rangkorrelation
τ	Kendalls tau
p	Probability-Signifikanztest
F[df=1]	Inferenzstatistik der Varianzanalysen
χ^2 [df=1]	Inferenzstatistik der Kontingenzanalysen
B	unstandardisierter Regressionskoeffizient
korrigiertes R^2	Varianzaufklärung der schrittweisen linearen Regressionsanalysen
Nagelkerkes R^2	Varianzaufklärung der binär logistischen Regressionsanalysen
p_{in}	Signifikanzwert für die Aufnahme in schrittweise lineare Regressionsmodelle
p_{out}	Signifikanzwert für den Ausschluss aus schrittweisen linearen Regressionsmodellen
$S_{\text{♂}}$	männliche Studierende
$S_{\text{♀}}$	weibliche Studierende
$A_{\text{♂}}$	männliche Auszubildende
$A_{\text{♀}}$	weibliche Auszubildende

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1. Allgemeines Rahmenmodell zur Entstehung von Substanzstörungen</i>	9
<i>Abbildung 2. Relative Verteilung des FAST-Scores in der Stichprobe der Berufsschülerinnen (n=548) und der Studierenden (n=1903).</i>	56
<i>Abbildung 3. Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall des FAST-Scores zwischen Studienfächern und Geschlecht.</i>	58

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Soziodemographische Merkmale der Stichprobe und Teilgruppen	36
Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der FAST-Scores in den Untersuchungsgruppen nach biologischem Geschlecht	57
Tabelle 3. Relative Häufigkeiten (%) bzw. $M \pm SD$ der Verteilung in den FAST-Einzelitems und Konsumhäufigkeiten in den Untersuchungsgruppen	59
Tabelle 4. Bivariate Korrelationen zwischen Risiko- bzw. Resilienzfaktoren und FAST- Score, Prävalenz der Risiko- bzw. Resilienzfaktoren innerhalb der Studiengruppen	61
Tabelle 5. Bivariate Korrelationen zwischen Risiko- bzw. Resilienzfaktoren und FAST- Score, Prävalenz der Risiko- bzw. Resilienzfaktoren innerhalb der Studiengruppen	62
Tabelle 6 Schrittweises lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des FAST-Scores	63

1 Einleitung

Der problematische Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft, insbesondere bei jungen Erwachsenen, weit verbreitet (2, 3). Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass dieser bei deutschen Studierenden und Auszubildenden sogar häufiger auftritt als in der Allgemeinbevölkerung (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Die akuten und chronischen Folgen eines erhöhten Alkoholkonsums sind vielfältig und insbesondere bei jungen Erwachsenen haben sie schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche, psychosoziale und geistige Gesundheit (11). Aus diesem Grund zielt diese Arbeit darauf ab, weitere Erkenntnisse über die Art und das Ausmaß des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden und Auszubildenden zu gewinnen. Dadurch sollen gezielte Präventionsmaßnahmen entwickelt und potenzielle Risikogruppen identifiziert werden können.

1.1 Problemeinordnung und Begriffserläuterung des problematischen Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol ist seit langem in vielen Kulturen verbreitet und behält auch heute noch eine wichtige Bedeutung, was sich anhand des durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauchs von 10,6 Litern Reinalkohols in Europa verdeutlicht (12). Im internationalen Vergleich liegt Deutschland auf dem dritten Platz beim Alkoholkonsum pro Kopf (13).

Dabei ist Alkohol nicht nur ein Nahrungs- und Genussmittel, sondern auch ein Rauschmittel und Zellgift (14) und wird als mitverursachend für die Entstehung von bis zu 200 Krankheiten angesehen (u.a. G31.2 Degeneration des Nervensystems durch Alkohol, I42.6 Alkoholische Kardiomyopathie, K29.2 Alkoholgastritis, Q86.0 Alkohol-Embryopathie, etc.) (15).

Alkohol besitzt ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential und zählt auch in Deutschland zu den am häufigsten und am frühesten konsumierten psychoaktiven Substanzen (16). Meist wird Alkohol von Kindern und Jugendlichen bereits im Alter zwischen 10 bis 14 Jahren zum ersten Mal konsumiert (17). Eine deutliche Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums, das heißt auf mindestens einmal pro Woche, erfolgt ab einem Alter von 14 Jahren sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen (18). Im Alter von 12 bis 17

Jahren konsumiert bereits jeder zehnte Jugendliche regelmäßig Alkohol. Im jungen Erwachsenenalter (von 18 bis 25 Jahren) ist es jeder Dritte (10).

Zwar ist der Gesamttrend des Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung und auch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen leicht rückläufig, dennoch bleiben neue Trinkgewohnheiten, wie der punktuell exzessive Gebrauch von Alkohol (*Binge-Drinking/episodisches Rauschtrinken*) weiterhin mit einer hohen Prävalenz (34,5 % in den letzten 30 Tagen) bestehen (19).

Solcher oder ähnlicher problematischer Alkoholkonsum zählt dabei zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfällen weltweit (15). Laut der *Weltgesundheitsorganisation/World Health Organization* (WHO) galt Alkoholkonsum im Jahr 2016 als einer der sieben führenden Risikofaktoren für die Erhöhung der Bevölkerungsmortalität. Weltweit wurde der Alkoholkonsum bei Personen im Alter von 15 bis 49 Jahren sogar als führender Risikofaktor identifiziert (20).

So starben auch in Deutschland im Jahr 2016 19 000 Frauen und 43 000 Männer an Todesursachen, welche ausschließlich auf Alkohol zurückzuführen waren. 4,0% der Todesfälle bei Frauen und 9,9% der Todesfälle bei Männern entsprachen dieser Statistik (21).

Problematischer Alkoholkonsum

Problematischer Alkoholkonsum umfasst drei Gruppen von Konsumverhalten (22). Dazu zählen der riskante Alkoholkonsum, der schädliche Gebrauch/Alkoholmissbrauch und die Alkoholabhängigkeit.

Diagnostische Klassifikationssysteme dienen als Grundlage zur Definition sowohl somatischer als auch psychischer Erkrankungen. Die *International Classification of Diseases* (ICD), veröffentlicht von der WHO, umfasst beide Störungsbereiche, während sich das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), herausgegeben von der *American Psychiatric Association*, ausschließlich auf psychische Störungen bezieht.

In den vergangenen Jahren fanden verschiedene Überarbeitungen der diagnostischen Kriterien für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit statt. Bei der Diagnosestellung von

Störungen durch psychotrope Substanzen bei Kindern und Jugendlichen werden die gleichen Klassifikationssysteme (ICD-11, DSM-V) verwendet wie bei Erwachsenen.

In Deutschland werden Störungen durch Alkohol vorwiegend nach der ICD-10-Klassifikation diagnostiziert (23), weshalb sich im weiteren Verlauf der Arbeit auf die Klassifikationssysteme der ICD-10 konzentriert werden soll. Zukünftig wird die ICD-10 durch die ICD-11 abgelöst (24).

Riskanter Alkoholkonsum

Als riskanter Konsum wird ein Verhaltensmuster definiert, das das Potenzial hat, schädliche physische oder psychische Auswirkungen sowohl für den Konsumenten selbst als auch für andere Personen zu verursachen (24). Darunter versteht man eine durchschnittliche tägliche Trinkmenge von mehr als 10 bis 12 Gramm für Frauen und 20 bis 24 Gramm Reinalkohol für Männer (25). Dies ist ein Konsummuster, welches sich negativ auf die gesundheitliche und (psycho-)soziale Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auswirken kann (18) und das Risiko für alkoholbezogene Krankheiten (siehe oben) in der Allgemeinbevölkerung erhöht (15).

In ihrem Beitrag „*Schädlich ab dem ersten Tropfen*“ vom 17.10.2023 erörtert die *Tageschau* eine aktuelle Bekanntmachung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (26, 27). In dieser Mitteilung hat das wissenschaftliche Kuratorium der DHS eindeutig konstatiert, dass ein risikoarmer Konsum (definiert als eine tägliche Aufnahme von maximal 24 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und 12 Gramm bei Frauen) auf Grundlage des gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes nicht mehr zu rechtfertigen ist, wodurch die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Richtlinien für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol entsteht. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse des Berichtes deuten darauf hin, dass es weder eine gesunde Alkoholmenge noch einen sicheren Alkoholkonsum gibt. Selbst geringe Mengen Alkohol können zu körperlichen Gesundheitsproblemen führen. Eine neue Leitlinie sollte sich an internationalen Empfehlungen orientieren, die besagen, dass der Alkoholkonsum zur Förderung der physischen Gesundheit reduziert werden sollte, unabhängig von der getrunkenen Menge.

Demnach ist es am besten, gar keinen Alkohol zu trinken, um die körperliche Gesundheit zu erhalten.

Binge-Drinking (*episodisches Rauschtrinken*)

Die Beschreibung riskanter Alkoholkonsummuster unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfolgt zum einen ebenfalls anhand der aufgenommenen Menge Reinalkohols (in Gramm) pro Tag, zum anderen durch die „Prävalenz des Binge-Trinkens“ (18, S. 15). Rauschtrinken wird als eine Form des gesundheitlich riskanten Alkoholkonsums betrachtet und soll daher an dieser Stelle näher erläutert werden (15).

Binge-Drinking, ein Begriff aus dem englischsprachigen Raum, bezeichnet Rauschtrinken bzw. einen punktuell exzessiven Gebrauch von Alkohol und wird von der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (10) als Risikokonsum eingestuft, sobald es innerhalb der letzten 30 Tage einmalig auftritt. Die Bezeichnung Binge-Drinking ist jedoch im deutschsprachigen Raum noch nicht lange gegenwärtig und stellt sich in der Literatur bisher eher „unscharf“ (28, S. 323) dar. So definiert die WHO dieses Konsummuster als einen mindestens einmal im Monat stattfindenden Konsum von 60 oder mehr Gramm Reinalkohol zu einer Trinkgelegenheit. Dies entspricht einer Menge von mehr als sechs Standardgläsern alkoholischer Getränke, die jeweils etwa 10 Gramm Reinalkohol enthalten (29, 30). Ein derzeit geläufiges Kriterium definiert den Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Trinkgelegenheit als Rauschtrinken bzw. Binge-Drinking (31). Andere Autoren definieren Binge-Drinking in Abhängigkeit vom Geschlecht als den Konsum von fünf und mehr alkoholischen Getränken bei Männern und vier und mehr alkoholischen Getränken bei Frauen hintereinander (32).

Junge Menschen sind für Trinkgewohnheiten wie das Binge-Drinking besonders anfällig (33). Studien zeigen zwar, dass die Verbreitung des Rauschtrinkens unter jungen Menschen in Deutschland insgesamt rückläufig ist, dennoch befindet es sich weiterhin auf einem hohen Niveau (30-Tage-Prävalenz der männlichen 18- bis 25-Jährigen lag im Jahr 2019 bei 43,9 %) (34). Dies ist besorgniserregend, da die Häufigkeit alkoholbezogener Probleme ab vier bzw. fünf alkoholischen Getränken drastisch zunimmt (32).

Schädlicher Gebrauch/ Missbrauch

Von einem schädlichen Gebrauch (F10.1) von Alkohol wird nach ICD-10 dann gesprochen, wenn der wiederholte Konsum die körperliche und psychische Gesundheit der konsumierenden Person schädigt, oder zu einem Verhalten führt, das die Gesundheit anderer schädigt. Nachteilige Konsequenzen umfassen etwa Schwierigkeiten in der Schule oder am Arbeitsplatz, rechtliche Probleme oder familiäre und zwischenmenschliche Schwierigkeiten (23). Es muss außerdem einen Nachweis geben, dass explizit der Alkoholkonsum verantwortlich für die körperlichen und psychischen Probleme ist. Die Art der Schädigung sollte darüber hinaus klar festgestellt und bezeichnet werden können. Zudem sollte das Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat bestehen oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein.

Alkoholabhängigkeit

Im Unterschied zum Alkoholmissbrauch wird Alkoholabhängigkeit nach der ICD-10 (F.10.2) als eine Gruppe von behavioristischen, körperlichen und kognitiven Symptomen definiert, die sich nach wiederholtem Alkoholkonsum entwickeln. Vereinfacht wird die Alkoholabhängigkeit mit drei wesentlichen Merkmalen definiert, von denen mindestens zwei vorliegen sollten (24).

1. *Kontrollverlust*: Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum in Bezug auf Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung und Kontext des Konsums.
2. *Priorität*: Zunehmender Vorrang des Substanzkonsums vor anderen Aspekten des Lebens (Aufrechterhaltung der Gesundheit und der täglichen Aktivitäten und Pflichten), so dass der Substanzkonsum trotz des Auftretens von Schäden oder negativen Folgen fortgesetzt oder verstärkt wird.
3. *Physiologische Merkmale*:
 - a. *Toleranz gegenüber der Substanzwirkung oder die Notwendigkeit, immer größere Mengen einer Substanz zu konsumieren, um die gleiche Wirkung zu erzielen;*
 - b. *Entzugssymptome nach Beendigung oder Verringerung des Substanzkonsums, oder*

- c. *wiederholter Konsum von Substanzen oder pharmakologisch ähnlichen Substanzen, um Entzugssymptome zu verhindern oder zu lindern.*

Im aktuellen Klassifikationssystem zur Diagnostik psychischer Erkrankungen (DMS-V) wird nicht mehr zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern nur der jeweilige Schweregrad einer Substanzgebrauchsstörung erfasst (17).

Problematischer Alkoholkonsum umfasst drei Gruppen von Konsummustern, zu denen der riskante Alkoholkonsum (inklusive Binge-Drinking), Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit gehören und die sich durch die Menge an regelmäßig konsumierten Alkohol und der Häufigkeit des Konsums unterscheiden. Für den Begriff Rauschtrinken bzw. Binge-Drinking gibt es international verschiedene Definitionen. Am häufigsten versteht man darunter einen Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke bei einer Trinkgelegenheit. Die ICD-10- und DMS-V-Klassifikationssysteme legen die Diagnosekriterien für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit fest. In Deutschland wird sich auf das ICD-10-Klassifikationssystem bezogen.

1.2 Epidemiologie des problematischen Alkoholkonsums in Deutschland

Zwar ist ein rückläufiger Trend des Alkoholkonsum in den meisten europäischen Staaten zu sehen, dennoch ist Europa weiterhin die Region mit dem höchsten Alkoholkonsum weltweit (35).

Mit dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch von beinahe 11 Litern reinem Alkohol jährlich besteht in Deutschland ein hoher und weit verbreiteter Alkoholkonsum (12, 36, 37, 38). Im internationalen Vergleich gehört es damit zu den Höchstkonsumländern und nimmt einen der obersten Plätze ein (38, 39, 40).

Eine Untersuchung von Atzendorf et al. (2019) hat ergeben, dass 71,6% der erwachsenen deutschen Bevölkerung im vergangenen Monat regelmäßig Alkohol konsumierte (40). Eine Studie zur 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums in Deutschland hat gezeigt, dass Männer eine höhere Prävalenz des Konsums aufweisen als Frauen (41). Das durchschnittliche Einstiegsalter liegt aktuell bei 15,0 Jahren (2).

Problematischer Alkoholkonsum

Laut einer im Jahr 2023 durchgeführten Untersuchung, die den Alkoholkonsum anhand des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) analysiert hat, beläuft sich die Prävalenzrate für problematischen Alkoholkonsum auf 17,6% in der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Frauen weisen eine deutlich niedrigere Prävalenz für dieses Konsummuster auf. Besonders häufig kann problematischer Alkoholkonsum in den beiden jüngsten Altersgruppen der 18- bis 20-Jährigen und 21- bis 24-Jährigen beobachtet werden, wobei jeder dritte Angehörige dieser Altersgruppen betroffen ist (2).

Riskanter Alkoholkonsum

Die Verbreitung des risikoarmen sowie des riskanten Alkoholkonsums ist in der Allgemeinbevölkerung zwar rückläufig (38, 40, 42), dennoch konnte im Jahr 2019 bei beinahe jedem fünften Deutschen (18,1%) in den vergangenen 30 Tagen ein riskanter Alkoholkonsum nachgewiesen werden, d.h. ein Überschreiten der von Experten empfohlenen durchschnittlichen Tageshöchstmenge (40). Eine Studie von Rauschert et al. hat gezeigt, dass sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, bezogen auf den Konsum riskanter Mengen an Alkohol (>12g Frauen, >24 g Männer pro Tag) ergeben (41).

Dies ist jedoch nicht für die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens zu behaupten. Insgesamt berichten 34,5% der Deutschen über mindestens eine Episode des Rauschtrinkens im vergangenen Monat, wobei Männer (42,8%) deutlich häufiger zu diesem Konsummuster neigen als Frauen (24,6%) (41).

Die Konsumprävalenz von Alkohol schwankt in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe (2, 3, 16, 38, 40). Basierend auf dem *Epidemiologischen Suchtsurvey* zeigen die beiden jüngsten Altersgruppen (18- bis 20-Jährige und 21- bis 24-Jährige) die höchste Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen (3).

Auffällig ist auch, dass in diesen Altersgruppen das Binge-Drinking am stärksten verbreitet ist. So praktiziert circa jeder vierte 18- bis 24-Jährige (23,7-25,3%) ein- bis dreimal im Monat eine Episode des Rauschtrinkens, während es unter den 60- bis 64-Jährigen nicht mal jeder Zehnte ist (7,7%) (2, 3). Es wird deutlich, dass Rauschtrinken ein Phänomen der jungen Bevölkerungsgruppe in Deutschland ist.

Alkoholmissbrauch

Basierend auf dem Epidemiologischen Suchtsurvey von 2018 liegt die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs in Deutschland bei 2,8% (3). Laut einer Untersuchung von Atzendorf et al. (2019) weisen Männer mit 4,0% deutlich höhere Raten dieser alkoholbezogenen Störung auf als Frauen mit 1,5% (40). Die Daten des Suchtsurveys zeigen zudem, dass die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs in den beiden jüngsten Altersgruppen (18- bis 20-Jährige und 21- bis 24-Jährige) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich höher ist, und das sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Probanden.

Alkoholabhängigkeit

Basierend auf dem Epidemiologischen Suchtsurvey von 2018 beträgt die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Deutschland 3,1% (3). Gemäß der Studie von Atzendorf et al. liegt der Anteil bei Männern erheblich höher (4,5%) im Vergleich zu Frauen (1,7%) (40). Die Daten des Suchtsurveys zeigen zudem eine deutlich höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in den beiden jüngsten Altersgruppen (18- bis 20-Jährige und 21- bis 24-Jährige) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol ist in Deutschland zwar rückläufig, allerdings gehört es weiterhin zu den Höchstkonsumländern. Männer konsumieren mehr Alkohol als Frauen. Neue Trinkgewohnheiten wie das Binge-Drinking (Rauschtrinken) sind insbesondere in der jungen Generation (18- bis 25-Jährige) weit verbreitet.

1.3 Ätiologie und Risikofaktoren von Substanzkonsumstörungen

Eine Vielzahl an Forschungsprojekten befasst sich mit der Identifizierung der kausalen Faktoren des problematischen Alkoholkonsums, insbesondere auch unter Jugendlichen. Gemäßigter Alkoholkonsum wird zum größten Teil durch Faktoren der sozialen Umwelt verursacht, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit hingegen zu einem großen Anteil durch genetische Faktoren (43).

1.3.1 Allgemeines Rahmenmodell zur Entstehung von Substanzkonsumstörungen

Verschiedene Modelle wie das biopsychosoziale Modell (44) und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (45) beschreiben die Entstehung von riskantem Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit.

Den Versuch einer ganzheitlichen Betrachtung der Ätiologie des problematischen Alkoholkonsums liefert das Rahmenmodell zur Entstehung von Substanzkonsumstörungen von Lieb et al. (46). Es basiert auf der Erkenntnis, dass die Entstehung von Suchterkrankungen durch eine komplexe Interaktion zwischen individuellen Faktoren (Alter, Geschlecht, Persönlichkeit, etc.) und Umweltbedingungen (Gesellschaft, Familie, soziales Netz, etc.) bestimmt wird. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und können sich im Laufe der Zeit verstärken oder abschwächen (siehe Abbildung 1).

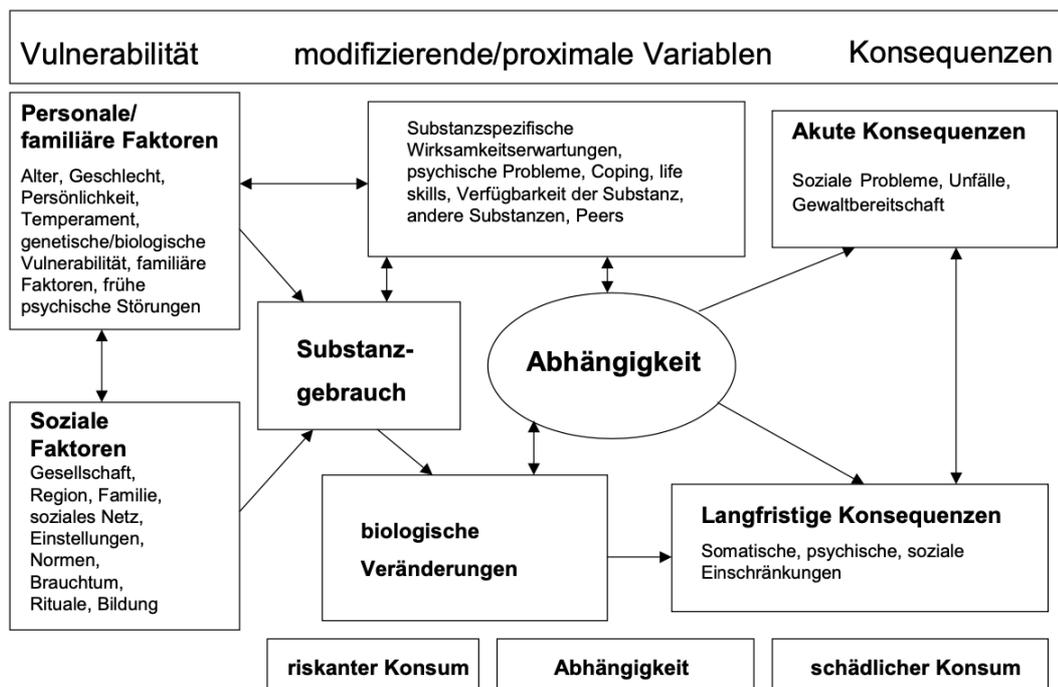


Abbildung 1. Allgemeines Rahmenmodell zur Entstehung von Substanzstörungen

Zwar beschreibt das Modell sehr ausführlich die vielfältige Interaktion der einzelnen Variablen, die zu einem problematischen Alkoholkonsum führen können. Dennoch führt es

in der Gesamtbetrachtung der Auswirkungen nur negative Konsequenzen des Alkoholkonsums auf. Die Einnahme von Alkohol hat jedoch auch positive Folgen, wie beispielsweise eine kurzfristige Anhebung der Stimmungslage. Außerdem hilft Alkohol bei der Überwindung von sozialer Unsicherheit und Ängsten. Positiven Konsequenzen spielen eine essenzielle Rolle für die Motivationsbildung des Konsumierenden (47) und sollten daher zur Vollständigkeit mit betrachtet werden.

1.3.2 Genetische Faktoren

Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass genetische Dispositionsfaktoren an der Suchtentwicklung beteiligt sind (23). Diese Annahme wurde im Rahmen von Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien wiederholt bestätigt (48). So zeigen Familienuntersuchungen, dass Kinder Alkoholkranker ein fünfmal höheres Risiko haben selbst an Alkoholismus zu erkranken. „Zwillingsuntersuchungen weisen darauf hin, dass eineiige Zwillinge weitaus häufiger hinsichtlich Trinkverhalten und Alkoholabhängigkeit konkordant sind als zweieiige Zwillinge“ (33, S. 790). Die wichtige Rolle genetischer Faktoren für die Pathogenese von Abhängigkeitserkrankungen konnte damit belegt werden (48). Um welche Gene es sich dabei konkret handelt, konnte bisher noch nicht herausgefunden werden. Man geht allerdings davon aus, dass eine „Gen-Umwelt-Interaktion“, also das Zusammenwirken von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren, eine entscheidende Rolle spielt (37, S. 667).

1.3.3 Biochemische Faktoren/Neurobiologische Grundlagen

Auch biochemische Prozesse und Veränderungen im Gehirn spielen bei der Erklärung der Ätiologie von problematischem Alkoholkonsum eine entscheidende Rolle. Alkohol ist eine psychotrope Substanz, die zentralvenös auf den Organismus einwirkt und Wahrnehmungen, Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst (37). Alle psychotropen Substanzen haben dieselbe Wirkung auf das zentrale Nervensystem, die ihnen ihr Abhängigkeitspotential verleiht. Sie erhöhen einerseits die Ausschüttung der synaptischen Dopaminmenge (23) und aktivieren das mesolimbische Dopaminsystem, welches das biologische Belohnungssystem im Gehirn darstellt (37). Gleichzeitig hemmen psychotrope Substanzen die Aktivität des Angstsystems durch Ausschüttung der Gamma-Amino-Buttersäure (GABA).

Diese beiden Effekte treten schlagartig ein und können lange andauern. Da eine Überstimulierung des Belohnungssystems verstärkt positive bis euphorische Gefühle auslöst, werden die Wirkungen der psychotropen Substanzen als besonders positiv (belohnungsankündigend) wahrgenommen und beeinflussen dadurch Verhaltensbewertung und Motivationsbildung des Konsumenten (49). Darüber hinaus kommt es durch eine wiederholte Aktivierung des Belohnungssystems zu einer Sensitivierung entsprechender Hirnstrukturen des limbischen Systems und zur Ausbildung eines sogenannten „Suchgedächtnisses“ (37, S. 725). Wird der Substanzkonsum wiederholt und für längere Zeit fortgesetzt, findet ein Adaptionsprozess im Gehirn statt, welcher zu einer Toleranzentwicklung führt und bei Abstinenzversuchen Entzugserscheinungen hervorrufen kann (23).

1.3.4 Individuelle Persönlichkeitsfaktoren und Psychopathologie

Allgemein lässt sich feststellen, dass Alkoholkonsum nicht nur vom Alter (siehe 2.2), sondern auch vom Geschlecht der Konsumenten abhängt. So betreiben deutlich mehr Männer als Frauen Alkoholmissbrauch (Männer: 4,0%, Frauen: 1,5%) (40).

Studien belegen außerdem einen Zusammenhang zwischen den individuellen Persönlichkeitsfaktoren/der individuellen Psychopathologie eines Patienten und der Entstehung von problematischem Alkoholkonsum. So stellt laut Höfler et al. (1999) ein niedriges Selbstwertgefühl beispielsweise einen Risikofaktor für die Ausbildung von Substanzmissbrauch dar (50). Impulsivität und Neugier (*sensation/novelty seeking*), insbesondere wenn sie von einer geringen Selbstkontrolle begleitet werden und/oder in Verbindung mit persönlicher Delinquenz und einer Peer-Gruppe mit deviantem Verhalten auftreten, sind als prädiktive Risikofaktoren anzusehen, die einen problematischen Alkoholkonsum begünstigen können (28).

Darüber hinaus können ein hoher Grad an Neurotizismus (emotionale Labilität und Verletzlichkeit) und ein geringer Wert an Gewissenhaftigkeit zu einem erhöhten Risiko für Alkoholkonsumstörungen führen (51, 52). Gemäß einer Untersuchung von Zimmermann et al. (2003), existiert ein deutlicher Zusammenhang zwischen Angststörungen (insbesondere der sozialen Phobie und Panikerkrankungen) und Alkoholkonsumstörungen (53). In

einer Studie von 2012 wurde bei Patienten mit komorbider ADHS-Erkrankung, insbesondere dem hyperaktiv-impulsiven Subtyp, erheblich häufiger eine Diagnose von Alkoholabhängigkeit festgestellt (54). Auch Patienten mit leichter bis mittelschwerer Depression scheinen deutlich höhere Raten an Alkoholproblemen aufzuweisen. Gemäß einer Untersuchung von Ahlin et al. ist in der Gruppe von Personen mit Depressionen der Anteil derjenigen, die exzessiven und risikoreichen Alkoholkonsum praktizieren, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erheblich höher (55). Des Weiteren hat einer Untersuchung von Preuss et al. (2013) gezeigt, dass Patienten mit einer komorbiden bipolaren Störung höhere Raten an Alkoholkonsumstörungen aufweisen. Meist wurde der Alkohol während der manischen Phase bevorzugt konsumiert (56). Auch „die Komorbidität von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und Abhängigkeitserkrankungen ist hoch“ (57, S. 26).

Vorerkrankungen wie Depression, Angststörung, hyperkinetisches Syndrom, Essstörung, Dissozialität oder Störungen des Sozialverhaltens können das Risiko für einen problematischen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen erhöhen (33).

Die *Selbstmedikationshypothese* erklärt diesen Zusammenhang unter anderem damit, dass psychotrope Substanzen konsumiert werden, um Symptome einer psychischen Störung zu mindern. Belege für solch einen Zusammenhang wurden für Angst- und affektive Störungen gefunden (37, 58, 59).

1.3.5 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren wie das soziale Umfeld und vor allem das familiäre Klima spielen eine wichtige Rolle für die Entstehung von problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (33).

Der individuelle Substanzkonsum eines oder mehrerer Familienmitglieder beeinflusst den Alkoholkonsum eines Jugendlichen (60). So kann der Umgang mit Alkohol innerhalb der Familie früh erlernt werden. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit Alkoholproblemen aufwachsen, haben ein erhöhtes Risiko selbst riskante Trinkmuster anzunehmen (33, 61). Das Risiko einer Alkoholabhängigkeit beträgt für Kinder aus Familien mit einem

abhängigen Elternteil ca. 30% und ist damit doppelt so hoch wie bei Kindern aus Familien ohne einen alkoholabhängigen Elternteil (62).

Das Aufwachsen in einer Familie, in welcher Substanzmissbrauch betrieben wird, führt allerdings nicht zwangsläufig zu einem riskanten Alkoholkonsum. Dieser wird in hohem Maß von assoziierten innerfamiliären Begleitumständen beeinflusst. Negative Entwicklungsereignisse wie beispielsweise Trennung oder Tod eines Elternteils, Adoption, Traumata, konfliktreiche oder belastende familiäre Lebensumstände erhöhen das Risiko für die Entwicklung von riskanten Konsummustern (23). Eine Untersuchung mit 280 Probandinnen, die unter Alkoholabhängigkeit litten, und 137 gesunden Vergleichspersonen aus dem Jahr 2013 ergab, dass die alkoholabhängigen Probandinnen mehr als zehnmals häufiger berichteten, in ihrer Familie emotionalen Missbrauch erlebt zu haben, im Vergleich zu den nicht abhängigen Personen (63). Aber auch der elterliche Erziehungsstil (z.B. autonomieorientiert, zurückweisend, überprotektiv, geringe Bindung) kann als Risikofaktor betrachtet werden. Psychische Störungen der Eltern gelten ebenfalls als risikoreich für die Entwicklung riskanter Alkoholkonsummuster und Abhängigkeitserkrankungen bei ihren Kindern (37).

Aber nicht nur das Konsumverhalten innerhalb der Familie spielt eine entscheidende Rolle, sondern auch jenes der umgebenden Gruppen (*Peergroup*) (60). Einstellungen und Verhaltensweisen der jeweiligen *Peergroup* gewinnen insbesondere bei Heranwachsenden an Bedeutung (37). So besteht zwischen dem Trinkverhalten junger Menschen und dem ihrer besten Freundinnen eine hohe Ähnlichkeit (64). „Die Mitgliedschaft in Gruppen, in denen die meisten Teilnehmer oft exzessiv Alkohol konsumieren, führt zu Imitationsverhalten“ (18, S. 23). Junge Menschen erleben einen Konformitätsdruck zur Anpassung an die Gruppe Gleichaltriger, so gehöre der Alkoholkonsum/Rausch zum „cool sein“ (33, S. 791) mit dazu. Während der Einfluss des Elternhaus bis zur späten Kindheit relativ groß ist, vermindert sich dieser dann im Laufe der Adoleszenz zugunsten der *Peergroup* (60).

Darüber hinaus spielt bei der Untersuchung des Umfeldes auch der gesellschaftliche Umgang mit Alkohol eine Rolle für die Entwicklung von problematischem Alkoholkonsum. So existieren kulturspezifische Konsumnormen, -werte und -regeln. „Deutschland ist dabei

eine alkohol-permissive Gesellschaft“. Der Konsum von Alkohol wird in vielen sozialen Situationen akzeptiert, teilweise sogar erwartet und gefordert (18, S. 23). Die Alkoholverfügbarkeit innerhalb der Gesellschaft, die Angebotsstruktur und Preislage beeinflussen das Konsumverhalten junger Menschen (23).

1.3.6 Motivation (junger) Erwachsener zum Alkoholkonsum

Die psychotrope Wirkung des Alkohols spielt eine wichtige Rolle für die Motivation des Konsums. Bei mäßigem Konsum wirkt Alkohol stimmungsaufhellend, baut Hemmungen und Ängste ab und fördert die Kommunikationsbereitschaft (17). Die erwünschten angenehmen Wirkungen des Alkoholtrinkens erklären die ubiquitäre Verbreitung dieser legalen Droge, auch unter Jugendlichen (65, 66).

Für den Konsum von Alkohol durch junge Erwachsene lassen sich gemäß H. Remschmidt diverse "Motivkonstellationen" identifizieren. Zu diesen gehören unter anderem eine früh erlernte Haltung, die darauf abzielt, durch Alkohol Störungen der Befindlichkeit zu bewältigen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der Einfluss der Peergroup eine erhebliche Rolle spielen kann, wie es im *Abschnitt 1.3.5 Umweltfaktoren* dargelegt wird. Des Weiteren können Schwierigkeiten bei der sozialen Integration, das Scheitern bei Entwicklungsaufgaben sowie das Gefühl der Überforderung zur Alkoholnutzung beitragen. Zusätzlich ist anzumerken, dass das Streben nach Erhöhung des Sozialprestiges als Statushandlung einen weiteren Motivationsfaktor darstellen kann. Auch psychopathologische Auffälligkeiten, wie beispielsweise Depressionen, Selbstunsicherheit, Angststörungen und Essstörungen, können einen Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum aufweisen. Schließlich kann das Bedürfnis nach der entspannenden Wirkung von Alkohol eine weitere treibende Kraft sein, die junge Erwachsene zum Konsum motiviert (33).

Die Jugend ist geprägt von der Entwicklung eines Werte- und Normensystems und eines moralischen und politischen Bewusstseins (67). Das Ausprobieren von Möglichem und Verbotenem spielt eine große Rolle im Entwicklungsprozess des Erwachsenwerdens (17).

Für die Kohorte der Jugendlichen präsentiert sich der Übergang ins Erwachsenenleben vermehrt als ein Prozess von Veränderungen und Unwägbarkeiten. Dies beinhaltet das Verlassen des elterlichen Hauses, Umzüge, den Verlust bisheriger sozialer Kontakte, Wechsel der Peergroups, das Bewältigen der fachlichen Anforderungen im Studium oder in der Ausbildung, die gesteigerte Selbstverantwortung und Eigeninitiative. All diese Faktoren stellen Herausforderungen für die Entwicklung sowohl kognitiver als auch sozialer Kompetenzen dar, die notwendig sind, um eigenständig den schulischen und späteren beruflichen Anforderungen gerecht zu werden (68). Riskante Substanzkonsummuster von jungen Erwachsenen können als multifunktionaler Versuch verstanden werden, bestimmte Entwicklungsaufgaben durch Risikoverhalten zu lösen (68). Sie nutzen sie nicht nur zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, sondern auch zur Kompensation von akuten Belastungssituationen (69).

Die Entwicklung von problematischem und riskantem Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit ist ein höchst komplexes Geschehen und muss multifaktoriell betrachtet werden. Bisläng gibt es keine einzelnen Risikofaktoren, die vorhersagen können, ob eine Person dieses Problemverhalten entwickelt oder nicht. Biologische, genetische, psychologische und soziale Faktoren wirken in einer komplexen Interaktion zusammen.

1.4 Auswirkungen und Folgen des problematischem Alkoholkonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Auswirkungen problematischen Alkoholkonsums sind vielfältig. Es ist dabei zwischen akuten und chronischen Folgen des Alkoholkonsums zu unterscheiden.

1.4.1 Akute Folgen des problematischen Alkoholkonsums

Die akuten Folgen und Risiken eines exzessiven Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen sind mannigfaltig. Unter ansteigendem Alkoholgehalt kommt es bei jungen Menschen bereits ab Werten von 0,5 Promille zu bedrohlichen Vergiftungserscheinungen und Bewusstlosigkeit und ab 1,0 Promille zu lebensbedrohlichen Atemlähmungen (17). Das statistische Bundesamt beschreibt, dass die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Alkoholvergiftungen von 2019 bis 2021 in allen Altersgruppen zwar gesunken ist, besonders besorgniserregend ist jedoch nach wie vor die hohe Fallzahl der behandelten 15- bis 19-Jährigen. Mit 247 Fällen je 100 000 Einwohnerinnen erreichen diese den Höchstwert im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen (70).

Zu den akuten Folgen von riskantem Alkoholkonsum gehören neben den Vergiftungen auch eine erhöhte Unfallgefahr und vermehrte Gewalterfahrungen, sowohl als Opfer (Vergewaltigungen, Kindesmisshandlung) wie auch als Täter (Totschlag, Körperverletzung, Sachbeschädigung) (17). Darüber hinaus korreliert problematischer Alkoholkonsum vermehrt mit Selbstmordversuchen und Suizidgedanken (64, 71).

Auch unter Studierenden ist der Alkoholkonsum häufig mit vermehrten Verletzungen und Todesfällen assoziiert (72). Eine Studie aus den Vereinigten Staaten zeigt, dass sich regelmäßiger Alkoholkonsum und insbesondere Binge-Drinking negativ auf die akademischen Leistungen von jungen Menschen auswirkt (73). Jede vierte amerikanische Collegestudentin berichtet über negative Konsequenzen ihres Alkoholkonsums. Schulische Leistungen verschlechtern sich und Unterrichtsstunden werden vermehrt verpasst (74). Auch Studierende gaben an, infolge ihres Alkoholkonsums sehr viel häufiger Verpflichtungen im Studium oder auf der Arbeit nicht oder nur verspätet wahrnehmen zu können und dabei alkoholisiert gewesen zu sein (75). Binge-Drinking erhöht nicht nur das Risiko

für schlechte akademische Leistungen, sondern führt auch zu vermehrten Studienabbrüchen (76), sowie Lern- und Gedächtnisstörungen (77).

Übermäßiges Trinken kann zudem auch zu einer Form von Gedächtnisstörung führen, die als *Blackout* oder Filmriss bezeichnet wird (74, 78). In diesen Perioden der Amnesie agiert der Körper, jedoch fehlen den Betroffenen Erinnerungen an das Erlebte und Getane. Laut einer Studie aus den Vereinigten Staaten gab die Hälfte der befragten Collegestudentinnen an, schon mindestens einmal in ihrem Leben einen Filmriss nach Alkoholkonsum erlebt zu haben (74).

1.4.2 Chronische Folgen und psychische Komorbiditäten des problematischen Alkoholkonsums

Im Jugendalter werden in der Regel die ersten Erfahrungen mit Alkohol gemacht, welche den späteren Alkoholkonsum prägen (14). Ergebnisse des *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey* aus den Vereinigten Staaten konnten ein Zusammenhang zwischen einem frühen Kontakt mit Alkohol und der Lebenszeitprävalenz von Alkoholmissbrauch nachweisen (79). Häufiges Rauschtrinken bei jungen Erwachsenen gilt als Vorläufer für Alkoholkrankungen im Erwachsenenalter (80), denn Alkohol ist eine psychotrope Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann (15). Auch eine bereits bestehende Alkoholabhängigkeit im Jugendalter setzt sich häufig im Erwachsenenalter fort. So ist die Hälfte der Betroffenen nicht in der Lage ihre Alkoholproblematik dauerhaft zu kontrollieren (81). Ein Drittel der jugendlichen Konsumentinnen in Deutschland zeigt nach dem Erreichen des 30. Lebensjahres weiterhin ein auffälliges Suchtverhalten (45).

Chronischer Alkoholkonsum im Jugendalter führt zu einer erhöhten Reizbarkeit und Stimmungslabilität, beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit, insbesondere die Merkfähigkeit sowie kognitive Leistungen und führt zu zunehmenden Veränderungen der Persönlichkeit (37). Kognitive Defizite mit Aufmerksamkeits- und Kurzzeitgedächtnisstörungen sind eine häufige, auch in jungen Altersgruppen vorkommende Folgeerscheinung von übermäßigem Alkoholkonsum (82).

Problematischer Alkoholkonsum hat darüber hinaus starken Einfluss auf die psychische Gesundheit der Konsumierenden und verstärkt beispielsweise oftmals eine bestehende depressive Symptomatik (83) oder aggressives Verhalten (84). Riskanter und chronischer Alkoholkonsum ist mit einer Vielzahl an verschiedenen psychischen Erkrankungen assoziiert (57). So entwickeln beinahe 4% der Personen mit einer Alkoholkonsumstörung eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Chronischer Alkoholkonsum führt ebenfalls zum Auftreten von depressiven Symptomen (85).

Allgemein formuliert, führt ein chronischer Alkoholkonsum an fast allen Organsystemen zur Zellschädigung (17). Alkoholkonsum führt zur Entwicklung von alkoholischer Fettleber, alkoholischer Hepatitis, alkoholischer Leberzirrhose, alkoholischer Polyneuropathie, Wernicke-Enzephalopathie und schließlich als Spätkomplikation zur Korsakow-Alkoholpsychose (86). Junge Erwachsene, die Alkohol konsumieren und Binge-Drinking betreiben, konsumieren mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch andere psychotrope Substanzen (87).

Akute und chronische Folgen des problematischen Alkoholkonsums sind mannigfaltig. Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen führt ein erhöhter Alkoholkonsum zu negativen Auswirkungen in ihrer Entwicklungsphase und im Erwachsenenalter.

1.5 Aktuelle Studienlage zu Prävalenz und Risikofaktoren des problematischen Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen, Studierenden und Auszubildenden

1.5.1 Prävalenz

Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen

Anhand der epidemiologischen Untersuchung zum problematischen Alkoholkonsum in Kapitel 2.2 wird ersichtlich, dass die jüngsten Altersgruppen in Deutschland (die 18- bis

20-Jährigen, 21- bis 24-Jährigen und 25- bis 29- Jährigen) die höchste Prävalenz an problematischem Alkoholkonsum aufweisen (2, 3). Studierende und Auszubildende stellen somit allein aufgrund ihres Alters (18 bis 29 Jahre) bereits eine Risikogruppe in Bezug auf problematischen Alkoholkonsum dar (2, 15).

Gemäß des Drogen- und Suchtberichtes aus dem Jahr 2019 geben unter den jungen Erwachsenen in Deutschland rund ein Drittel (33,4%) aller Befragten an, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Seit dem Jahr 2014 ist dies ein überwiegend gleichbleibender Trend (19). Die Prävalenz des Rauschtrinkens unter jungen Erwachsenen (insbesondere bei jungen Männern) hat in den vergangenen Jahren insgesamt einen rückläufigen Trend gezeigt (2008: 53,0%; 2019: 43,9%) (19, 24, 34).

Gleichzeitig zeigen Studien aus Deutschland, Europa und den Vereinigten Staaten, dass es während der Pandemiezeit zu einem überwiegenden Rückgang des Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie gekommen ist (88, 89, 90, 91).

Es besteht zudem ein deutlicher Unterschied im Konsumverhalten männlicher und weiblicher 18- bis 29-Jähriger. Ein Kurzbericht des Epidemiologischen Suchtsurveys 2021 hat ergeben, dass bei 37,9% der männlichen und 21,8% der weiblichen jungen Erwachsenen ein problematischer Alkoholkonsum nachweisbar ist (2). Eine Repräsentativbefragung zum Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener im Zeitraum von 2008 bis 2019 hat gezeigt, dass 43,9% der männlichen und nur 24,5% der weiblichen Personen in dieser Altersgruppe mindestens eine Episode des Rauschtrinkens in den vergangenen 30 Tagen erlebt haben (34).

Ähnliche Befunde zum Trinkverhalten junger Erwachsener findet man auch in internationalen Studien (92, 93, 94, 95, 96). Eine Studie aus den Vereinigten Staaten (N=8666), die 18- bis 29-jährige Erwachsene hinsichtlich ihres Alkoholkonsums befragt hat, hat ergeben, dass rund drei Viertel der Probanden im vorherigen Jahr regelmäßig Alkohol konsumierten. Von diesen Teilnehmenden geben 21,1% an, mehrmals im Monat Binge-Drinking zu erleben, während 11,0% angeben, dies mehrmals wöchentlich zu praktizieren (95).

Nach Angaben der WHO stellt der Alkoholkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein weltweites Problem der öffentlichen Gesundheit dar, mit den höchsten Prävalenzraten in Europa (43,8%) und den Vereinigten Staaten (38,2%) (97). Weltweit ist in allen WHO-Regionen die Prävalenz für Binge-Drinking im Alter zwischen 20 und 24 Jahren am höchsten (97).

Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden und Auszubildenden

Mehrere internationale Studien belegen die hohe Prävalenz an problematischem Alkoholkonsum auch unter Universitätsstudierenden, College-Studierenden und Auszubildenden (9, 11, 72, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105). Diese Arbeit bezieht sich dabei ausschließlich auf Studienergebnisse aus den Vereinigten Staaten und Europa, da hier von einem ähnlichen Kulturkreis und Werteverständnis ausgegangen wird, welche maßgeblich den Umgang einer Gesellschaft mit Alkoholkonsum prägen.

Gemäß einer Studie aus den Vereinigten Staaten beträgt die 30-Tage-Prävalenz für Alkoholkonsum bei College-Studierenden 63,1% (11). Nahezu jeder siebte US-amerikanische Studierende gibt gemäß Jones et al. (2020) an, in jüngster Zeit Erfahrungen mit Binge-Drinking gemacht zu haben (103).

Zwei weitere US-amerikanische Untersuchungen haben gezeigt, dass ein exzessiver Alkoholkonsum, wie beispielsweise Binge-Drinking, bei College-Studierenden im Vergleich zu gleichaltrigen Vergleichspersonen deutlich häufiger auftritt (11, 95). Im Zeitraum von 2009 bis 2019 war jedoch insgesamt ein rückläufiger Trend in der Alkoholkonsumrate US-amerikanischer Studierender zu beobachten (103).

In Europa, dem Kontinent mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum, sind problematische Konsummuster unter Studierenden ebenfalls weit verbreitet (104, 106).

Eine Studie, die den Alkoholkonsum von Studierenden aus Dänemark, England, Deutschland, Italien, Portugal und der Schweiz (N=2191) untersucht hat, zeigt, dass beinahe ein Drittel (30,0%) der europäischen Studierenden riskanten und 4,0% einen schädlichen Alkoholkonsum/Missbrauch aufweisen. Eine Alkoholabhängigkeit wurde bei 3,0% der europäischen Studierenden nachgewiesen (105). Andere europäische Studien haben zudem geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum von Studierenden

feststellen können, wobei männliche Studierende einen höheren Alkoholkonsum aufweisen als weibliche Studierende (104, 106). In einer Erhebung von 595 Studierenden aus dem Jahr 2017 geben insgesamt die Hälfte der befragten Studierenden an, dass ihr Alkoholkonsum seit Beginn des Studiums gestiegen ist (107).

Obwohl das Problem des Alkoholkonsums unter Studierenden offensichtlich ist, gibt es in Europa bisher vergleichsweise wenig Forschung dazu (72). Die überwiegende Anzahl an aktuellen europäischen Studien, die sich mit dem problematischen Alkoholkonsum von Studierenden beschäftigt, stammt aus dem Vereinigten Königreich und Irland (105, 108, 109). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Länder im europäischen Vergleich die höchsten Alkoholkonsumraten aufweisen (30, 35).

Gemäß des Ergebnisberichtes zur Befragung deutscher Studierender einer Hochschule in Neu-Ulm und eines Kooperationsprojekts zur *Gesundheit Studierender in Deutschland*, geben mehr als zwei Drittel der deutschen Studierenden an, regelmäßig Alkohol (mindestens zweimal pro Monat) zu konsumieren (5, 7).

Laut den Ergebnissen einer deutschen Repräsentativbefragung junger Erwachsener und Jugendlicher aus dem Jahr 2014, weisen Studierende eine hohe Prävalenz für Rauschtrinken und riskanten Alkoholkonsum auf (110). Alkoholbezogene Störungen (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit) sind unter Studierenden erheblich häufiger als in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben aufzufinden (5, 42, 75, 111). Diverse Studien aus Deutschland legen nahe, dass mehr als ein Drittel der Studierenden in Deutschland Anzeichen für problematischen Alkoholkonsum aufweisen (5, 6, 7, 112). Damit lag Deutschland im Jahr 2009 im oberen europäischen Drittel, hinter Polen und Litauen (112).

Eine deutschlandweite Umfrage von 6 198 Studierenden hat feststellen können, dass 42,6% der befragten männlichen Studierenden und nur 21,3% der weiblichen Studierenden mindestens einmal im Monat Rauschtrinken praktizieren (5). Trotz dieser Ergebnisse variieren Studienergebnisse hinsichtlich des Einflusses des Geschlechts auf den problematischen Alkoholkonsum unter Studierenden. Einige Studien wie die von Lesener et al. zeigen, dass männliche Studierende häufiger als ihre weiblichen Kommilitoninnen einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen (7), während andere Untersuchungen, wie

die von Grützmaker et al., keinen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen können (5). Blaszyk (2021) hat sogar eine höhere Prävalenz von problematischem Alkoholkonsum unter den weiblichen Studierenden beobachten können (6).

Diverse Studien bestätigen, dass sich Studierende, in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Studiengang, bezüglich ihres Alkoholkonsums unterscheiden (5, 6, 7, 109). Eine Befragung von 1 577 Jura- und Medizinstudierenden im Vereinigten Königreich hat gezeigt, dass Jurastudierende einen deutlich höheren Alkoholkonsum aufweisen im Vergleich zu ihren Kommilitoninnen im Medizinstudium. Nichtsdestotrotz weisen auch die Medizinstudierenden eine erhebliche Prävalenz von regelmäßigem und problematischem Alkoholkonsum auf (109). Eine deutsche Vergleichsstudie der TU Braunschweig, welche 127 Psychologiestudierende und 579 Studierende anderer Fachrichtungen befragte, hat ergeben, dass Psychologiestudierende eine geringere Prävalenz für riskanten Alkoholkonsum und Binge-Drinking im Vergleich zu Studierenden anderer Fachrichtungen aufzeigen (113).

Prävalenz von problematischem Alkoholkonsum unter Medizinstudierenden

Das vorliegende Forschungsprojekt beschäftigt sich insbesondere mit der Prävalenz des Alkoholkonsums unter Medizinstudierenden. Obwohl diese Gruppe nach aktueller Studienlage nicht die höchsten Raten an problematischem Alkoholkonsum aufweist (114), wurde sie in vielen internationalen Studien eingehend untersucht und bietet damit eine gute Vergleichsbasis.

Unter US-amerikanischen Medizinstudierenden sind ein weit verbreiteter Alkoholkonsum und regelmäßige Episoden des Rauschtrinkens in Studien zu beobachten. So hat beispielsweise eine Untersuchung von Frank et al. (2008) ergeben, dass 78,0% der 5 000 befragten US-amerikanischen Medizinstudierenden in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert haben (115). Eine weitere US-amerikanische Studie, die 12 500 Medizinstudierende mittels des AUDIT) hinsichtlich ihres Alkoholkonsums befragte, hat gezeigt, dass mehr als ein Drittel (34,0%) der Stichprobe einen übermäßigen Alkoholkonsum ausweisen, der sich beispielsweise durch Episoden von Rauschtrinken manifestiert, oder sogar die diagnostischen Kriterien für Alkoholmissbrauch erfüllt (115, 116). Unter

US-amerikanischen Medizinstudierenden konnte, im Vergleich zu ihren gleichaltrigen Vergleichspersonen in der Gesamtbevölkerung, eine deutlich höhere Prävalenz riskanter und problematischer Alkoholkonsummuster beobachtet werden (116).

Ebenso hat eine Studie aus dem Vereinigten Königreich, die den Alkoholkonsum bei Medizinstudierenden untersuchte, beobachten können, dass mehr als die Hälfte der analysierten Studierenden Anzeichen eines problematischen Alkoholkonsums aufweisen, was anhand eines AUDIT-Scores von ≥ 8 gemessen wurde (109).

Es zeigt sich ebenfalls bei der Mehrheit der deutschen Medizinstudierenden ein Hang zu riskantem bis hin zu schädlichem Alkoholkonsum (8, 101, 117, 118). Eine deutsche Untersuchung zur Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums, bei der 1 002 Medizinstudierende in Dresden befragt wurden, hat ergeben, dass die Hälfte der Teilnehmenden (47,0%) erhöhte Werte im AUDIT aufzeigen, was auf einen problematischen Alkoholkonsum hinweist (119). Auch regelmäßiges Binge-Drinking scheint unter den deutschen Medizinstudierenden weit verbreitet zu sein (101). Laut einer Studie des Universitätsklinikum Freiburg, welche 80 Medizinstudierende zu ihrem Alkoholkonsum befragt hat, weisen ein Fünftel der Studierenden im AUDIT-Fragebogen ein problematisches Konsummuster auf (117). In einer vergleichbaren deutschen Studie von 2023 mit 100 Teilnehmerinnen ist es sogar jeder dritte Medizinstudierende (8). Die Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum liegt bei männlichen Medizinstudierenden insgesamt höher als bei weiblichen (119).

Prävalenz von problematischen Alkoholkonsum unter Auszubildenden

Sowohl in internationalen als auch in deutschen Studien wurden im Wesentlichen nur Universitäts- und College-Studierende zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Dies ist sicherlich der einfacheren Zugänglichkeit der studentischen Stichproben geschuldet. Bislang wurde das Trinkverhalten von Auszubildenden an beruflichen Schulen nur unzureichend in der wissenschaftlichen Forschung betrachtet.

Eine deutsche Untersuchung über den Alkoholkonsum von jungen Erwachsenen, Studierenden und Auszubildenden hat ergeben, dass Studierende im Vergleich zu den befragten Auszubildenden häufiger einen regelmäßigen Alkoholkonsum aufweisen und

auch häufiger über monatliche Episoden des Rauschtrinkens berichten (120). Dennoch existieren Studien aus Deutschland, die zeigen, dass ein problematischer Alkoholkonsum auch unter den Auszubildenden weit verbreitet ist. Eine Querschnittsbefragung von 5 688 deutschen Auszubildenden hat feststellen können, dass 45,0% der Probanden einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen (9). Eine vergleichbare Studie, in der 4 109 Auszubildende bezüglich ihres Substanzkonsums befragt wurden, hat ähnlich hohe Prävalenzraten für problematischen Alkoholkonsum innerhalb dieser Kohorte ergeben (121). Auch eine Expertenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) unterstreicht die weite Verbreitung und hohe Prävalenz des problematischen Substanzkonsums unter Auszubildenden und jungen Mitarbeiterinnen (122).

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es keine einheitliche Stellungnahme zum Einfluss des Geschlechts auf den problematischen Alkoholkonsum von Auszubildenden. Eine deutsche Querschnittsstudie berichtet, dass männliche Auszubildende im Vergleich zu ihren weiblichen Mitschülerinnen eine höhere Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum aufweisen (9). Hingegen deuten vergleichbare andere Forschungsergebnisse darauf hin, dass männliche und weibliche Auszubildende ein vergleichbares Trinkverhalten zeigen könnten (123). In einer Untersuchung von Hirsch et al. (2010), welche (N=1379) Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen aus Sachsen-Anhalt befragte, hat sogar feststellen können, dass weibliche Auszubildende möglicherweise eine höhere Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum aufweisen könnten, als ihre männlichen Mitschüler (124).

Innerhalb der verschiedenen Ausbildungsberufe lassen sich Unterschiede in Bezug auf den Alkoholkonsum feststellen. Eine Studie von Hanke et al. (2012), in der Berufsschülerinnen aus Mecklenburg-Vorpommern befragt wurden (N=1124), hat gezeigt, dass ein risikoarmer Alkoholkonsum besonders in Büro- und Gesundheitsberufen verbreitet ist. Hingegen weisen die Handwerksberufe (insbesondere im Bau) mit einer deutlichen Mehrheit einen riskanten Alkoholkonsum mit regelmäßigen Episoden des Rauschtrinkens auf (125). Einige Forschungsarbeiten, wie beispielsweise die Untersuchung von Tomczyk et al. aus dem Jahr 2016, weisen jedoch darauf hin, dass die erlernte berufliche Tätigkeit keinen erheblichen Einfluss auf den Alkoholkonsum auszuüben scheint (121).

1.5.2 Risiko- und Resilienzfaktoren

Risikofaktoren

Eine Vielzahl internationaler Studien widmet sich der Untersuchung von Risikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum bei Studierenden (6, 72, 116, 126, 127). Durch diese Untersuchungen konnten diverse Determinanten identifiziert werden, die mit einem erhöhten Alkoholkonsum assoziiert sind. Jedoch zeigen die internationalen Studienergebnisse zur Identifikation von Risikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum häufig nur wenig Übereinstimmungen.

Zahlreiche Forschungsarbeiten legen nahe, dass männliche Studierende im Vergleich zu ihren weiblichen Kommilitoninnen eine erhöhte Prävalenz von unproblematischem und problematischem Alkoholkonsum, sowie auch Binge-Drinking aufzeigen. Das männliche Geschlecht ist einheitlich mit einem gesteigerten Alkoholkonsum assoziiert und kann somit als Risikofaktor betrachtet werden (5, 6, 7, 34, 72, 75, 104, 106, 119).

Eine Untersuchung von Keller et al (2007), in welcher 271 Medizinstudierende zu ihren Trink- und Gesundheitsverhalten befragt wurden, hat ergeben, dass Studierende, die regelmäßig Tabak konsumieren vermehrt einen gesteigerten Alkoholkonsum und eine erhöhte Prävalenz von Binge-Drinking-Episoden aufweisen. Folglich kann der Tabakkonsum ebenfalls als ein Risikofaktor in Beziehung zu einem gesteigerten Alkoholkonsum stehen (72, 101).

Die aktuelle Lebenssituation der Studierenden scheint ebenfalls einen Einfluss auf ihr Konsumverhalten zu haben. In verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass Studierende, die in einem Umfeld leben, das als typisch *studentisch* betrachtet werden kann, beispielsweise alleine, in einer Wohngemeinschaft (WG) oder in einem Studentenwohnheim, einen erhöhten und häufigeren Alkoholkonsum aufweisen im Vergleich zu Studierenden, die mit ihren Eltern oder ihrem Partner zusammenleben (72, 101, 128). Laut einer schwedischen Studie von Bullock aus dem Jahr 2004, konsumieren Studierende, die selbst Kinder haben und somit mehr familiäre Verpflichtungen haben, weniger Alkohol und neigen seltener zum Rauschtrinken (129). Eine

Studie aus den Vereinigten Staaten, welche Medizinstudierende (N= 12500) zu ihrem Alkoholkonsum befragte, hat gezeigt, dass Studierende, die keine feste Partnerschaft eingegangen sind, eine höhere Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum aufweisen (116).

Die Auswirkungen des Alters auf den Alkoholkonsum von Studierenden erweisen sich in der internationalen Forschung als unklar formuliert und nicht eindeutig festgelegt. Untersuchungen, wie die von Wicki et al. (2010), haben beispielsweise keine klare Korrelation zwischen dem Alter und den Alkoholkonsummustern aufzeigen können (72). Vergleichbare Studien, wie die von Jackson et al., haben jedoch gezeigt, dass ein jüngeres Alter mit einer erhöhten Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum assoziiert ist (116).

Die bisherigen Ergebnisse internationaler Studien zur Assoziation zwischen komorbiden psychischen Störungen und erhöhtem Alkoholkonsum scheinen bisher ebenfalls nicht eindeutig zu sein. Einige Studien zeigen eine Korrelation zwischen depressiver Symptomatik, sowie psychischer Belastung und erhöhten AUDIT-Werten bzw. einem erhöhten Risiko für problematischen Alkoholkonsum auf (112, 119, 130). Es wird ebenfalls diskutiert, dass Studierende möglicherweise ihren Alkoholkonsum steigern, um Symptome einer Depression zu lindern (127). Andererseits haben europäische Studien, wie die von Pickard et al. (2000) und Bothmer und Fridlund (2005), keinen Zusammenhang zwischen komorbider Depression und problematischem Alkoholkonsum feststellen können (131, 132). Eine Studie von Jurkat et al. aus dem Jahr 2011 hat sogar aufgezeigt, dass psychische Belastungen bei Studierenden negativ mit dem Alkoholkonsum korrelieren können (133).

Zudem ergab eine Untersuchung von Kuntsche et al., bei der 2 090 Studierende aus der Schweiz bezüglich der Verbindung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und ihrem Alkoholkonsum analysiert wurden, dass ein niedriger Grad an Neurotizismus mit einem erhöhten Alkoholkonsum und einer gesteigerten Prävalenz von Rauschtrinken assoziiert ist (134).

Stress, insbesondere Prüfungsstress, Zeitnot, Überforderung und Leistungsdruck korrelieren in internationalen Studien ebenfalls mit einem erhöhten Alkoholkonsum bei Studierenden und stellen somit potenzielle Risikofaktoren da (72, 135). Eine Untersuchung von Gilles et al. aus dem Jahr 2006, die den Zusammenhang zwischen sozialen Ängsten als Prädiktor für gesteigerten Alkoholkonsum bei College-Studierenden erforschte, hat gezeigt, dass es eine Korrelation zwischen sozialen Ängsten und einem erhöhten Risiko für riskante Konsummuster gibt (47).

Eine US-amerikanische Studie, welche den Zusammenhang zwischen Burnout und einem vermehrten Auftreten von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Medizinstudierenden untersuchte, hat ergeben, dass ein Zustand des Burnouts während des Studiums mit einem erhöhten Alkoholkonsum assoziiert ist. Auch finanzielle Sorgen und Schulden korrelieren mit einer erhöhten Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (116). Gemäß Muli und Lagan gehen Belastungen und Konflikte innerhalb der Familie mit einem erhöhten Alkoholkonsum bei Studierenden einher (107).

Als primäre Motivation für den Alkoholkonsum bei Studierenden identifizieren mehrere Studien die Suche nach Vergnügen und dem Erleben einer positiven gemeinsamen Zeit (soziale Motive und positive Erwartungen in Bezug auf den Alkoholkonsum) (47, 65, 66). Gemäß den Erkenntnissen von Muli und Lagan sind das Neugierverhalten und das Bestreben, sozial nicht ausgeschlossen zu werden, als zusätzliche Risikofaktoren für eine gesteigerte Prävalenz von Alkoholkonsum unter Studierenden anzusehen (107).

Es ist zu berücksichtigen, dass die genannten Risikofaktoren auf Untersuchungen zum Konsumverhalten von Universitäts- und College-Studierenden basieren. Bisher wurden in Deutschland zu wenige Studien durchgeführt, die sich mit Auszubildenden und ihren Risikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum befassen.

Resilienzfaktoren

Es gibt nur eine begrenzte Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich der Erforschung von Resilienzfaktoren/protektiver Faktoren für problematischen Alkoholkonsum

bei Studierenden gewidmet haben. Darüber hinaus wurde der problematische Alkoholkonsum bei Auszubildenden, wie bereits erwähnt, in aktuellen Studien kaum berücksichtigt.

Protektive Faktoren für den Umgang mit Alkohol, wie sie von Fleischhacker et al. beschrieben werden, umfassen positive Beziehungserfahrungen sowohl innerhalb der Herkunftsfamilie als auch in der Peergroup. Ebenfalls zeigt sich eine Korrelation zwischen dem Empfinden von Selbstwirksamkeit und einem verringerten Alkoholkonsum (82). Die Studie von Wicki et al., welche 65 relevante Artikel über den gesteigerten Alkoholkonsum und riskante Trinkmuster bei europäischen Universitätsstudierenden analysiert, hat feststellen können, dass ein erhöhtes Maß an Religiosität bei Studierenden mit einem verminderten Alkoholkonsum in Zusammenhang steht. Diese Beziehung legt nahe, dass Religiosität als ein möglicher Resilienzfaktor betrachtet werden kann (72).

Sicher ist, dass Alkohol von einem Großteil der Studierenden und Auszubildenden konsumiert wird und problematische Trinkmuster unter ihnen weit verbreitet sind. Bisher konnten nur wenige Risikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum unter diesen jungen Erwachsenen eindeutig identifiziert werden. Die Untersuchung von Resilienzfaktoren wurde in aktuellen Forschungsarbeiten sogar noch weniger beachtet. Viele internationale Studien beschäftigen sich mit dem Konsumverhalten von Studierenden. Vergleichbare europäische und insbesondere deutsche Studien gibt es bisher jedoch nur sehr wenige. Auszubildende wurden nur ungenügend bis gar nicht in Studien einbezogen.

2 Zielstellung

Wie im vorangegangenen Literaturteil ausführlich erörtert, ist der problematische Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft wie auch international, insbesondere unter jungen Erwachsenen, weit verbreitet.

Der problematische Alkoholkonsum ist unter deutschen Studierenden und Auszubildenden weitaus häufiger verbreitet, als in der Allgemeinbevölkerung (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Studierende und Auszubildende befinden sich in einer Lebenssituation, die geprägt ist von schwierigen Entwicklungsaufgaben. So stellt der Übergang zur Hochschulbildung für junge Erwachsene eine kritische Lebensphase dar, in der sich die Gelegenheiten erhöhen, ungesunde und riskante Verhaltensweisen einzuführen und zu etablieren (136).

Die Betrachtung des problematischen Alkoholkonsums von Studierenden und Auszubildenden ist aufgrund der vielfältigen und schwerwiegenden Auswirkungen auf die körperliche, psychosoziale und geistige Gesundheit von besonderer Bedeutung (11, 137). Dieser Umstand stellt ein bedeutendes öffentliches Gesundheitsproblem dar, das weiterhin Beachtung finden muss. Insbesondere unter Studierenden stellt der Alkoholkonsum den vorherrschenden Risikofaktor für Krankheits- und Todesfälle dar (137).

Aufgrund der weitverbreiteten gesellschaftlichen Akzeptanz eines exzessiven Alkoholkonsums als integraler Bestandteil der Kultur des Studentenlebens wird der problematische Alkoholkonsum bei Studierenden oft verharmlost oder bagatellisiert (104). Diese Bagatellisierung des problematischen Alkoholkonsums unter Studierenden hat Auswirkungen auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre akademische Leistungsfähigkeit und erfordert daher eine gezielte Präventions- und Aufklärungsarbeit.

Diverse internationale Studien zeigen einheitlich, dass Studierende im Vergleich zu gleichaltrigen Personen in der Allgemeinbevölkerung einen höheren Alkoholkonsum aufweisen (11, 75, 95, 116, 127). In Übereinstimmung damit deutet eine Studie zur *Drogenaffinität [deutscher] Jugendlicher* auf einen Zusammenhang zwischen höherem Bildungsgrad und verstärktem regelmäßigem Alkoholkonsum hin (10). Allerdings legt eine aktuelle deutsche Studie nahe, dass nur geringfügige Unterschiede im Rauschtrinken bei

jungen Erwachsenen in Abhängigkeit vom Bildungsgrad bestehen (34). Vor diesem Hintergrund zielt diese Arbeit darauf ab, den Einfluss des Bildungsgrades auf den Alkoholkonsum junger Erwachsener genauer zu untersuchen und zu analysieren.

Das Thema des problematischen Alkoholkonsums unter Universitäts- und College-Studierenden sowie den damit verbundenen Risikofaktoren wurde in internationalen Studien untersucht (72, 101, 116, 127, 128, 134). Allerdings gibt es bisher nur einzelne repräsentative deutsche Studien zu diesem äußerst relevanten Thema (4, 6, 119).

Etwa ein Drittel der Schulabsolventinnen in Deutschland entschied sich im Jahr 2019 für eine Berufsausbildung (Tendenz bis 2023 leicht sinkend) (138). Dennoch wurde der Alkoholkonsum junger Menschen bis dato fast ausschließlich für solche mit akademischem Ausbildungsweg (Studium) erforscht.

Zukünftige Forschungsvorhaben zum problematischen Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen sollten nicht ausschließlich auf Studierende beschränkt bleiben, sondern auch das Konsumverhalten und die zugehörigen Risikofaktoren bei Auszubildenden an beruflichen Schulen in Betracht ziehen. Dies ist von Bedeutung, um ein umfassendes Verständnis des problematischen Alkoholkonsums zu erlangen und geeignete Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln.

Um bestehende Wissenslücken der beschriebenen Thematik zu schließen, befasst sich diese Arbeit mit soziodemographischen, sowie Risiko- und Resilienzfaktoren des problematischen Alkoholkonsum unter Studierenden und Auszubildenden aus Halle (Saale), Jena und Gera.

Folgende Fragestellungen wurden hierfür benannt:

- Unterscheiden sich junge Menschen in unterschiedlichen Ausbildungsformen (Studium vs. Ausbildung) in ihrem Konsumverhalten?
- Sind Alter und Geschlecht in jungen Populationen mit problematischem Alkoholkonsum assoziiert?
- Bestehen Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen Studierenden und Auszubildenden je nach ihrem gewählten Studienfach oder Ausbildungsgang?

- Welche Risikofaktoren für problematischen Alkoholkonsum unter Auszubildenden und Studierenden gibt es?
- Welche Resilienzfaktoren wirken protektiv bezüglich der Entwicklung eines problematischen Alkoholkonsums unter Studierenden und Auszubildenden?
- Inwieweit eignet sich der FAST-Screening Test als repräsentatives Testverfahren, um problematischen Alkoholkonsum unter jungen Erwachsenen aufzudecken?

3 Material und Methodik

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Erforschung depressiver Symptome unter Medizinstudierenden an der Martin-Luther-Universität (MLU) Halle konzipiert. Das übergeordnete Projekt, in dem die vorliegende Studie eingebettet ist, verfolgt das Ziel, die Prävalenz, den Verlauf und die beeinflussenden Faktoren der Depressivität bei Medizinstudierenden zu untersuchen und potenzielle Coping-Strategien zu identifizieren. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Ergebnisse der übergeordneten Studie sowie auf zusätzliche Erweiterungen, die verschiedene Teilnehmergruppen einschließen. Diese Teilnehmergruppen umfassen Studierende der Rechtswissenschaften, Zahnmedizin und Psychologie sowie nicht-studentische Personen wie Schülerinnen einer Berufsschule in Halle. Die übergeordnete Studie sowie die jeweiligen Erweiterungen wurden von der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (2017-138) sowie vom zuständigen Landesschulamt Sachsen-Anhalt (24-87/19) positiv votiert.

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums und dessen Risikofaktoren unter Studierenden der Martin-Luther-Universität Halle (MLU), der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) und der Hochschule für Gesundheit Gera (SRH) zu untersuchen. Darüber hinaus werden auch Berufsschülerinnen der Berufsbildenden Schulen V in Halle in die Untersuchung einbezogen.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Auswahl der Stichproben und dessen Rekrutierung

Vor dem Beginn der Datenerhebung bei den Medizinstudierenden der Martin-Luther-Universität Halle (MLU) wurde eine umfangreiche ethische Bewertung der Studie durch die zuständige Ethikkommission der Universität durchgeführt. Diese Bewertung hat das Ziel, den Schutz der Rechte und des Wohlergehens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sicherzustellen. Vor der Erweiterung der Befragung auf Zahnmedizin-, Jura- und Psychologiestudierende sowie auf Berufsschülerinnen erfolgte jeweils eine erneute ethische

Bewertung durch die zuständige Ethikkommission. Diese Evaluierung bestätigte ebenfalls, dass die Studie in ihrer vorgestellten Form den ethischen Standards entspricht und kein Bedenken hinsichtlich des Schutzes der Teilnehmerinnen aufwirft. Vor Beginn der geplanten Erhebung wurde durch die Studienleiterinnen Rücksprache mit der Leitung der Berufsbildenden Schulen V, dem zuständigen Schulamt und dem Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der MLU gehalten. In diesen Gesprächen wurde die Intension der Studie für wichtig befunden und Unterstützung zugesagt.

Da minderjährige Probandinnen nur nach Einverständnis ihrer Eltern an der Befragung teilnehmen hätten können, wurden diese von der Studienteilnahme ausgeschlossen, da eine elterliche Einwilligung das Prinzip der anonymen Studienteilnahme verletzt hätte. Die Befragungen der Medizinstudierenden der MLU Halle erfolgte im Zeitraum vom Wintersemester 2017/2018 bis zum Sommersemester 2020 in den Fachsemestern 1, 4, 5, 9 und 10. Um eine möglichst vollständige Rekrutierung der Studierenden erreichen zu können, erfolgte die Erhebung innerhalb von verpflichtenden Lehrveranstaltungen der medizinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik des Dorothea-Erxleben-Lernzentrums und des SkillsLab, sowie im Rahmen von Vorlesungen und Seminaren im klinischen Studienabschnitt.

Die Datenerhebung der Zahnmedizinstudierenden der MLU wurde im Sommersemester 2019 in den Fachsemester 2, 4, 6, 8 und 10 durchgeführt. Hierbei fanden die Befragungen im Rahmen von verpflichtenden Seminaren und Vorlesungen an der zahnmedizinischen Fakultät statt.

Der Fokus bei den Studierenden der Rechtswissenschaften der MLU wurde auf die Semester 1 (Studienbeginn), 3 (Ende des Grundstudiums) und 9 (Ende des Hauptstudiums) gelegt. Die Befragung der Studierenden fand im Wintersemester 2018/19 im Rahmen von freiwilligen Lehrveranstaltungen an der juristischen Fakultät statt. Aufgrund dieser Gegebenheiten konnte keine hohe Rekrutierungsrate, wie beispielsweise bei den Medizinstudierenden, erreicht werden.

Die Datenerhebung bei den Psychologiestudierenden erfolgte im Wintersemester 2018/2019 an der Martin-Luther-Universität Halle (MLU) in den Semestern 1, 3 und 5.

Zusätzlich wurden Studierende der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Hochschule für Gesundheit Gera im Zeitraum von Sommersemester 2019 bis Sommersemester 2020 einbezogen. Die Studierenden wurden über den universitären Verteiler bzw. den Verteiler der Fachhochschule über die Studie informiert und erhielten eine Einladung zur Teilnahme über Online-Fragebögen. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und erfolgte auf Basis des individuellen Interesses der Studierenden.

Die Befragung der Berufsschülerinnen der Berufsbildenden Schule V in Halle (Saale) fand im Wintersemester 2019/2020 im Rahmen von Pflichtveranstaltungen der verschiedenen Ausbildungsgänge statt. Dazu zählten unter anderem die Ausbildungsgänge zur Gesundheitskauffrau, Medizinischen Fachangestellten, Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten, Zahnmedizinischen Fachangestellten, Zahntechnikerin, Altenpflegerin, Altenpflegehelferin, Masseurin, medizinischen Bademeisterin, Medizinischen Dokumentationsassistentin, Pharmazeutisch-technischen Assistentin, Friseurin, Kosmetikerin und Physiotherapeutin. Aufgrund der zum Teil geringen Zellbesetzung der einzelnen Berufsfelder werden im Folgenden die Berufsschülerinnen in folgende Gruppen unterteilt:

- *Handwerklich technische Berufe* (z.B. Zahntechnikerin, Friseurin),
- *Pflegerische Berufe* (z.B. Altenpflegerin, Heilerziehungspflegerin, Masseurin),
- *Soziale Berufe* (z.B. Erzieherin, Sozialassistentin) und
- *Kaufmännische Berufe* (z.B. Gesundheitskauffrau)

Die Datenerhebung bei den Berufsschülerinnen sowie einer bedeutenden Anzahl der Studierenden erfolgte im Rahmen von verpflichtenden Lehrveranstaltungen, was eine potenziell hohe Einschlussquote der angestrebten Stichproben der jeweiligen Ausbildungsklassen und Fachsemester begünstigte.

3.1.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung

Von den circa 1 150 rekrutierten Medizinstudierenden der MLU nahmen 1 107 an der Studie teil (entsprechen 64,9% aller n=1707 zum Zeitpunkt der Studie eingeschriebenen Medizinstudierenden). Zusätzlich nahmen 78 Medizinstudierende der Friedrich-Schiller-

Universität Jena an der Studie teil. Damit umfasst die Gruppe der untersuchten Medizin-
studierenden insgesamt $n=1185$.

Von den 184 zur Teilnahme eingeladenen Zahnmedizinierenden der MLU nahmen
155 an der Studie teil (entsprechen 81,4% aller $n=188$ zum Zeitpunkt der Studie einge-
schriebenen Zahnmedizinierenden).

Von den circa 480 im Rahmen der Veranstaltungen angetroffenen und eingeladenen
Rechtswissenschaftsstudierenden nahmen 306 an der Studie teil (entsprechen 14,8% al-
ler $n=2073$ zum Zeitpunkt der Studie eingeschriebenen Rechtswissenschafts-
studierenden).

An der MLU konnten 106 Psychologiestudierende in die Studie eingeschlossen werden
(entsprechen 51,5% aller $n=206$ zum Zeitpunkt der Studie eingeschriebenen Psychologie-
studierenden). Von der SHG Gera nahmen 75 Psychologiestudierende an der Studie teil
(entsprechen 83,3% aller $n=90$ Studierenden), von der FSU Jena waren es insgesamt 86
Psychologiestudierende. Damit umfasst die Gruppe aller in die Studie einbezogenen Psy-
chologiestudierenden (MLU, SHG und FSU) $n=270$ Personen.

Aus der Grundgesamtheit der Auszubildenden ($n=789$) konnten $n=702$ im Rahmen der
Lehrveranstaltungen zum Studienzeitpunkt angetroffenen werden. Nach Abzug aller zum
Zeitpunkt der Studie datierten minderjährigen Probandinnen ($N=71$), konnten $n=631$ po-
tentielle Schülerinnen an der Studie teilnehmen. Davon entschieden sich 548 zur
Teilnahme (entsprechen 69,5% aller $n=789$ zum Zeitpunkt der Studie gemeldeten Auszu-
bildenden und 86,8% aller $n=631$ angetroffenen und teilnahmebereiten
Auszubildenden).

Die Teilstichprobe der Studierenden (Medizin-, Zahnmedizin-, Rechtswissenschafts- und
Psychologiestudierenden) beläuft sich somit auf $n=1903$, die der Berufsschülerinnen auf
 $n=548$ ($N=2\ 451$). Die Studierenden waren im Mittel 22,6 Jahre alt ($SD=3,85$; Spannweite
18-53 Jahre). Die Berufsschülerinnen waren im Mittel 22,3 Jahre alt ($SD=6,42$, Spann-
weite 18-56 Jahre). Beide Teilstichproben unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich
des Alters ($F [df=1] = 1,82; p=0,177$).

Sowohl innerhalb der studentischen Stichprobe, als auch in der Stichprobe der Auszubil-
denden fanden sich Altersunterschiede, die in Tabelle 1 abgebildet werden. Unter den

Studierenden fanden sich 65,6% weibliche Studienteilnehmerinnen. In der Berufsausbildungsstichprobe lag dieser Anteil bei 77,8% ($X^2[df=1] = 29,37$; $p < 0,001$). Innerhalb der studentischen Stichprobe fanden sich Unterschiede in der Geschlechterverteilung, nicht aber in der Gruppe der Berufsschülerinnen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Soziodemographische Merkmale der Stichprobe und Teilgruppen

Teilstichprobe	n	Alter		biol. Geschlecht	Teststatistik ^a
		M	SD	% weiblich	
Studierende	1903	22,6	3,85	65,6%	Alter: $F[df=3]=34,70$; $p < 0,001$
Medizin	1174	23,1	3,95	65,7%	(Zahnmed, Med) > Psych > Jura
Zahnmedizin	155	23,7	4,13	63,2%	Geschlecht: $X^2[df=3]=52,5$;
Rechtswissenschaften	306	20,9	2,32	52,6%	$p < 0,001$
Psychologie	268	21,9	3,91	81,3%	Psych > (Med, Zahnmed) > Jura
Berufsschülerinnen	548	22,3	6,42	77,8%	
Handwerklich technische Berufe	114	20,2	3,08	80,5%	Alter: $F[df=3]=7,37$; $p < 0,001$
Pflegerische Berufe	248	23,5	7,64	80,2%	Pflege > HWT
Soziale Berufe	99	22,2	6,07	70,4%	Geschlecht: $X^2[df=3]=4,64$;
Kaufmännische Berufe	87	21,5	5,31	75,9%	$p = 0,200$
Total	2451	22,54	4,54	68,3%	

^a berichtet werden Varianzanalysen (Alter) bzw. X^2 -Statistiken (Geschlecht) sowie jeweils post-hoc-Vergleiche (Bonferroni-Korrektur) der Einzelvergleiche mit $p < 0,05$.

Bei der Auswertung der Ergebnisse zwischen Studierenden und Berufsschülerinnen werden die Geschlechtsunterschiede als Kovariate berücksichtigt, um potenzielle Einflüsse auf das Ergebnis zu kontrollieren. Innerhalb der Teilstichproben werden zudem Unterschiede in Alter und Geschlecht als Kovariaten einbezogen, um mögliche Confounding-Effekte zu minimieren und die spezifischen Effekte der interessierenden Variablen genauer zu untersuchen. Durch die Berücksichtigung dieser Kovariaten wird eine differenzierte Analyse ermöglicht und eine genauere Interpretation der Ergebnisse ermöglicht.

3.2 Fragebogenentwicklung

Als zentrales Messinstrument der vorliegenden Arbeit diente der Fragebogen (siehe Anhang), der von der Arbeitsgruppe um Prof. Watzke zur Erfassung von Risiko- und Resilienzfaktoren für Depressivität entwickelt wurde. Er verwendete eine Vielzahl von Antwortformaten, um den Teilnehmern eine differenzierte Beantwortung der Fragen zu ermöglichen. Hierbei kamen sowohl offene Antwortformate zum Einsatz, bei denen die Teilnehmer ihre Antworten frei formulieren konnten, als auch vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden entsprechend der Fragestellung ausgewählt und umfassten dichotome Optionen, Likert-Skalen mit 4 oder 5 Stufen zur Bewertung von Aussagen, offene und numerische Frageformate sowie kategoriale Antwortalternativen, die den Teilnehmern die Möglichkeit gaben, mehrere Antwortoptionen anzukreuzen.

Der vorliegende Fragebogen umfasst mehrere Abschnitte, die jeweils spezifische Aspekte der Studienteilnehmerinnen erfassen. Dabei wurden die Formulierungen entsprechend der jeweils untersuchten Studienpopulation angepasst.

Im ersten Abschnitt des Studienprotokolls werden demografische Daten und persönliche Selbstbeschreibungen der Studierenden und Auszubildenden erhoben. Hierzu gehören unter anderem Variablen wie das biologische Geschlecht, das Alter, der Familienstand und die Anzahl der leiblichen Kinder. Dieser Abschnitt zielt darauf ab, potenzielle soziodemografische Risiko- und Resilienzfaktoren im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum zu ermitteln. Die Erfassung dieser Informationen ermöglicht es, eine umfassende Analyse der demografischen Merkmale und persönlichen Hintergründe der Teilnehmerinnen vorzunehmen und deren möglichen Einfluss auf den Alkoholkonsum zu untersuchen.

Der nachfolgende Abschnitt des Studienprotokolls weist geringfügige Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen auf und umfasst Fragen zur Ausbildung bzw. zum Studium sowie zur Freizeitgestaltung und -erfahrungen der Berufsschülerinnen und Studierenden. Darüber hinaus werden Fragen zur Lebensweise der Probandinnen gestellt, einschließlich des Wertes, der auf eine gesunde Ernährung gelegt wird. Dieser Abschnitt

enthält auch den FAST sowie weitere Fragen zum Substanzkonsum der Studierenden und Auszubildenden. Damit werden nicht nur detaillierte Informationen über potenziellen problematischen Alkoholkonsum bzw. Alkoholmissbrauch erfasst, sondern es werden auch weitere potenzielle Risiko- und Resilienzfaktoren des Alltags, welche im *Kapitel 3.2.2 Unabhängige Variable* im Einzelnen beschrieben werden, erfragt, die mit diesem Konsumverhalten in Verbindung stehen könnten.

Dieser umfangreiche Abschnitt ermöglicht eine detaillierte Erfassung von Informationen über den individuellen Hintergrund und die Lebensstilfaktoren, die mit dem Alkoholkonsum verbunden sind. Der zur Operationalisierung des problematischen Alkoholkonsums verwendete FAST wird im Abschnitt *3.3.1 Abhängige Variable* ausführlicher aufgeführt. Die im Fragebogen ermittelbaren Risiko- und Resilienzfaktoren für problematischen Alkoholkonsum werden im Abschnitt *3.2.2 Unabhängige Variable* detaillierter beschrieben.

Der dritte Abschnitt des Fragebogens widmet sich dem Einsatz des Beck-Depressions-Inventars II (BDI-II), welcher ein anerkanntes Instrument zur Bewertung von depressiven Symptomen darstellt. Die psychometrischen Eigenschaften des BDI-II wurden umfassend sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Stichproben untersucht und weisen eine hohe Objektivität, Reliabilität und Validität auf (139).

Die Integration des BDI-II in die Studie ermöglicht eine eingehende Analyse der Beziehungen zwischen depressiven Symptomen und dem problematischen Alkoholkonsum oder Alkoholmissbrauch bei den Probandinnen.

Im vierten Abschnitt des Fragebogens wird der NEO-FFI aufgeführt, welcher ein psychologisches Instrument zur Messung des Persönlichkeitsmerkmals Neurotizismus ist (140). Der Test basiert auf dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit, welches die grundlegenden Dimensionen der Persönlichkeit in fünf Bereiche unterteilt (*Big Five* nach Costa und McCrae): Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (141).

In einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe mit einer Teilnehmerzahl von N=1908 wurde ein Durchschnittswert (M) von 1,62 für die Neurotizismus-Skala ermittelt, mit einer Standardabweichung (SD) von 0,62 (142). In der vorliegenden Studie beträgt Cronbach's Alpha für die Neurotizismus-Skala 0,82.

Die Integration des NEO-FFI in die Studie ermöglicht eine eingehende Analyse der Korrelation zwischen Neurotizismus und dem problematischen Alkoholkonsum oder Alkoholmissbrauch bei den Probandinnen.

Abschließend wird der SCS-K-D- Test zur Selbstkontroll-Kapazität aufgeführt. Dieser Abschnitt des Fragebogens wurde jedoch ausschließlich innerhalb der Kohorte der Auszubildenden eruiert und kann folglich nicht in direktem Vergleich mit den anderen Teilnehmerinnen der Studie herangezogen werden.

Der SCS-K-D-Test (Brief Self-Control Scale) besteht aus 13 Items bzw. Aussagen, die verschiedene Aspekte der Selbstkontrolle abdecken(143, 144). Die Teilnehmenden werden gebeten, anzugeben, inwieweit sie sich mit den Aussagen identifizieren können oder wie gut sie in der Lage sind, bestimmte Verhaltensweisen zu kontrollieren. Die Fragen beziehen sich beispielsweise auf die Fähigkeit, Versuchungen zu widerstehen, sich zu konzentrieren, Aufgaben zu erledigen oder impulsive Entscheidungen zu treffen.

Die Antworten werden auf einer Likert-Skala bewertet, die den Grad der Übereinstimmung mit der jeweiligen Aussage angibt. Die Auswertung des Tests erfolgt durch die Summierung der Punkte, die den Antworten zugeordnet sind. Ein höherer Punktwert zeigt eine stärkere Selbstkontrollkapazität an, während ein niedrigerer Punktwert auf Schwierigkeiten bei der Selbstkontrolle hinweist.

Die Skala wurde mit guten internen Konsistenzen und überzeugenden Validitätsbelegen psychometrisch überprüft (144).

3.3 Operationalisierung der Variablen und testpsychologischen Verfahren

3.3.1 Abhängige Variablen

Für die Operationalisierung der abhängigen Variable des problematischen Alkoholkonsums der Teilnehmenden wird der FAST verwendet. Der FAST hat sich als effizientes Instrument erwiesen, um eine Unterscheidung zwischen problematischem und unproblematischem Alkoholkonsum vornehmen zu können (145). Er wurde im Jahr 2002 von Hodgson et al. als Ableitung des AUDIT entwickelt, um ein schnelles ambulantes Screening in Notfallsituationen zu ermöglichen (1).

Viele Studien der letzten 25 Jahre zum Forschungsschwerpunkt des problematischen Alkoholkonsums (146, 147, 148)) haben umfangreich dokumentiert, dass der AUDIT-Fragebogen, bestehend aus 10 Fragen, ein etabliertes und valides Screening-Instrument darstellt. Dieser Fragebogen wird weithin als Goldstandard betrachtet, um problematischen oder gefährlichen Alkoholkonsum zu identifizieren, wobei höhere Werte auch auf schädlichen oder abhängigen Konsum hinweisen können (1). Der AUDIT stellt ein detailliertes, aber auch zeitaufwändiges Messinstrument dar (149).

Der FAST wurde durch Extraktion der Fragen drei, fünf, acht und zehn aus dem AUDIT entwickelt und ist ein etabliertes Screening-Verfahren zur Diagnostik von problematischem Alkoholkonsum. Er wird bisher in einer Vielzahl von medizinischen Einrichtungen eingesetzt, z.B. in Notaufnahmen, aber auch in einer Vielzahl von anderen Gesundheitseinrichtungen (145, 150). Eben da wird ihm sowohl eine hohe Sensitivität von 93% (94% bei Männern und 86% bei Frauen) als auch eine hohe Spezifität von 88% (86% bei Männern und 90% bei Frauen) zugeschrieben, um problematischen oder missbräuchlichen Alkoholkonsum zu erkennen. Eine Analyse der Reliabilität des FAST ergab einen Cronbachs-Alpha-Koeffizienten von 0,77, was auf eine gute bis akzeptable interne Konsistenz hinweist. Zudem zeigte die Test-Retest-Reliabilität einen Wert über 0,8, was auf eine gute Reproduzierbarkeit der erhobenen Ergebnisse hinweist (150).

Der FAST besteht aus den folgenden 4 Fragen (1, 151):

- Frage 1: *Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit? (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps) (Frage 60/63)*
- Frage 2: *Wie oft konnten Sie sich im vergangenen Jahr nach Alkoholkonsum nicht mehr (vollständig) an einen Abend erinnern („Filmriss“)? (Frage 61/64)*
- Frage 3: *Wie oft konnten Sie im vergangenen Jahr am Morgen nach Alkoholkonsum nicht das tun, was Sie normalerweise getan hätten? (Frage 62/65)*

Bei den ersten drei Fragen gibt es jeweils die Antwortmöglichkeiten: „nie“, „selten“, „monatlich“, „wöchentlich“ und „(fast) täglich“.

- Frage 4: *Wie oft hat Sie im vergangenen Jahr jemand auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen z. B. mit der Empfehlung den Konsum zu reduzieren? (Frage 63/66)*

Frage 4 hat hingegen nur drei Antwortmöglichkeiten, die da sind: „nie“, „einmal“ und „mehrmals“.

Die Auswertung des FAST erfolgt folgendermaßen (150):

Wenn die Antwort auf Frage eins „nie“ lautet, missbraucht die Patientin keinen Alkohol und muss keine weiteren Fragen beantworten.

Wenn die Antwort auf Frage eins „wöchentlich“ oder „(fast) täglich“ lautet, liegt bei der Patientin ein problematischer Alkoholkonsum vor.

Wenn die Antwort auf Frage eins "selten", "monatlich" oder höher lautet, werden die Fragen zwei, drei und vier berücksichtigt und jeweils mit Werten von null bis vier bewertet:

- Für die Fragen eins bis drei gilt: „nie“ = null Punkte, „selten“ = ein Punkt, „monatlich“ = zwei Punkte, „wöchentlich“ = drei Punkte, „(fast) täglich“ = vier Punkte.
- Für Frage vier gilt: „nie“ = null Punkte, „einmal“ = zwei Punkte und „mehrmals“ = vier Punkte.

Die Punktzahlen werden dann addiert und ergeben den jeweiligen *Fast-(Summen-)Score*. Dabei beträgt die Mindestpunktzahl null Punkte und die Höchstpunktzahl 16 Punkte. Bei Punktzahlen von **größer drei** liegt ein **problematisches Trinkverhalten** vor.

Zusätzlich ist anzumerken, dass bei Angabe einer Frequenz des Alkoholkonsums wie "wöchentlich" oder "(fast) täglich" ebenfalls von einem potenziell gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum, möglicherweise sogar einer Abhängigkeit, ausgegangen werden sollte.

In dieser Studie werden sowohl der FAST-Score als dimensionsbezogener Kennwert zur Erfassung des *problematischen Alkoholkonsums* verwendet als auch ein kategoriales Maß, das den mindestens schädlichen Gebrauch gemäß der genannten Kriterien (Score > 3 oder Item 1 mit einer Frequenz höher als monatlich) definiert.

Der Fast-Screening-Bogen wird durch das Hinzufügen folgender Frage ergänzt: "*An wie vielen Tagen pro Woche konsumieren Sie mindestens ein alkoholisches Getränk?*" (Frage 59/62 im Fragebogen). Die Beantwortung dieser Frage erfolgt in einem offenen Antwortformat. Ihr Zweck besteht darin, einen erhöhten Konsum aufzudecken, der bisher noch nicht als problematisch eingestuft wurde.

Während der FAST-Score hauptsächlich dazu dient, den problematischen Alkoholkonsum oder Missbrauch zu ermitteln, kann diese Frage bei einem negativen FAST-Summenscore von weniger als 3 Punkten dazu beitragen, ein riskantes Trinkverhalten zu identifizieren. Die Einbeziehung dieser Frage in den Fragebogen ermöglicht eine umfassendere Beurteilung des Alkoholkonsums, da sowohl der FAST-Score als auch die Häufigkeit des Konsums berücksichtigt werden.

Gemäß einer Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum *Deutschen Lebertag* (152) wird empfohlen, dass Personen, die Alkohol konsumieren, mindestens zwei Tage pro Woche auf alkoholische Getränke verzichten sollten, um einer Gewöhnung oder Abhängigkeit vorzubeugen. An den verbleibenden Tagen sollten die Richtwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum eingehalten werden.

In Bezug auf das Item *"An wie vielen Tagen pro Woche konsumieren Sie mindestens ein alkoholisches Getränk?"* lässt eine Antwort von mehr als fünf darauf schließen, dass ein riskantes Trinkverhalten vorliegt.

3.3.2 Unabhängige Variable

Die Operationalisierung der unabhängigen Variable der im Fragebogen ermittelten Risiko- und Resilienzfaktoren für problematischen Alkoholkonsum unter Studierenden und Auszubildenden wird im Folgenden detaillierter beschrieben.

Risikofaktoren

Risikofaktor biologisches/soziales Geschlecht

Das Vorliegen des Risikofaktors männliches Geschlecht wird anhand der Beantwortung des Items *"Biologisches Geschlecht"* (Frage 1) oder *"Soziales Geschlecht"* (Frage 2) mit der Kategorie *"männlich"* ermittelt. Dabei handelt es sich um eine kategorielle Antwortform.

Risikofaktoren familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen

Die potenzielle familiäre genetische Disposition wird anhand des Items *"War/ist eines Ihrer Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung?"* (Frage 23) erfasst. Wenn in Bezug auf die Mutter, den Vater, die Geschwister oder die Großeltern eine oder mehrere psychische Diagnosen als zutreffend angegeben werden (*„Demenz“*, *„Abhängigkeit“*, *„Psychose“*, *„Bipolare Störung“*, *„Depression“*, *„Angststörung“*, *„Essstörung“*, *„Persönlichkeitsstörung“*), wird dies als Indikator für den Risikofaktor der familiären psychischen Belastung betrachtet.

Wenn eine Diagnose im Bereich der *„Abhängigkeit“* angegeben wird, wird dieses Item als Risikofaktor für familiäre Abhängigkeitserkrankungen betrachtet. Dabei handelt es sich jeweils um ein kategorielles Antwortverfahren mit der Möglichkeit zur Mehrfachnennung.

Risikofaktor eigene psychische Erkrankung

Die Prävalenz einer eigenen psychischen Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung wird anhand des Items *"Waren oder sind Sie selbst wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?"* (Frage 24) erfasst. Wenn die Antwort auf dieses Item eine oder mehrere der folgenden Kategorien umfasst: *"Störungen im Kindesalter"*, *"Abhängigkeit"*, *"Psychose"*, *"Bipolare Störung"*, *"Depression"*, *"Angststörung"*, *"Essstörung"* oder *"Persönlichkeitsstörung"*, wird der Risikofaktor der eigenen psychischen Erkrankung als gegeben betrachtet. Dabei handelt es sich um ein kategorielles Antwortverfahren, welches Mehrfachantworten zulässt.

Risikofaktor Beck-Depressions-Inventar-II- total-Score (BDI-II)

Der BDI-II umfasst 21 verschiedene Fragen, die die verschiedenen Symptome einer Depression erfassen, darunter *„Traurigkeit“* (Frage 1), *„Pessimismus“* (Frage 2), *„frühere Misserfolge“* (Frage 3), *„Verlust von Freude“* (Frage 4), *„Schuldgefühle“* (Frage 5), *„Gefühle, bestraft zu werden“* (Frage 6), *„Abneigung gegen sich selbst“* (Frage 7), *„Selbstvorwürfe“* (Frage 8), *„Suizidgedanken oder -wünsche“* (Frage 9), *„Weinen“* (Frage 10), *„Unruhe“* (Frage 11), *„Interessenlosigkeit“* (Frage 12), *„Entschlussunfähigkeit“* (Frage 13), *„Wertlosigkeit“* (Frage 14), *„Verlust an Energie“* (Frage 15), *„Veränderungen der Schlafgewohnheiten“* (Frage 16), *„Reizbarkeit“* (Frage 17), *„Veränderung des Appetits“* (Frage 18), *„Konzentrationschwierigkeiten“* (Frage 19), *„Müdigkeit“* (Frage 20) und *„Verlust des Interesses an Sex“* (Frage 21).

Die Fragen werden hauptsächlich mit einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet, die von 0 (keine Symptome) bis 3 (schwere Symptome) reicht. Bei den Fragen 16 *„Veränderungen im Schlafverhalten“* und 18 *„Veränderungen im Appetit“* können sieben mögliche Antwortoptionen ausgewählt werden. Die Auswertung des BDI-II erfolgt durch die Addition der Einzelwerte zu einem Gesamtwert, wobei der maximale Gesamtwert 63 Punkte beträgt.

Ein Gesamtwert von 0-13 Punkten deutet auf keine Depression, eine klinisch unauffällige Depression oder eine remittierte Depression hin. Bei einem Gesamtwert von 14-19 Punkten kann eine leichte Depression angenommen werden, während bei 20-28 Punkten von

einer mittelschweren Depression ausgegangen wird. Ab einem Gesamtwert von 29 Punkten wird eine schwere Depression vermutet.

Risikofaktor Alter

Das Alter der Testperson wird in einem offenen Fragenformat (Frage 3) in Jahren erfragt.

Risikofaktor Leben ohne Partnerschaft

Der Risikofaktor wird festgestellt, wenn das Item zur Partnerschaft mit der Antwortoption „kein Partner oder Beziehung kürzer als 3 Monate/ ohne Partner lebend“ (Frage 7) beantwortet wird. Diese Frage wird in einem kategoriellen Antwortformat abgefragt.

Risikofaktor niedriger sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status wird anhand der folgenden Items erfasst: „Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihre Mutter?“ (Frage 11), „Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihre Mutter?“ (Frage 12), „Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihr (sozialer) Vater?“ (Frage 14) und „Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihr (sozialer) Vater?“ (Frage 15). Ein niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie wird angenommen, wenn mindestens eines der folgenden Antwortalternativen sowohl für den Vater als auch für die Mutter zutrifft: „ohne Schulabschluss“, „Hauptschule“ oder „ungelernt“. Für die Erfassung wird erneut ein kategorielles Antwortformat verwendet.

Risikofaktor mittlere Entfernung vom Heimatort (km)/Risikofaktor Aufgewachsen im Ausland

Die Erfassung der geografischen Herkunft der Teilnehmenden erfolgt durch die Abfrage des Items „In welchem Bundesland sind Sie aufgewachsen?“ (Frage 10). Dabei werden den Probanden sämtliche 16 Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland als Antwortalternativen zur Verfügung gestellt, einschließlich der Option „außerhalb von Deutschland aufgewachsen“.

Der Risikofaktor *Entfernung vom Heimatort* wird in der vorliegenden Arbeit als Abstand (in km) zwischen Heimatort der Teilnehmenden und Befragungsort (Halle) ermittelt. Da präzise Angaben zum genauen Wohnort nicht vorliegen, wurde der geografische Mittelpunkt jedes Bundeslandes als Referenzpunkt gewählt.

Der Risikofaktor *Aufgewachsen im Ausland* liegt vor, wenn die Frage mit „*Außerhalb Deutschlands aufgewachsen*“ beantwortet wird. Die Erfassung dieser Variablen erfolgt erneut mittels eines kategoriellen Antwortformats.

Risikofaktor Wohnsituation

Die gegenwärtige Wohnsituation der Teilnehmenden wird anhand der kategoriellen Fragestellung „*Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?*“ (Frage 37/38) erfasst. Dabei stehen den Probanden die folgenden Antwortoptionen zur Verfügung: „*alleine/eigene Wohnung*“, „*Wohnung mit Partner*“, „*in einer Wohngemeinschaft*“, „*Zimmer im Lehrlingswohnheim*“ oder „*bei den Eltern*“.

Risikofaktor Verlust/Tod eines Elternteils

Dieser spezifische Risikofaktor manifestiert sich, wenn das Item „*Haben Sie ein Elternteil durch Trennung oder Tod verloren?*“ (Frage 19) mittels der Antwortalternativen „*Trennung der Eltern*“, „*Tod des Vaters*“ oder „*Tod der Mutter*“ beantwortet wird. Die Erfassung dieser Variable erfolgt erneut anhand eines kategoriellen Antwortformats.

Risikofaktor Neurotizismus

Die Neurotizismus-Subskala des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars umfasst zwölf Items, die jeweils mittels einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Skala ermöglicht den Probanden, ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den Aussagen auf einer Skala von 0 (starke Ablehnung) bis 4 (starke Zustimmung) auszudrücken.

Zur statistischen Analyse werden die Antworten auf den einzelnen Items summiert, um einen Gesamtwert zu erhalten. Dieser Gesamtwert wird durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert, um den Durchschnittswert der Neurotizismus-Skala zu berechnen.

Der Durchschnittswert liegt zwischen 0 und 4 und gibt Auskunft über das Ausmaß des Neurotizismus. Ein höherer Durchschnittswert deutet auf eine stärkere Ausprägung des Persönlichkeitsfaktors Neurotizismus hin.

In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, dass Neurotizismus als Risikofaktor in Bezug auf die Entwicklung depressiver Symptome vorliegt, wenn der Skalenmittelwert eines Studierenden mehr als eine Standardabweichung über dem Skalenmittelwert der in dieser Studie untersuchten Stichprobe liegt. Folglich wird bei einem Neurotizismus-Skalenwert ≥ 2.54 davon ausgegangen, dass der Risikofaktor *Neurotizismus* vorliegt.

Risikofaktor finanzielle Belastung

Die finanzielle Belastung wird durch das Item „*Stehen Ihnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung?*“ (Frage 40/41) erfasst. Die Beantwortung erfolgt anhand einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen „*mehr als genügend*“, „*ausreichend*“, „*manchmal zu wenig*“, „*oft zu wenig*“ oder „*ich stehe meist unter großem finanziellen Druck*“. Der Risikofaktor der finanziellen Belastung liegt vor, wenn eine der letzten drei Antwortalternativen ausgewählt wird, was darauf hinweist, dass zumindest gelegentlich ein Mangel an finanziellen Mitteln besteht.

Risikofaktor Konsum/Missbrauch von Drogen oder Medikamenten

Zur Erfassung eines potenziell problematischen Gebrauchs von Drogen oder Medikamenten dienen die folgenden Items:

1. Das Item „*Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung?*“ (Frage 65/68) bietet die Antwortmöglichkeiten „*Medikamente*“, „*aktivierende Drogen*“ und „*keine*“. Wenn das Item mit den Antwortmöglichkeiten „*Medikamente*“ oder „*aktivierende Drogen*“ beantwortet wird, wird der Risikofaktor als gegeben angesehen.
2. Das Item „*Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können?*“ (Frage 66/69) bietet die Antwortmöglichkeiten „*Medikamente*“, „*sedierende Drogen*“ oder „*keine*“. Wenn das Item mit den

Antwortmöglichkeiten „Medikamente“ oder „sedierende Drogen“ beantwortet wird, gilt der Risikofaktor als erfüllt.

Es handelt sich hierbei um kategorielle Fragenformate mit der Möglichkeit zur Mehrfachbenennung.

Risikofaktor Konsum von Tabak

Der Tabakkonsum wird anhand des Items „Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?“ (Frage 64/67) quantifiziert. Diese Frageform erlaubt den Teilnehmenden, ihre tägliche Anzahl an Zigaretten anzugeben. Bei einer Angabe von 1 oder mehr Zigaretten pro Tag wird der Risikofaktor des Tabakkonsums als vorhanden betrachtet. Es handelt sich um ein offenes Fragenformat.

Studienbezogene bzw. ausbildungsbezogene Belastungsfaktoren

Die Erfassung der studienbezogenen bzw. ausbildungsbezogenen Belastungsfaktoren erfolgt mithilfe des Items „Gibt es aktuell Dinge, die es Ihnen schwer machen, mit Ihrer Entscheidung für Ihre Ausbildung/ Studium glücklich zu sein?“ (Frage 37/38). Bei diesem Item handelt es sich um ein kategorielles Antwortformat.

Im Vergleich zu den bisher genannten Risikofaktoren sind unter diesen Faktoren insbesondere gegenwärtig präsente Belastungen aufgrund des Studiums bzw. der Ausbildung zu verstehen. Das Item kann mit möglicher Mehrfachnennung beantwortet werden, wobei folgende Belastungsfaktoren als Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung eines problematischen Alkoholkonsums berücksichtigt werden: „unsichere Zukunftsperspektive“, „Konkurrenz unter den Auszubildenden“, „wenig Flexibilität in der Ausbildung“, „Zeitnot“, „belastende Ausbildungsinhalte“, „finanzielle Belastung durch die Ausbildung“, „Überforderung“, „Einsamkeit“ und „Leistungsdruck“.

Risikofaktor unsichere Zukunftsperspektive

Erfolgt die Beantwortung des zuvor genannten Items mit der Antwortoption „unsichere Zukunftsperspektive“, so wird der Risikofaktor als vorliegend betrachtet.

Risikofaktor Konkurrenz unter Auszubildenden/Studierenden

Sofern das oben genannte Item mit der Antwortoption „Konkurrenz unter den Auszubildenden/Studierenden“ beantwortet wird, wird der Risikofaktor als gegeben betrachtet.

Risikofaktor Zeitnot während des Studiums/der Ausbildung

Wählt die Probandin die Antwortmöglichkeit „Zeitnot“ im oben genannten Item, gilt der Risikofaktor als gegeben.

Risikofaktor Überforderung durch Studium Ausbildung

Erfolgt die Beantwortung des zuvor genannten Items mit der Antwortoption „Überforderung“, so wird der Risikofaktor als vorliegend betrachtet.

Risikofaktor Leistungsdruck

Wenn die Probandin bei dem zuvor genannten Item die Antwortoption „Leistungsdruck“ wählt, wird der Risikofaktor als erfüllt betrachtet.

Risikofaktor Einsamkeit

Sofern das zuvor genannte Item mit der Antwortoption „Einsamkeit“ beantwortet wird, wird der Risikofaktor als erfüllt angesehen.

Resilienzfaktoren

Resilienzfaktor Spaß am Studium/an der Ausbildung

Die Erfassung der Freude am Studium bzw. an der Ausbildung erfolgt mittels des Items „Macht Ihnen Ihr Studium/Ihre Ausbildung Spaß?“ (Frage 33/34). Den Probandinnen wird die Möglichkeit geboten, aus einer 4-stufigen Likert-Skala zu wählen. Die Antwortoptionen umfassen „ja, fast immer“, „meist“, „selten“ und „nein, fast nie“. Wenn die Teilnehmenden das Item mit 1 („ja, fast immer“) oder 2 („meist“) beantworten, wird der Resilienzfaktor der Freude am Studium/der Ausbildung als gegeben angenommen.

Resilienzfaktor Zufriedenheit im Studium/in der Ausbildung

Dieser spezifische Resilienzfaktor ergibt sich aus einer Kombination von drei Items. Um das Vorhandensein dieses Resilienzfaktors festzustellen, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Erstens muss das Item „*Macht Ihnen Ihr Studium/Ihre Ausbildung Spaß?*“ (Frage 33/34) auf der 4-stufigen Likert-Skala mit der Antwortoption 1 („*ja, fast immer*“) oder 2 („*meist*“) beantwortet werden. Zweitens muss entweder das Item „*Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für das Psychologie-/Medizin-/Zahnmedizin-/Rechtswissenschaft-Studium bzw. ihre Ausbildung entscheiden?*“ (Frage 35/36) mit der Antwortalternative 3 („*die Perspektive des Berufes lässt mich die Hürden überwinden*“) oder 4 („*Ich würde mich auf jeden Fall wieder so entscheiden*“) beantwortet werden. Zusätzlich muss das Item „*Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Studium/Ihrer Ausbildung?*“ (Frage 53/54) auf einer Skala von 1 („*sehr zufrieden*“) bis 4 („*sehr unzufrieden*“) mit einem Skalenwert von eins oder zwei beantwortet werden. Nur wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, kann von der Existenz dieses Resilienzfaktors ausgegangen werden.

Resilienzfaktor Sicherheit, Studium/Ausbildung abzuschließen

Um die Sicherheit der Probandinnen hinsichtlich des erfolgreichen Abschlusses ihres Studiums bzw. ihrer Ausbildung zu bewerten, wird das Item „*Sind Sie sicher, Ihre Ausbildung erfolgreich abzuschließen?*“ (Frage 34/35) verwendet. Die Antwortmöglichkeiten für dieses Item sind kategoriell und lauten: „*ja, fast immer*“, „*meist*“, „*selten*“ oder „*nein, fast nie*“. Wenn dieses Item mit den Optionen „*ja, fast immer*“ oder „*meist*“ beantwortet wird, kann der Resilienzfaktor als vorhanden angesehen werden. Dies zeigt, dass die Probandinnen ein hohes Maß an Zuversicht bezüglich ihres Studien- oder Ausbildungsabschlusses haben.

Resilienzfaktor Zufriedenheit mit dem Gewicht

Um diesen spezifischen Resilienzfaktor zu bestimmen, wird das Item „*Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?*“ (Frage 55/56) verwendet. Die Antwortmöglichkeiten für dieses Item

sind dichotom und beschränken sich auf „ja“ oder „nein“. Wenn die befragten Studierenden bzw. Auszubildenden dieses Item mit „Ja“ beantworten, kann davon ausgegangen werden, dass der Resilienzfaktor vorhanden ist.

Resilienzfaktor Regelmäßige Mahlzeiten

Um festzustellen, ob die Studierenden bzw. Auszubildenden regelmäßige Mahlzeiten zu sich nehmen, wird das Item „Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?“ (Frage 56/57) verwendet. Die Antwortmöglichkeiten für dieses Item umfassen eine 4-stufige Likert-Skala mit den Optionen „ja“, „meistens“, „manchmal“ oder „nein“. Wenn die befragten Personen dieses Item mit den Antwortmöglichkeiten 1 („ja“) und 2 („meistens“) beantworten, deutet dies darauf hin, dass der Resilienzfaktor vorhanden ist.

Resilienzfaktor gesunde Ernährung

Die Ernährungsgewohnheiten der Studierenden bzw. Auszubildenden werden zusätzlich durch das Item „Achten Sie auf eine gesunde Ernährung?“ (Frage 57/58) untersucht. Um eine gesunde Ernährung zu bestimmen, wird diesem Item auf der insgesamt 4-stufigen Likert-Skala bewertet. Eine gesunde Ernährung wird angenommen, wenn die Studierenden/ Auszubildenden die Antwortoptionen 1 („ja“) oder 2 („meistens“) wählen.

Resilienzfaktor Nutzung von Entspannungstechniken

Zur Erfassung der Nutzung spezifischer Entspannungstechniken wie Yoga, PMR (Progressive Muskelentspannung) usw. bei Studierenden bzw. Auszubildenden wird das Item „Nutzen Sie spezifische Techniken zur Entspannung (z. B. Yoga, PMR, [...])“ (Frage 58/59) verwendet. Es handelt sich um ein dichotomes Antwortformat mit den Optionen „ja“ oder „nein“. Wenn Studierende dem Item zustimmen, also mit „ja“ antworten, wird davon ausgegangen, dass der Resilienzfaktor vorhanden ist.

Resilienzfaktor Religion

Um die Religiosität der Studierenden bzw. Auszubildenden zu erfassen, wird das Item „*Welche Bedeutung spielt Religion in Ihrem heutigen Leben?*“ (Frage 22) verwendet. Die Beantwortung des Items erfolgt auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Wenn die Befragten dieses Item mit den Antwortoptionen 3 („*mittelmäßige Bedeutung*“) oder 4 („*extrem wichtig*“) beantworten, wird davon ausgegangen, dass Religion als Resilienzfaktor vorliegt.

Resilienzfaktor aktives Musizieren und Resilienzfaktor Sportaktivität

Die Items „*Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktiv Sport?*“ (Frage 48/49) und „*Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktiv?*“ (Frage 49/50) können in einem offenen Antwortformat durch die Angabe einer Stundenanzahl bearbeitet werden. Ab einer Stunde pro Woche, in der aktiv musiziert wird bzw. ab zwei Stunden pro Woche, in denen aktiv Sport betrieben wird, wird das Vorliegen des Resilienzfaktors aktives Musizieren bzw. Sport angenommen.

Resilienzfaktor emotionale Unterstützung

Die Frage nach ausreichender emotionaler Unterstützung kann mit Hilfe des Items „*Erfahren Sie ausreichend emotionale Unterstützung?*“ (Frage 43/44) erfasst werden. Diese Frage kann mit einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 („*mehr als genügend*“) bis 5 („*keine*“). Es wird angenommen, dass Studierende bzw. Auszubildende ausreichende emotionale Unterstützung erfahren, wenn sie dieses Item mit 1 („*mehr als genügend*“) oder 2 („*ausreichend*“) beantworten.

Resilienzfaktor ausreichend Zeit für soziale Kontakte

Das Item „*Wie bewerten Sie die Ihnen für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit?*“ (Frage 51/52) erfasst die sozialen Kontakte der Studierenden. Wenn die Befragten diese Frage auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit 1 („*mehr als genügend*“

Zeit") oder 2 („*ausreichend Zeit*") beantworten, wird davon ausgegangen, dass ausreichende soziale Kontakte vorhanden sind. Dies deutet darauf hin, dass ausreichende soziale Kontakte als Resilienzfaktor betrachtet werden können.

3.4 Untersuchungsdurchführung

Die Bearbeitungszeit für die Teilnehmerinnen betrug durchschnittlich etwa 30 Minuten, wobei dieser Zeitraum sowohl die Aufklärung und Vorbereitung der Studienteilnehmerinnen als auch das Ausfüllen des Fragebogens umfasste. Die Erfassung des problematischen Alkoholkonsums mittels des FAST-Fragebogens nahm ungefähr ein bis zwei Minuten in Anspruch.

Nach einer anfänglichen Aufklärung über den Charakter der Studie (anonymisierter Fragebogen), die voraussichtliche Bearbeitungsdauer (ca. 30 min), die Relevanz des Forschungsvorhabens sowie die Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme, erhielten die Teilnehmerinnen die Fragebögen zur Bearbeitung.

Zusätzlich erfolgte eine schriftliche Belehrung zur Notwendigkeit der Vergabe eines Pseudonyms, um die Anonymität der Probandinnen zu gewährleisten. Den Teilnehmerinnen wurde die Bitte ausgesprochen, ein Pseudonym zu generieren, welches aus dem Anfangs- und Endbuchstaben des Vornamens der Mutter, dem Tag des Geburtsdatums der Mutter sowie den ersten beiden Buchstaben des Geburtsortes der Mutter besteht. Dies ermöglichte eine spätere Zuordnung zu eventuellen Folgebefragungen. Es wurde den Teilnehmerinnen zugesichert, dass die Zusammenführung der Pseudonyme mit den erfassten Daten ausschließlich zu dem Zweck einer längsschnittlichen Studierhebung durch die Studienleiter erfolgt und nur diesen zugänglich ist.

Ein Rückzug von der Studienteilnahme war jederzeit möglich. Die Teilnehmerinnen hatten die Entscheidungsfreiheit, die ausgefüllten (oder nicht ausgefüllten) Fragebögen zu einem von ihnen gewählten Zeitpunkt zurückzugeben. Nach Abschluss der Erhebung konnten die Teilnehmerinnen die ausgehändigten Materialien entweder direkt an eine der Studienleiterinnen in einem verschlossenen Briefumschlag übergeben oder zu einem späteren Zeitpunkt an einem dafür vorgesehenen Ort in eine undurchsichtige Box werfen. Diese Vorgehensweise ermöglichte den potenziellen Probandinnen einerseits die freie Entscheidung über ihre Teilnahme an der Studie und andererseits die Möglichkeit, den Fragebogen in ihrer privaten Umgebung (z. B. zu Hause) auszufüllen. Sie waren somit

nicht dazu verpflichtet, den Fragebogen innerhalb des vorgegebenen 30-minütigen Zeitrahmens während der Lehrveranstaltung auszufüllen.

Die Anzahl der Nichtteilnehmerinnen (aufgrund von Abwesenheit zum Zeitpunkt der Erhebung) und Non-Responder (Teilnahmeverweigerung) wurde im Anschluss protokolliert.

3.5 Auswertungsplan und statistisch prüfbare Hypothesen

Die erfassten Daten wurden im Anschluss elektronisch ausgewertet und anschließend gespeichert. Der Zugriff auf diese Datensätze ist ausschließlich den Leiterinnen und Mitarbeitern der Studie gestattet, die zur strikten Vertraulichkeit verpflichtet sind. Die Auswertung der Studienergebnisse erfolgte in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG). Die teilnehmenden Berufsschülerinnen und Studentinnen hatten jederzeit die Möglichkeit, unter Angabe ihres Pseudonyms Auskunft über ihre gespeicherten Daten und auf Anfrage eine individuelle Auswertung der Untersuchungsergebnisse zu erhalten. Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse im Rahmen dieser Dissertation wurde darauf geachtet, dass keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen aus den gewonnenen Daten gezogen werden können.

Statistisch prüfbare Hypothesen:

Hypothese 1: Auszubildende und Studierende unterscheiden sich bezüglich ihres FAST-Summscores.

Hypothese 2: Männliche Studierende/Auszubildende weisen einen höheren FAST-Summscore auf, als Weibliche.

Hypothese 3: Der FAST-Summscore unterscheidet sich in Abhängigkeit des Studiengangs oder Ausbildungsfachs.

Hypothese 4: Die aufgeführten Risikofaktoren korrelieren positiv mit dem FAST-Summscore.

Hypothese 5: Die aufgeführten Resilienzfaktoren korrelieren negativ mit dem FAST-Summscore.

4 Ergebnisse

4.1 Hypothese 1 – FAST-Score in den Untersuchungsgruppen

Die vorliegende Studie untersuchte den FAST-Score als abhängige Variable in einer Gesamtstichprobe von 2451 Teilnehmerinnen. Die Verteilung der FAST-Scores zeigt einen durchschnittlichen Wert von $M = 2,16$ und eine Standardabweichung von $SD = 2,39$. Der höchste Score beträgt 13 Punkte, während der niedrigste Score bei 0 liegt.

Die interne Konsistenz des FAST-Fragebogens wurde mittels des Cronbachs α -Koeffizienten berechnet und ergab einen Wert von $\alpha = 0,71$. Eine Ausnahme bildet Item 4, welches eine niedrigere korrigierte Item-Skala-Korrelation aufweist. Allerdings wurde entschieden, dieses Item beizubehalten, da der Ausschluss des Items nur eine geringe Erhöhung des α -Koeffizienten auf 0,75 zur Folge hätte. Dadurch wurde die Entscheidung getroffen, den Fragebogen in seiner kurzen Form mit lediglich 4 Fragen beizubehalten.

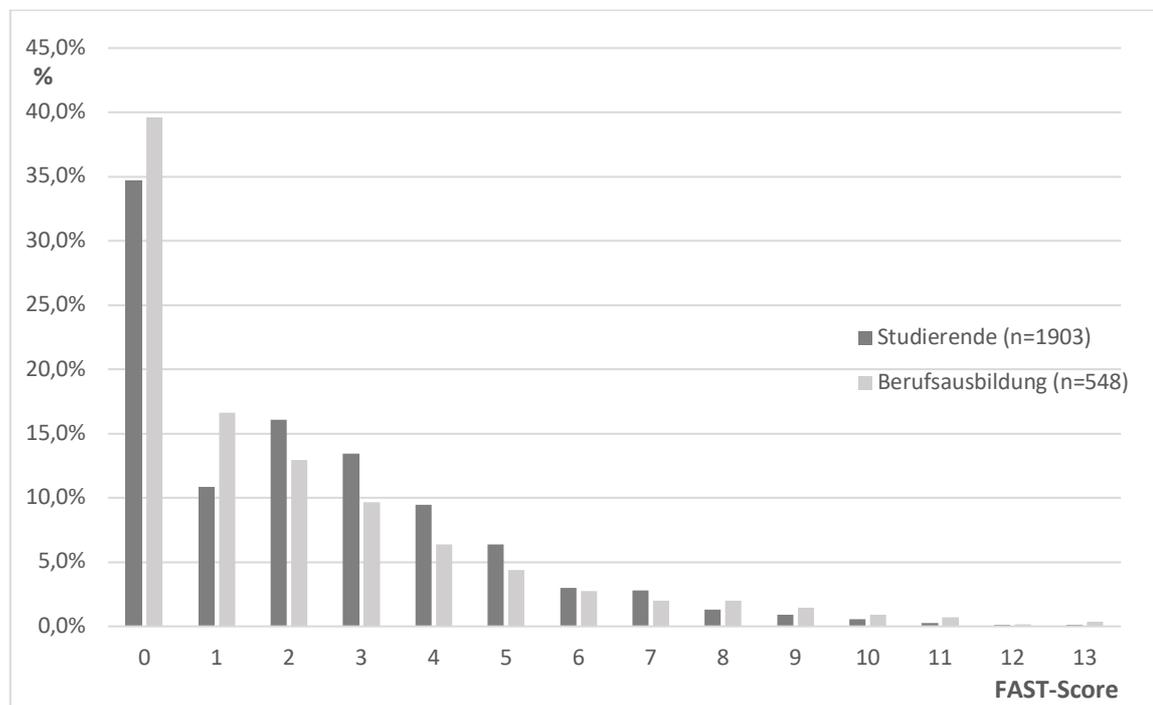


Abbildung 2. Relative Verteilung des FAST-Scores in der Stichprobe der Berufsschülerinnen ($n=548$) und der Studierenden ($n=1903$).

Abbildung 2 stellt die Verteilung der Einzelscores zwischen Berufsschülerinnen und Studierenden dar. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($F[df=1]=2,303$; $p=0,129$).

Es zeigt sich keine signifikante Korrelation zwischen den FAST-Scores und dem Alter der Studierenden und Auszubildenden ($r=-0,019$; $p=0,352$).

4.2 Hypothese 2 und 3 – FAST-Score in Abhängigkeit vom Geschlecht und Ausbildungsfach/Studiengang

Aufgrund der signifikanten Unterschiede in beiden Gruppen in der Variable „*biologisches Geschlecht*“ wird diese in einem folgenden Auswertungsschritt in die Analyse einbezogen. Dabei ergibt sich das in Tabelle 2 dargestellte Verteilungsmuster: die Faktoren Ausbildung und Geschlecht haben jeweils keinen signifikanten Einfluss auf den FAST-Score, wohl aber die Interaktion beider Faktoren.

Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der FAST-Scores in den Untersuchungsgruppen nach biologischem Geschlecht

Teilstichprobe	N	FAST-Score		Teststatistik ^a
		M	SD	
Studierende	1903	2,21	2,33	Faktor Gruppe:
weiblich	1248	1,88	2,10	$F[df=1]=0,469$; $p=0,618$
männlich	655	2,82	2,61	Faktor Geschlecht:
Berufsschülerinnen	548	2,03	2,59	$F[df=1]=1,244$; $p=0,465$
weiblich	426	2,02	2,52	Interaktion Gruppe x
männlich	122	2,07	2,81	Geschlecht: $F[df=1]=10,790$; $p=0,001$
Total	2451	2,17	2,39	

In Bonferroni-korrigierten post-hoc-Einzelvergleichen zeigt sich, dass sich die Gruppe der männlichen Studierenden signifikant (alle $p<0,009$) von allen anderen Gruppen abhebt.

Die Berufsgruppen innerhalb der Berufsschülerinnen unterscheiden sich bzgl. des FAST-Scores nicht signifikant voneinander ($F[df=3]=0,696$; $p=0,555$), auch ein Einfluss des biologischen Geschlechts ($F[df=1]=0,035$; $p=0,852$) sowie eine Interaktion zwischen Berufsgruppe und Geschlecht ($F[df=3]=1,069$; $p=0,362$) finden sich nicht. Innerhalb der Studierendenpopulation findet sich jedoch ein signifikanter Unterschied ($F[df=3]=8,588$; $p<0,001$) zwischen den Studienfächern. Dabei weisen die Studierenden der Rechtswissenschaften den höchsten Score auf ($M = 2,68$; $SD = 2,80$), gefolgt von den Medizinstudierenden ($M = 2,21$; $SD = 2,25$), den Zahnmedizinern ($M = 2,10$; $SD = 2,13$) sowie den Psychologiestudierenden ($M = 1,71$; $SD = 2,11$). Dieser Gruppenunterschied bleibt bei statistischer Kontrolle der Geschlechterverteilung bestehen, wiederum ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F[df=3]=7,245$; $p<0,001$). Dabei finden sich höhere Merkmalsausprägungen bei den männlichen Studierenden der Rechtswissenschaften, Medizin und Zahnmedizin, die geringsten Werte zeigen sich bei den männlichen Psychologiestudierenden (siehe **Abbildung 3**).

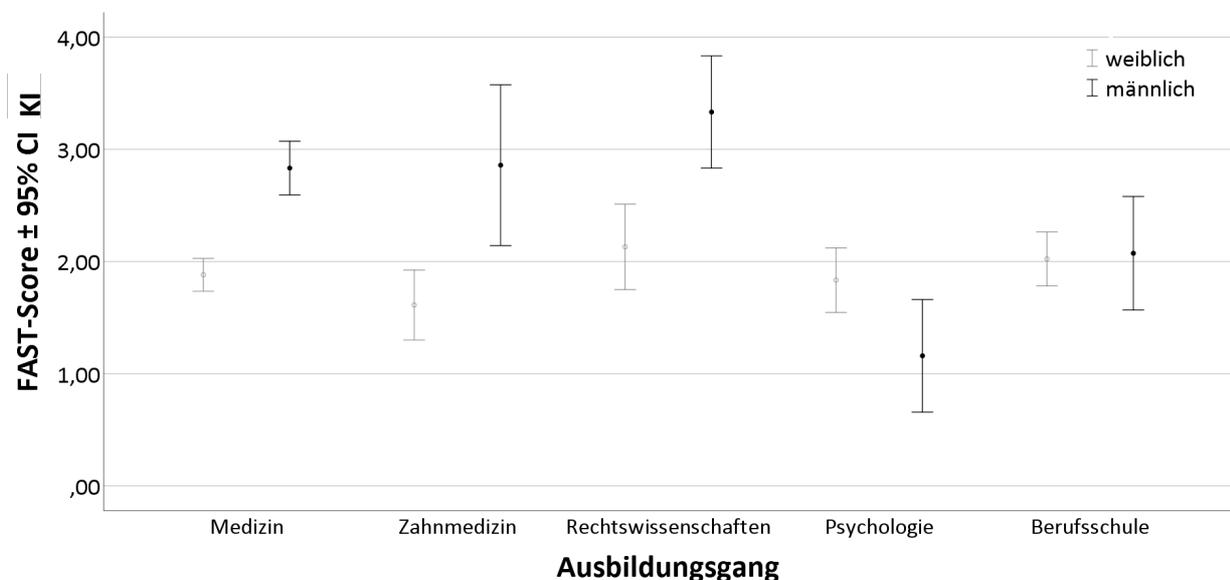


Abbildung 3. Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall des FAST-Scores zwischen Studienfächern und Geschlecht.

Im Einzelnen ergeben sich für die Items des FAST-Scores die in Tabelle 3 dargestellten Verteilungen. Auf Einzelitemebene bilden sich durchgängig Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen sowie zwischen den biologischen Geschlechtern ab. Einzelvergleiche zeigen, dass männliche Studierende im Mittel den höchsten Konsum angeben, weibliche Studierende am seltensten auf ihren Konsum angesprochen werden.

Tabelle 3. Relative Häufigkeiten (%) bzw. M±SD der Verteilung in den FAST-Einzelitems und Konsumhäufigkeiten in den Untersuchungsgruppen

FAST-Items	Studierende		Auszubildende		Teststatistik
	weibl. ^a (n=1247)	männl. (n=654)	weibl. (n=425)	männl. (n=121)	
1. Wie oft trinken Sie mehr als 6/8 Drinks pro Gelegenheit?					
nie	39,4	25,7	39,1	40,5	Faktor Gruppe^b: p=0,009 Faktor Geschlecht^b: p<0,001 Interaktion^c: S♂ > (S♀, A♂, A♀)
selten	38,3	35,5	40,5	35,5	
monatlich	17,6	25,2	11,3	13,2	
wöchentlich	4,6	13,1	8,7	9,9	
täglich	0,2	0,5	0,5	0,8	
2. „Filmriss“					
nie	70,4	61,5	69,1	77,7	Faktor Gruppe^b: p=0,171 Faktor Geschlecht^b: p=0,002 Interaktion^c: S♂ > (S♀, A♂, A♀)
selten	26,5	32,7	25,5	17,4	
monatlich	3,0	5,5	3,8	2,5	
wöchentlich	0,1	0,3	0,9	1,7	
täglich	0,0	0,0	0,3	0,8	
3. Beeinträchtigungen					
nie	47,8	38,4	62,8	66,9	Faktor Gruppe^b: p<0,001 Faktor Geschlecht^b: p<0,001 Interaktion^c: S♂ > S♀ > (A♂, A♀)
selten	41,9	44,7	31,1	27,3	
monatlich	9,5	14,4	4,2	3,3	
wöchentlich	0,6	2,3	1,6	2,5	
täglich	0,2	0,2	0,2	0,0	
4. im vergangenen Jahr auf Konsum angesprochen					
nie	93,3	85,3	86,6	84,3	Faktor Gruppe^b: p=0,001 Faktor Geschlecht^b: p<0,001 Interaktion^c: S♀ < (S♂, A♂, A♀)
einmal	4,7	9,6	6,4	8,3	
mehrmals	2,0	5,1	7,1	7,4	
Anzahl Tage pro Woche mit mind. einem alkoholischen Getränk					
	1,24	1,72	1,01	1,10	Faktor Gruppe^d: F[df=1]=28,87; p<0,001 Faktor Geschlecht^d: F[df=1]=13,15; p<0,001 Interaktion: S♂ > (S♀, A♂, A♀)
	±1,28	±1,54	±1,28	±1,54	

^a vier Personen der Gesamtstichprobe gaben keine Information zum biologischen Geschlecht an

^b Mann-Whitney-U, ^c Mann-Whitney-U der Einzelvergleiche: S♂=männl. Studierende, S♀=weibl. Studierende, A♂=männl. Auszubildende, A♀=weibl. Auszubildende, Bonferroni-Korrektur des kritischen α -Niveaus auf p<0,008; ^d zweifaktorielle Varianzanalyse

4.3 Hypothese 4 und 5 – Korrelative Zusammenhänge zwischen FAST-Score und Risiko- und Resilienzfaktoren

Nachfolgend werden in Tabelle 4 und Tabelle 5 zunächst bivariate Korrelationen zwischen der abhängigen Größe (FAST-Score) und den im Methodenteil beschriebenen Risiko-, Belastungs- und Resilienzfaktoren berechnet. Dabei werden Korrelationskoeffizienten und Prävalenzen der Faktoren für die Berufsschülerinnen und Studierende sowie für Frauen und Männer getrennt abgebildet.

Tabelle 4. Bivariate Korrelationen zwischen Risiko- bzw. Resilienzfaktoren und FAST-Score, Prävalenz der Risiko- bzw. Resilienzfaktoren innerhalb der Studiengruppen

Risikofaktoren		Studierende		Auszubildende	
		weibl. ^a (n=1247)	männl. (n=654)	weibl. (n=425)	männl. (n=121)
Familienanamnese psych. Erkrankungen	r	-	-	-	0,11
	%	20,3	16,7	22,1	13,2
Familienanamnese mit Abhängigkeitserkrankungen	r	-	-	-	-
	%	3,1	2,0	4,7	5,0
Eigene psychische Erkrankung	r	-	-	-	-
	%	16,0	9,9	27,1	24,0
BDI-II total score	r	-	-	-	,13
	M±SD	10,4±8,2	8,9±8,0	14,5±10,9	10,2±9,2
Alter	r	-	-	-	-
	M±SD	22,2±3,7	23,4±4,0	22,4±6,8	21,7±4,7
Ohne Partnerschaft	r	-	-	-	-
	%	47,2	50,9	40,3	60,0
Niedriger sozioökonomischer Status	r	-0,06*	-	-	-0,11
	%	1,3	2,7	8,7	11,3
mittlere Entfernung vom Heimatort (km)	r	-	,08*	-	-,123
	M±SD	220±129	226±134	92±60	83±32
Aufgewachsen im Ausland	r	-	-	-	-
	%	2,3	4,3	7,8	12,6
Wohnsituation					
	allein	r	-0,09*	0,13**	0,18*
	%	39,4	43,0	23,3	22,3
mit Partner	r	-0,08**	-0,09*	-0,14**	-0,18*
	%	20,1	18,8	24,9	23,1
in WG	r	0,12**	0,17**	-	-
	%	35,3	33,2	4,7	3,3
Eltern	r	-	-	-	-
	%	5,1	4,9	46,1	49,6
Eigene Kinder	r	-0,07**	-0,10*	-	-0,10
	%	3,1	3,8	18,6	8,7
Trennung o. Tod eines Elternteils	r	-	-	-	-
	%	18,8	18,7	40,7	36,4
Neurotizismus (> M + 1 SD)	r	-	-	-	-
	%	15,7	8,0	21,4	10,3

Es werden signifikante Korrelationen sowie nicht signifikante mit $r \geq 0,10$ abgebildet

Tabelle 5. Bivariate Korrelationen zwischen Risiko- bzw. Resilienzfaktoren und FAST-Score, Prävalenz der Risiko- bzw. Resilienzfaktoren innerhalb der Studiengruppen

Belastungsfaktoren im Studien- / Ausbildungskontext		Studierende		Auszubildende	
		weibl. ^a (n=1247)	männl. (n=654)	weibl. (n=425)	männl. (n=121)
Finanzielle Belastungen	r	-,06*	-	-	-
	%	20,5	19,4	46,7	52,5
Missbrauch von Drogen/Medikamenten	r	-	-	,09	,18*
	%	9,7	10,5	13,3	14,9
Konsum von Tabak	r	,21***	,20***	,24***	,43***
	%	11,4	16,2	40,5	41,7
Unsichere Zukunftsperspektive	r	-	-,11**	-	-
	%	7,3	5,3	13,2	11,6
Konkurrenz unter Auszubildenden/Studierenden	r	-	-	-	-
	%	13,4	8,7	5,2	5,8
Zeitnot während des Studiums / Ausbildung	r	-	-	-	-
	%	47,3	42,7	34,4	32,2
Überforderung durch Studium / Ausbildung	r	-	-	-	,10
	%	27,0	21,0	23,1	30,6
Leistungsdruck	r	-	-	-	-
	%	54,2	43,1	48,3	44,6
Einsamkeit	r	-	-	-	-
	%	14,9	13,4	9,2	10,7
Resilienzfaktoren					
Spaß an Studium/Ausbildung	r	-	-	-	-
	%	93,0	88,3	93,1	93,4
Zufriedenheit mit Studium/ Ausbildung	r	-	-	-	-
	%	-	-	-	-
Sicher, Studium/Ausbildung abzuschließen	r	-,07**	-	-,10*	-
	%	90,9	94,8	92,7	99,2
Zufriedenheit mit dem Gewicht	r	-	-	-,12*	-
	%	56,4	66,1	44,5	35,6
Regelmäßige Mahlzeiten	r	-	-	-	,11
	%	84,3	83,5	69,5	74,4
Gesunde Ernährung	r	-,08**	-,09*	-,11*	-
	%	94,1	87,1	78,4	79,0
Nutzung von Entspannungstechniken	r	-	-,10**	-	-
	%	27,8	19,6	15,6	17,4
Religiosität	r	-,11***	-,11**	-	-
	%	23,1	19,3	17,1	14,4
Aktive Sportaktivität	r	,07*	,09*	-	,18*
	%	52,4	62,5	35,7	29,1
Aktive musikalische Tätigkeit	r	-	-,08*	-	-
	%	29,8	28,7	30,1	27,8
Ausreichende emotionale Unterstützung	r	-	-	-	-
	%	95,6	94,5	88,5	92,4
Ausreichend Zeit für soziale Kontakte	r	-	-	-	-
	%	68,3	71,9	71,6	70,8

Note. r = Pearson's correlation coefficient, N = 271, medical students n = 142, dentistry students n = 129,

*p < ,05

** p < ,01

***p < ,001.

Ein schrittweises lineares Regressionsmodell ($p_{in}=0,05$, $p_{out}=0,10$) unter Einbezug aller o.g. signifikant korrelierenden Merkmale erbringt folgendes Ergebnis (siehe Tabelle 6):

Tabelle 6 *Schrittweises lineares Regressionsmodell zur Vorhersage des FAST-Scores*

Modellschritt	Prädiktor	B	p	korrigiertes R ²
1	Rauchen	1,57	<0,001	0,06
2	Geschlecht	0,69	<0,001	0,08
3	Sport	0,57	<0,001	0,10
4	Wohnen in WG	0,50	<0,001	0,11
5	gesunde Ernährung	-0,70	<0,001	0,12
6	Entfernung (km)	0,001	0,001	0,12
7	Religiosität	-0,38	0,005	0,12
8	Entspannung	-0,33	0,013	0,13
9	eigene Kinder	-0,52	0,026	0,13

4.4 Kategorial-dichotomer Indikator des FAST für problematischen Alkoholkonsum

Von den N=2451 Befragten wies der FAST bei 596 Personen (24,3%) einen riskanten Konsum von Alkohol aus. In der Studierendensubstichprobe waren 25,0% (n=475) betroffen, in der Gruppe der Auszubildenden 22,1% (n=121). Dieser Unterschied erwies sich nicht als statistisch signifikant ($X^2[df=1]=1,918$; $p=0,166$).

Insgesamt waren Männer mit 33,0% (n=256) relativ häufiger betroffen als Frauen mit 20,3% (n=340) ($X^2[df=1]=46,339$; $p<0,001$).

In der Gesamtstichprobe zeigten sich folgende Merkmale in Zusammenhang mit dem Vorliegen eines schädlichen Alkoholkonsums als korrelierend, basierend auf den genannten Risiko-, Belastungs- und Resilienzfaktoren (Kendall-tau $[\tau]$, bzw. Spearman-Rangkorrelation $[r_s]$ (jeweils werden lediglich diejenigen Koeffizienten berichtet, die nach α -Fehlerkorrektur innerhalb der Variablengruppen mit einem $p\leq 0,003$ vorliegen)):

- Vorliegen einer Partnerschaft: $\tau=-0,063$ ($p=0,002$)
- Entfernung zum Heimatort: $r_s=0,068$ ($p=0,001$)
- Wohnen mit Partner: $\tau=-0,089$ ($p<0,001$)
- Wohnen in einer WG: $\tau=0,093$ ($p<0,001$)
- Eigene Kinder: $\tau=-0,063$ ($p=0,002$)
- Rauchen: $\tau=0,182$ ($p<0,001$)
- Gesunde Ernährung: $\tau=-0,098$ ($p<0,001$)
- Religiosität: $\tau=-0,060$ ($p=0,003$)
- Sport: $\tau=0,082$ ($p<0,001$)

Dabei unterscheiden sich die korrelierenden Variablen zwischen den biologischen Geschlechtern nicht, lediglich findet sich ein weiterer tendenzieller Zusammenhang zwischen riskantem Konsum von Alkohol und finanzieller Belastung ($\tau=-0,095$; $p=0,008$) bei Männern.

Ein binär logistisches Regressionsmodell (schrittweise vorwärts Wald, $p_{in}=0,05$, $p_{out}=0,10$) schließt lediglich das gemeinsame Wohnen mit einem Partner aus der Modellgleichung aus und klärt 10,7% der Varianz auf (Nagelkerkes R^2).

5 Diskussion

Das primäre Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, mithilfe des Fast Alcohol Screening Tests (FAST) die Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei einer Stichprobe von Studierenden und Auszubildenden zu ermitteln. Zusätzlich wird untersucht, ob es statistisch signifikante Unterschiede im Trinkverhalten zwischen diesen Gruppen gibt. Des Weiteren werden soziodemographische Charakteristika sowie weitere spezifische Risiko- und Resilienzfaktoren analysiert, um Zusammenhänge mit dem bzw. deren positiven oder negativen Einfluss auf den Alkoholkonsum der Probandinnen zu testen.

Zunächst werden die erhobenen Ergebnisse präsentiert und anschließend im Kontext des aktuellen Forschungsstands analysiert. In einem darauffolgenden Abschnitt erfolgt eine kritische Reflexion der angewendeten Methodik, um mögliche Schwachstellen aufzudecken und zu diskutieren.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Viertel der Studierenden und Auszubildenden einen problematischen Alkoholkonsum aufweist. Bezogen auf das eingesetzte skalierte Maß des FAST-Scores zeigen die Studienteilnehmerinnen im Durchschnitt allerdings ein unproblematisches Konsumverhalten.

Anhand dieses Scores können keine deutlichen Unterschiede im Trinkverhalten zwischen Auszubildenden und Studierenden festgestellt werden. Das Alter der Teilnehmerinnen zeigt keinen eindeutigen Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum. Es kann auch keine Korrelation zwischen dem biologischen Geschlecht und dem Alkoholkonsum in der Gesamtstichprobe festgestellt werden.

Jedoch ergibt sich im Hinblick auf die Prävalenz des *problematischen Alkoholkonsums* ein davon abweichendes Bild. Männliche Studienteilnehmer weisen eine höhere Neigung zu problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu weiblichen Teilnehmerinnen auf. Nahezu ein Fünftel der Studienteilnehmerinnen gibt an, im vorangegangenen Monat

mindestens eine Episode von Rauschtrinken erlebt zu haben. Dabei weist die Gruppe der männlichen Probanden im Vergleich zu den weiblichen Probandinnen eine deutlich höhere Prävalenz für Rauschtrinken auf.

Innerhalb der Auszubildendengruppe zeigen sich zwischen den handwerklich-technischen, pflegerischen, sozialen und kaufmännischen Berufen keine eindeutigen Unterschiede im Trinkverhalten.

Bei den Studierenden zeigt sich jedoch ein differenziertes Bild des Konsumverhaltens, abhängig vom jeweiligen Studienfach. So weisen die Studierenden der Rechtswissenschaften den höchsten Alkoholkonsum auf, gefolgt von den Medizinstudierenden und den Zahnmedizinstudierenden. Die Psychologiestudierenden hingegen stellen die Kohorte mit dem geringsten Alkoholkonsum unter den Studierenden dar.

Zudem ergibt die Analyse der Korrelation des biologischen Geschlechts mit dem Studienfach folgende Erkenntnisse:

Mit Ausnahme der Psychologiestudierenden weisen männliche Studierende im Durchschnitt einen höheren Alkoholkonsum auf als ihre weiblichen Kommilitoninnen. Einzelvergleiche zeigen, dass männliche Studierende der Rechtswissenschaften den höchsten Alkoholkonsum aufweisen, während männliche Psychologiestudierende den geringsten Konsum zeigen. Des Weiteren zeigt sich, dass männliche Studierende im Vergleich zur restlichen Studienpopulation häufiger mehr als sechs bis acht Drinks pro Trinkgelegenheit konsumieren (Rauschtrinken/Binge-Drinking) und öfter von Filmrissen betroffen sind. Zudem fühlen sie sich stärker durch ihren Alkoholkonsum in Alltagsaktivitäten beeinträchtigt. Weibliche Studierende werden hingegen am seltensten auf ihren Alkoholkonsum angesprochen, im Vergleich zum Rest der Studienpopulation.

Allgemeine Risikofaktoren für Alkoholkonsum

Die vorliegende Studie dokumentiert Korrelationen zwischen einzelnen Risikofaktoren und dem Alkoholkonsum der Probandinnen. Insbesondere manifestiert sich die *aktuelle Wohnsituation* als ein wichtiger Einflussfaktor auf das Konsumverhalten. Das Leben in einer Wohngemeinschaft (WG) oder das alleinige Wohnen korrelieren positiv mit einer

gesteigerten Prävalenz des Alkoholkonsums. Indessen zeigen Probandinnen, die gemeinsam mit einem Partner/einer Partnerin oder Kindern leben, einen geringeren Alkoholkonsum.

Risikofaktoren im Studien- /Ausbildungskontext

Der regelmäßige Konsum von Tabak korreliert unter den Studierenden und Auszubildenden beider biologischer Geschlechter mit einem erhöhten Alkoholkonsum. Andere getestete Faktoren zeigen keine Korrelationen.

Resilienzfaktoren

In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass ein niedrigerer Alkoholkonsum in Verbindung mit dem Vertrauen in eine erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung oder des Studiums, einer gesunden Ernährung und der Religiosität der Probandinnen steht. Hingegen lässt sich feststellen, dass vermehrte sportliche Aktivität mit einem erhöhten Alkoholkonsum assoziiert ist.

Zusammenfassung der Risiko- und Resilienzfaktoren: „Risikoprofil für erhöhten Alkoholkonsum“ unter Auszubildenden und Studierenden

Diverse Faktoren zeigen eine positive Korrelation mit einer gesteigerten Prävalenz des Alkoholkonsums unter Studierenden und Auszubildenden.

Die durchgeführten Korrelationsanalysen erlauben keine Schlussfolgerungen hinsichtlich möglicher Kausalitäten. Die verwendeten Regressionsmodelle legen jedoch nahe, dass verschiedene Faktoren den Alkoholkonsum von Studierenden und Auszubildenden beeinflussen, darunter das männliche Geschlecht, Tabakkonsum, das Leben in einer Wohngemeinschaft, sportliche Aktivitäten, das Fehlen eigener Kinder, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, das Nichtpraktizieren von Entspannungstechniken und das Fehlen von Religiosität. Dennoch erklären diese Faktoren insgesamt nur einen geringen Anteil der Varianz im Alkoholkonsum.

5.2 Integration der Befunde in die Literatur

5.2.1 Prävalenz des Alkoholkonsum unter Studierenden, Auszubildenden und in ihren jeweiligen Subgruppen

Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Studierenden und Auszubildenden ein verantwortungsbewusstes und unproblematisches Trinkverhalten aufweist. Dennoch weist nahezu ein Viertel der Probandinnen ein problematisches Konsummuster auf. Die ermittelte Prävalenz ist niedriger als die von vergleichbaren Kohorten im bundesweiten Durchschnitt (2) und zeigt sich zudem als geringer im Vergleich zu den Prävalenzen, die in spezifischen Studien zum problematischen Alkoholkonsum unter Studierenden und Auszubildenden eruiert wurden (5, 6, 8, 9, 153, 154).

Mögliche Divergenzen hinsichtlich der Prävalenzen für problematischen Alkoholkonsum unter jungen Erwachsenen könnten auf die Verwendung unterschiedlicher Diagnostikverfahren in den Vergleichsstudien zurückzuführen sein. Diese Untersuchungen verwenden anstatt des Fast Alcohol Screening Test (FAST) andere Instrumente, wie den Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), das Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC) (22) oder den CAGE-Fragebogen („C“ut down, „A“nnoyed, „G“uilt feelings, „E“ye opener) (108, 117).

Zusätzlich beeinträchtigt die unterschiedliche Zusammensetzung der Studienpopulationen in den genannten Untersuchungen die Vergleichbarkeit der erhobenen Prävalenzen. Zum Beispiel konzentriert sich die Studie von Grützmaker et al. auf den Alkoholkonsum unter Studierenden der Ingenieurwissenschaften, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften sowie Sozialwissenschaften (5). Wie die gegenwärtige Arbeit demonstriert, variiert das Konsumverhalten in Abhängigkeit von der spezifischen Studiengruppe (Medizinstudierende, Zahnmedizinstudierende, Studierende der Rechtswissenschaft und Psychologiestudierende), was die Möglichkeit einschränkt, allgemeingültige Aussagen über Studierende und Auszubildende zu generieren.

Darüber hinaus gilt es, mögliche Effekte der sozialen Erwünschtheitstendenz auf das Antwortverhalten der Teilnehmerinnen zu berücksichtigen (155). Diese Tendenz könnte

dazu führen, dass das dargestellte Trinkverhalten der befragten Auszubildenden und Studierenden möglicherweise abgemildert wird.

Die erhobene Prävalenz des monatlichen Rauschtrinkens innerhalb der Studierenden- und Auszubildendenpopulation weist ähnlich hohe Werte, wie eine analoge Kohorte in der allgemeinen Bevölkerung auf (2). Gegensätzlich dazu zeigen einige Forschungsarbeiten, die das Phänomen des Rauschtrinkens bei deutschen Studierenden und Auszubildenden untersuchten, deutlich höhere Prävalenzraten (5, 6, 7, 9). Diese Diskrepanz könnte auf divergierende Schwellenwerte für die Definition von Rauschtrinken/Binge-Drinking zurückgeführt werden, wie detailliert im Abschnitt 5.3.2 *Erfasste Variablen* erläutert wird.

In dieser Studie können keine erheblichen Unterschiede im Konsumverhalten (gemessen mittels FAST-Summenscore als Gesamtwert) zwischen männlichen und weiblichen Studierenden und Auszubildenden festgestellt werden. Jedoch zeigen männliche Studienteilnehmer häufiger einen problematischen Alkoholkonsum (FAST-Summenscore > 3) als weibliche Teilnehmerinnen, was auf geschlechterspezifische Unterschiede im Hinblick auf problematische Konsummuster hindeutet. Diese Ergebnisse tragen zur aktuellen Forschungsliteratur bei, in der uneinheitliche Ergebnisse bezüglich des Einflusses des Geschlechts auf den problematischen Alkoholkonsum von Studierenden und Auszubildenden existieren (5, 6, 7, 9, 121, 123, 124). Lediglich in den Untersuchungen bezüglich des Konsumverhaltens von Medizinstudierenden herrscht Übereinstimmung darüber, dass männliche Studierende deutlich häufiger problematischen Alkoholkonsum aufweisen im Vergleich zu ihren weiblichen Kommilitoninnen (119).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass männliche Studierende den höchsten Alkoholkonsum aufwiesen und am häufigsten Binge-Drinking praktizierten. Zudem geben männliche Studierende an, sich am häufigsten durch ihren Alkoholkonsum in Alltagsaktivitäten beeinträchtigt zu fühlen. Diese Befunde weisen auf ein ausgeprägtes Risikoprofil für einen problematischen Alkoholkonsum bei männlichen Studierenden hin. Aktuelle Vergleichsstudien bestätigen dieses Risikoprofil für männliche Studierende hinsichtlich ihres Alkoholkonsums (104, 106, 119).

Andererseits weisen die vorliegenden Ergebnisse auch darauf hin, dass männliche Probanden nicht nur in der Gruppe der Personen überrepräsentiert sind, die über problematischen Konsum berichten, sondern sich gleichermaßen in der Gruppe häufen, die explizit geringen Konsum angeben. Dieser Befund kann als Argument für eine breitere Streuung im Konsumverhalten bei männlichen jungen Erwachsenen im Vergleich zu weiblichen interpretiert werden.

In der vorliegenden Studie können keine deutlichen Unterschiede im Alkoholkonsumverhalten zwischen Studierenden und Auszubildenden festgestellt werden. Es ist zu berücksichtigen, dass beide untersuchten Studienpopulationen in Bezug auf ihre Größe variieren, wobei die Anzahl der untersuchten Auszubildenden geringer ist. Durch eine Studie mit größerer, repräsentativer Fallzahl könnten möglicherweise Gruppenunterschiede festgestellt werden, die in dieser Studie nicht sichtbar wurden.

Vergleichsstudien liefern zu dieser Thematik uneinheitliche Ergebnisse, wobei einige darauf hinweisen, dass Studierende im Allgemeinen einen höheren Alkoholkonsum aufweisen als ihre nicht-studentischen Altersgenossinnen (5, 11, 75, 95, 111, 156). In vergleichbaren Studien wurde jedoch eine ebenso hohe Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum auch unter Auszubildenden festgestellt, welche teilweise sogar höher ist als die Prävalenz unter Studierenden (8, 9, 117, 121).

Bisher existieren nur wenige deutsche Untersuchungen, die den Alkoholkonsum von Auszubildenden und Studierenden direkt miteinander vergleichen. Einige dieser Untersuchungen zeigen, dass Studierende deutlich häufiger Alkohol (in problematischen Mengen) konsumieren als Auszubildende (120). Die vorliegende Studie trägt somit dazu bei, weitere Erkenntnisse für das Verständnis des Alkoholkonsums von Studierenden und Auszubildenden in Deutschland zu erhalten.

In dieser Studie kann kein eindeutiger Unterschied hinsichtlich des Alkoholkonsums unter den Auszubildenden in verschiedenen beruflichen Ausbildungsgängen nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu einigen vergleichbaren Studien, die gezeigt haben, dass das Trinkverhalten zwischen verschiedenen Berufsgruppen während der Ausbildung variieren kann (125). Es wird vermutet, dass Berufe mit höheren körperlichen

Anforderungen oder stressigen Arbeitsbedingungen möglicherweise einen Einfluss auf das Trinkverhalten haben könnten (125).

Es ist jedoch zu beachten, dass die Stichprobengröße der befragten Auszubildenden möglicherweise nicht ausreichend groß ist, um einen signifikanten Unterschied im Konsumverhalten zwischen den einzelnen Berufsgruppen nachweisen zu können. Dies könnte als potenzielle Limitation betrachtet werden und die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen. Zudem werden an den Berufsbildenden Schulen V vorwiegend Schülerinnen im pflegerischen Bereich ausgebildet, wohingegen keine Auszubildenden im gewerblichen Bauhandwerk ausgebildet werden. Dies könnte ein weiterer potenzieller Einflussfaktor auf die Studienergebnisse sein.

Die Kohorte der pflegerischen Berufe ist darüber hinaus in erheblichem Maße größer als die anderen untersuchten Berufsgruppen, was möglicherweise ebenfalls die Repräsentativität beeinflusst. Die reduzierte Anzahl an Probandinnen in einzelnen Berufsgruppen resultiert in vergleichsweise hohen Standardabweichungen, was die Visualisierung signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen unwahrscheinlicher macht.

Im Gegensatz zur Kohorte der Auszubildenden zeigen sich innerhalb der Studierendenpopulation signifikante Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen den verschiedenen Studienfächern. Dieses Ergebnis stimmt mit anderen vergleichbaren Studien überein, welche ebenfalls zeigen, dass es Unterschiede im Konsumverhalten von Studierenden je nach Studienfach gibt (5, 6, 7).

Rechtswissenschaftsstudierende zeigen in dieser Studie den höchsten Alkoholkonsum, gefolgt von Medizinstudierenden. Hingegen weisen Psychologiestudierende den geringsten Alkoholkonsum auf. Diese Ergebnisse decken sich mit internationalen und deutschen Forschungsarbeiten, die ähnliche Tendenzen aufzeigen (101, 109, 113).

Diese Unterschiede lassen darauf schließen, dass der Konsum von Alkohol nicht ausschließlich von individuellen Faktoren abhängt, sondern auch von sozialen Normen und dem sozialen Umfeld (Peergroup), hohem akademischem Stressniveau, Wettbewerbsorientierung, hohem Leistungsdruck und anderen studienfachspezifischen Einflüssen (60, 116, 135).

5.2.2 Risiko- und Resilienzfaktoren

Allgemeine Risikofaktoren

Unter den erfassten allgemeinen Risikofaktoren korrelieren die aktuelle Wohnsituation und der Besitz eigener Kinder positiv mit dem Alkoholkonsum von Studierenden und Auszubildenden. Bei männlichen Studierenden zeigt sich ein geringerer Alkoholkonsum, wenn sie alleine leben, was mit dem Ergebnis einer vergleichbaren deutschen Studie übereinstimmt (101). Bei Auszubildenden hingegen kann eine höhere Alkoholkonsumrate beobachtet werden, wenn sie alleine wohnen. Dieser Zusammenhang wurde in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur nicht bestätigt und untersucht.

Des Weiteren kann in der vorliegenden Studie festgestellt werden, dass Studierende und Auszubildende, die in einer festen Partnerschaft leben, einen geringeren Alkoholkonsum aufweisen. Diese Beobachtung steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien, die ähnliche Zusammenhänge aufzeigen (101, 116, 128).

Einige internationale Studien zeigen, dass Studierende, die in einer Wohngemeinschaft leben, tendenziell einen höheren Alkoholkonsum aufweisen im Vergleich zu denen, die alleine oder in einer Partnerschaft wohnen (72, 101, 128). Die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie unterstützen diese Annahme. Bei Auszubildenden konnte hingegen keine deutliche Korrelation zwischen dem Alkoholkonsum und dem Zusammenleben in einer WG festgestellt werden. Ein solcher Zusammenhang wurde bisher in der wissenschaftlichen Forschung für diese Personengruppe nicht untersucht.

Die vorliegende Studie offenbart einen Zusammenhang zwischen dem Besitz eigener Kinder und einem reduzierten Alkoholkonsum bei Studierenden. Dieser protektive Zusammenhang wurde bereits in einer früheren Studie bestätigt (129).

In der vorliegenden Studie können verschiedene allgemeine Risikofaktoren, die in vergleichbaren Untersuchungen als deutliche Indikatoren für problematischen Alkoholkonsum gelten, nicht nachgewiesen werden. Dazu gehören unter anderem das Vorhandensein von Suchterkrankungen innerhalb der Kernfamilie (33), eigene psychische

Erkrankungen wie Depression oder Neurotizismus (51, 55, 56), sowie das Alter der Probandinnen (116).

Risikofaktoren im Studien- und Ausbildungskontext

Die bisherige empirische Forschungsliteratur hat sich nur begrenzt oder gar nicht mit den Belastungs-/Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Studium und der Ausbildung befasst. In der vorliegenden Studie werden nur vereinzelt Korrelationen zwischen diesen Risikofaktoren und dem Alkoholkonsum der Studierenden und Auszubildenden aufgezeigt.

Es kann gezeigt werden, dass der gleichzeitige Konsum von Tabak mit einem erhöhten Alkoholkonsum korreliert, was mit den Ergebnissen früherer Studien übereinstimmt (72, 101).

Obwohl in der Forschungsliteratur Stress, Zeitnot, Überforderung und Leistungsdruck als Risikofaktoren für einen erhöhten Alkoholkonsum im Studium gelten (72, 135), kann in der vorliegenden Studie keine Bestätigung dieser Annahmen erbracht werden.

Resilienzfaktoren

Untersuchungen zu Resilienzfaktoren speziell für die Bezugsgruppe von Studierenden und Auszubildenden gibt es bisher keine. Allerdings können für die Bewertung/Einordnung der Ergebnisse in diesem Bereich andere Studien genutzt werden, welche Resilienzfaktoren für die Allgemeinbevölkerung untersucht haben.

Die Studienergebnisse weisen auf, dass eine gesunde Ernährung mit einem geringeren Alkoholkonsum unter den Studienteilnehmerinnen einhergeht. Dies ist konsistent mit aktuellen Erkenntnissen einer anderen Forschungsarbeit, die darauf hindeuten, dass eine gesunde Ernährungsweise bei Studierenden einen schützenden Effekt gegenüber einem erhöhten Alkoholkonsum hat (157).

Außerdem kann ein protektiver Einfluss der Religiosität auf den Alkoholkonsum junger Erwachsener nachgewiesen werden, was mit den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten ebenfalls übereinstimmt (72, 158).

Das regelmäßige Ausüben von sportlichen Aktivitäten zeigt bei den untersuchten Studierenden und Auszubildenden keine protektive Wirkung, da es mit einer Steigerung des Alkoholkonsums in Zusammenhang steht. Ähnliche Ergebnisse können sowohl in internationalen Studien (159, 160), als auch in einer aktuellen deutschen Studie (161) beobachtet werden. Studierende, die regelmäßig und intensiv sportlich aktiv sind, weisen demnach höhere Prävalenzen für alkoholbezogene Störungen auf.

5.3 Stärken und Limitationen der Arbeit

5.3.1 Stichprobe

Die vorliegende Studie verfügt über eine insgesamt große Stichprobengröße ($N=2451$), was zu einer hohen Teststärke ($1-\beta > 0,99$) der durchgeführten Gruppenvergleiche und Korrelationsanalysen führt (162). Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen von Pflichtveranstaltungen, wodurch eine sehr hohe Beteiligungsrate unter Studierenden und Auszubildenden erreicht werden konnte. Besonders hervorzuheben ist die hohe Beteiligungsrate der Medizinstudierenden und Zahnmedizinstudierenden, bei denen Rücklaufquoten von über 90% und über 81% erreicht wurden. Auch bei den Berufsschülerinnen betrug die Rücklaufquote 87% der angesprochenen Personen. Minderjährige Probandinnen wurden von der Studie ausgeschlossen.

Durch die Einbeziehung der verschiedenen Untersuchungsgruppen wird einerseits eine vielfältige Perspektive auf das erforschte Thema ermöglicht. Andererseits ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung aufgrund der Beschränkung der vorliegenden Stichprobe auf Studierende der MLU, SHG und FSU sowie auf Auszubildende der BbS V nur begrenzt möglich. Zukünftige Forschungen an anderen Bildungseinrichtungen sind erforderlich, um die Aussagekraft der ermittelten Ergebnisse zu stärken.

Durch die nahezu gleiche Altersverteilung zwischen den Studierenden und Auszubildenen kann eine sehr gute Vergleichbarkeit angenommen werden.

Das Geschlechterverhältnis ist eine wichtige Kontrollvariable, um die Repräsentativität der untersuchten Gruppen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sicherzustellen. Es ist bekannt, dass das biologische Geschlecht einen Einfluss auf das Trinkverhalten haben kann (40). Daher ist es von besonderer Bedeutung, diese Variable angemessen in die statistische Analyse einzubeziehen, um mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen und zu kontrollieren.

In dieser Studie sind Frauen mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln überrepräsentiert im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt unter Studierenden und Auszubildenden (138, 163). Dies resultiert daraus, dass die Studienpopulation dieser Studie hauptsächlich aus Medizinstudierenden und Auszubildenden in Pflegeberufen besteht. Eine größere Gruppe männlicher Studienteilnehmer hätte möglicherweise eine präzisere Datenerhebung ermöglicht. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Konfidenzintervalle in bei den männlichen Kohorten kleiner ausgefallen wären und es einfacher gewesen wäre, mögliche Unterschiede zwischen den Studienpopulationen aufzudecken.

5.3.2 Erfasste Variablen

Der FAST wurde zur Erfassung des Konsumverhaltens verwendet und zeigt eine gute bis akzeptable interne Konsistenz sowie eine gute Test-Retest-Reliabilität. Er eignet sich daher gut für epidemiologische Studien und klinische Settings zur schnellen Einschätzung des Alkoholkonsums (145).

Allerdings ist die Modifikation der ersten Frage im FAST (*Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit?*), vorgenommen von Hodgson et al. (2003), kritisch zu hinterfragen. Für das Binge-Drinking wird eine vergleichsweise hohe Schwelle von mehr als acht Getränken für Männer bzw. mehr als sechs Getränken für Frauen pro Trinkgelegenheit gesetzt (151). Gängige Definitionen für Binge-Drinking sehen hingegen den Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit vor (31). In anderen Studien wird Binge-Drinking abhängig vom biologischen Geschlecht als der Konsum von mehr als vier (bei Frauen) oder mehr als fünf Gläsern (bei Männern) Alkohol pro Trinkgelegenheit definiert (125). Dieser Definitionsunterschied könnte die Vergleichbarkeit zu anderen Studien reduzieren und zur Unterschätzung der Prävalenz des Rauschtrinkens bei den befragten Studierenden und Auszubildenden führen.

Zudem spielt die erste Frage im FAST eine entscheidende Rolle, da von ihrer Beantwortung abhängt, ob die folgenden drei Fragen des FAST in die Analyse des Konsumverhaltens einbezogen werden. Wenn die erste Frage mit "nie" beantwortet

wird, deutet dies unabhängig von den Antworten auf die anderen Fragen auf unproblematischen Alkoholkonsum hin.

Der FAST weist eine geringere Anzahl an Fragen im Vergleich zum ausführlichen AUDIT auf. Der AUDIT beinhaltet zusätzliche Fragen, die den regelmäßigen Alkoholkonsum, die Häufigkeit riskanten Alkoholkonsums sowie mögliche Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit erfassen können. Obwohl der AUDIT für eine präzisere Differenzierung geeigneter erscheint, erweist sich der FAST im Kontext der vorliegenden Studienarbeit als angemessen. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit war die Unterscheidung zwischen problematischem und unproblematischem Alkoholkonsum bei Studierenden und Auszubildenden. Dieses Ziel konnte mithilfe des FAST erreicht werden.

In dieser Studie wurden Studierende der Humanmedizin, Rechtswissenschaften, Zahnmedizin und Psychologie sowie Schülerinnen einer Berufsschule in Halle (Saale) befragt, um eine umfassende Untersuchung des Alkoholkonsums und seiner Risiko- und Resilienzfaktoren bei jungen Erwachsenen durchzuführen.

Es wurde jedoch lediglich eine Auswahl an Risikofaktoren, studienbezogenen Belastungsfaktoren und Resilienzfaktoren berücksichtigt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Zukünftige wissenschaftliche Untersuchungen könnten eine erweiterte Bandbreite an Variablen erforschen, um ein umfassenderes wissenschaftliches Verständnis der Zusammenhänge zwischen schützenden und fördernden Faktoren im Kontext problematischen Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen zu gewinnen. Aufgrund der Studienökonomie musste die Anzahl der erfassten Merkmale jedoch begrenzt werden. Ein umfangreicheres Fragebogenformat hätte eine höhere Belastung für die Teilnehmerinnen bedeutet und möglicherweise zu einem höheren Anteil an Studienabbrechern oder -verweigerern geführt.

Die Anwendung eines standardisierten und anonymisierten Erhebungsinstruments in Form eines Fragebogens trägt dazu bei, die Neigung zur sozialen Erwünschtheit zu minimieren, da ein erhöhter Grad an sozialer Distanz zum Zeitpunkt der Befragung,

einschließlich räumlicher Trennung, mit einer geminderten Anfälligkeit für soziale Erwünschtheit einhergeht (155, 164). Gleichwohl ist es ratsam, mögliche Verzerrungen im Zuge der Fragebogenerhebung zu berücksichtigen, da diese auf subjektiven Beurteilungen und Wahrnehmungen seitens der Teilnehmenden beruhen und die Vergleichbarkeit und Genauigkeit der ermittelten Daten beeinflussen können(165).

Durch die Vielfalt von Antwortformaten (dichotome Optionen, Likert-Skalen mit 4 oder 5 Stufen, offene und numerische Frageformate sowie kategoriale Antwortalternativen) konnte eine umfassende Datenerhebung ermöglicht werden, die eine detaillierte Erfassung der relevanten Variablen sowie eine differenzierte Analyse der Ergebnisse ermöglicht. Es ist wichtig anzumerken, dass während der Erhebung die Möglichkeit bestand, etwaige Verständnisprobleme oder Unklarheiten in Bezug auf die Fragen mit den Studienleitern zu klären. Dies trägt dazu bei, die Qualität der Daten verbessern zu können und potenzielle Missverständnisse minimieren zu können.

Letztlich weist die ermittelte Varianzaufklärung mit $< 13\%$ darauf hin, dass auch in dieser Arbeit nur ein Teil der mit dem Alkoholkonsum assoziierten Faktoren erfasst wurden. Künftige Arbeiten sollten ein noch breiteres Spektrum an Variablen erheben, um eine möglichst umfassende Risikobeschreibung zu ermöglichen.

5.3.3 Untersuchungsdesign

In dieser wissenschaftlichen Untersuchung wurde die Datenerhebung zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt, was eine Querschnittsstudie darstellt. Infolgedessen ist es nicht möglich, Aussagen über die intraindividuelle Entwicklung des Trinkverhaltens während des Verlaufs des Studiums oder der Ausbildung zu treffen und kausale Beziehungen zwischen den beobachteten Variablen können nicht beurteilt werden.

5.4 Fazit

Die befragten Studierenden und Auszubildenden weisen eine niedrigere Prävalenz für problematischen Alkoholkonsum auf als gleichaltrige Vergleichspersonen im bundesweiten Durchschnitt.

Hinsichtlich des Konsumverhaltens gibt es keine deutlichen Unterschiede zwischen Studierenden und Auszubildenden. Unter den Studienteilnehmerinnen weisen Studierende der Rechtswissenschaften und der Humanmedizin den höchsten Alkoholkonsum auf. Hierbei lassen sich insbesondere die männlichen Studierenden als Risikogruppe für problematischen Alkoholkonsum identifizieren. Lediglich eine begrenzte Anzahl von korrelierenden Risiko- und Resilienzfaktoren konnte im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum von Studierenden und Auszubildenden identifiziert werden.

Bisher gibt es nur wenig Vergleichsliteratur, die sich mit dem Konsumverhalten von Auszubildenden und Studierenden beschäftigt. Studienarbeiten, die den direkten Vergleich zwischen beiden Gruppen untersuchen, existieren deutlich seltener. Kommende Forschungsarbeiten sollten sich auf die Identifizierung von Risiko- und Resilienzfaktoren bezüglich des Konsumverhaltens von Auszubildenden und Studierenden beziehen, um gezielte Präventionsangebote für diese Bevölkerungsgruppe entwickeln zu können. Dabei sollten insbesondere männliche Studierende der Rechtswissenschaft und der Humanmedizin in den Fokus gestellt werden.

Zur Erfassung des problematischen Alkoholkonsums unter Studierenden und Auszubildenden stellt der FAST ein zeitsparendes und effektives Messinstrument da. Für eine detailliertere Erfassung des Alkoholkonsums und Aussagen über die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums sollte der AUDIT verwendet werden.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern einen wertvollen Beitrag zur bestehenden Literatur und bieten eine Grundlage für zukünftige Untersuchungen.

Gemäß den Erkenntnissen dieser Studie sind insbesondere junge erwachsene Männer, die rauchen, in einer Wohngemeinschaft leben, regelmäßig sportlich aktiv sind, eine ungesunde Ernährung pflegen, weitab von ihrem Heimatort wohnen, keiner religiösen Gemeinschaft angehören, keine Entspannungstechniken praktizieren und keine eigenen Kinder besitzen, als besonders gefährdete Kohorte für problematischen Alkoholkonsum zu identifizieren.

5.5 Ausblick

Zur Erweiterung unseres Verständnisses des Alkoholkonsums bei Auszubildenden und Studierenden und zur genaueren Untersuchung der potenziellen Einflussfaktoren sind weitere Forschungsarbeiten unerlässlich. Dies wäre entscheidend, um das Risiko für problematischen Alkoholkonsums in dieser Bevölkerungsgruppe zu minimieren.

Zukünftige Studien könnten von multizentrischen Ansätzen profitieren, um ein umfassenderes Verständnis für das Konsumverhalten von Studierenden und Auszubildenden zu erlangen. Folgende Items könnten in kommenden Forschungsarbeiten zusätzlich erfragt werden:

1. Die Einstellung und Normvorstellung der Teilnehmenden in Bezug auf den Alkoholkonsum.
2. Die Motivationsgründe für den Alkoholkonsum bei Studierenden und Auszubildenden.
3. Die Konsumsituationen und Anlässe, bei denen Alkohol eingenommen wird.
4. Fragen zur Peergroup, einschließlich der Einstellungen der sozialen Umgebung zum Konsumverhalten.
5. Die mögliche Veränderung des Alkoholkonsums beim Eintritt in das Studium bzw. in die Ausbildung und im Verlauf des Bildungswegs.
6. Die Anwendung verschiedener Copingstrategien zum Umgang mit Stress und belastenden Lebenssituationen.
7. Die Wahrnehmung der Verfügbarkeit von Alkohol im Alltag der Probandinnen.

Die Berücksichtigung dieser zusätzlichen Aspekte könnte zu einem umfassenderen Verständnis des Alkoholkonsums bei Studierenden und Auszubildenden führen. Des Weiteren könnte dies die Entwicklung gezielter Präventionsmaßnahmen ermöglichen, die auf die spezifischen Motivationen und Kontexte des Alkoholkonsums in diesen Zielgruppen ausgerichtet sind.

Für die Diagnostik von riskantem Alkoholkonsum wäre der Einsatz eines Messinstruments mit höherer Reliabilität, wie beispielsweise der AUDIT, empfehlenswert.

Um ein umfassenderes Verständnis der Dynamik des Konsumverhaltens während des Studiums oder der Ausbildung zu erlangen, wären Verlaufsuntersuchungen von großem Nutzen. Dies könnte durch mehrere Messzeitpunkte ermöglicht werden, z. B. vor Beginn, in der Mitte und am Ende des Studiums/der Ausbildung sowie durch ein Follow-up nach fünf Jahren. Solche Verlaufsuntersuchungen würden die Analyse der Entwicklung des Alkoholkonsums im Laufe der Zeit ermöglichen und etwaige Veränderungen, Trends oder weitere Risikogruppen aufdecken. Zudem könnten sie Informationen über den Einfluss von Interventionen oder Präventionsmaßnahmen erfassen.

Präventions- und Hilfsprogramme innerhalb des Studiums bzw. der Ausbildung könnten mehrere Ansätze verfolgen. Dazu gehören Aufklärungskampagnen während Pflichtveranstaltungen, Plakate oder Werbeclips im Campus- oder Schulbereich sowie Screening- und Beratungsangebote, zum Beispiel in Form von E-Mails an Studierende/Auszubildende. Öffentliche psychosoziale Beratungsstellen an Universitäten und Schulen könnten ebenfalls als Ressource dienen.

Die Entwicklung geschlechtsspezifischer Maßnahmen und Angebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Risikofaktoren männlicher Studierender zugeschnitten sind, könnte von großer Bedeutung sein, um das Trinkverhalten und die Gesundheit dieser Risikogruppe zu verbessern. Präventionsarbeit könnte in diesem Zusammenhang auch durch regelmäßige Treffen in Sportgruppen erfolgen, um die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen zu erhöhen und ein gesundheitsförderndes Umfeld zu schaffen.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Möckl J, Rauschert C, Wilms N, Langenscheidt S, Kraus L, Olderbak S. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: (problematischer) Alkoholkonsum und episodisches Rauschtrinken nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. IFT Institut für Therapieforschung. 2023.
2. Seitz N-N, John L, Atzendorf J, Rauscher C, Kraus L. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforschung. 2019.
3. Bailer J, Schwarz D, Witthoft M, Stubinger C, Rist F. Prevalence of mental disorders among college students at a German university. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2008;58(11):423-9.
4. Grützmacher J, Gusy B, Lesener T, Sudheimer S, Willige J. Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. 2018.
5. Blaszczyk W, Dastan B, Diering L-E, Gusy B, Jochmann A, Juchem C, et al. Wie gesund sind Studierende der Freien Universität Berlin? Ergebnisse der Befragung 01/21 (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr 03/P21) Berlin: Freie Universität Berlin. 2021.
6. Lesener T, Blaszczyk W, Dastan B, Diering L-E, Jochmann A, Juchem C, et al. Wie gesund sind Studierende der Hochschule Neu-Ulm? Ergebnisse der Befragung 05/21 (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr 02/P21). 2021.
7. Rolle C, Götte P, Rotthoff T. Gesundheitsförderung auf dem Campus – Wie es Studierenden geht und was sie sich wünschen. Ergebnisse einer Befragung unter Studierenden der Erziehungswissenschaft und der Humanmedizin an der Universität Augsburg. *Prävention Gesundheitsförderung.* 2023.
8. Montag J, Hanewinkel R, Morgenstern M. Verbreitung und Korrelate des Substanzkonsums unter 5 688 Auszubildenden an beruflichen Schulen. *Gesundheitswesen.* 2015;77(6):411-7.
9. Orth B, Merkel C. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2020.

10. Skidmore C R, Kaufman E A, Crowell S E. Substance Use Among College Students. Elsevier Inc. 2016.
11. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. 2022.
12. Schaller K, Kahnert S, Garcia-Verdugo S, Treede I, Graen L, Ouédraogo N. Alkoholatlas Deutschland 2022. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum; 2022.
13. Thefeld W, Bergmann K E, Burger M, Holling H, Mensink G B, Thamm M. [The Child and Adolescent Health Survey: collection of health behavior data from parents and children]. Gesundheitswesen. 2002;64 Suppl 1:S36-42.
14. Lange C, Manz K, Kuntz B. Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Journal of Health Monitoring .2017.
15. Pabst A, Piontek D, Kraus L, Müller S. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Sucht. 2010;56(5):327-36.
16. Stier B, Weissenrieder N, Schwab K O. Jugendmedizin: Springer-Verlag GmbH Deutschland; ISBN 978-3-662-52782-5, 2018.
17. Korczak D, Steinhauser G, Dietl M. Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2011.
18. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; Best.-Nr.: BMG-D-11033, 2019.
19. G. B. D. Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018; 392(10152):1015-35.
20. John U et al. Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. DHS Jahrbuch Sucht 2022, Pabst Science Publishers. 2022.
21. Rumpf H J, Bischof G, Freyer-Adam J, Coder B. [Assessment of problematic alcohol use]. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009;134(47):2392-3.
22. Schneider S, Margraf J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Springer-Verlag GmbH Deutschland; ISBN 978-3-662-57368-6. 2019.
23. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS Jahrbuch Sucht 2023. Hamm. ISBN 978-3-95853-838-2. 2023.

24. Seitz H, Bühringer G. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 2007.
25. Tagesschau. Schädlich ab dem ersten Tropfen. ARD; <https://www.tagesschau.de/wissen/gesundheit/alkohol-gesundheit-100.html>. 2023., Zugriffsdatum: 20.10.2023
26. Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf. 2023., Zugriffsdatum: 05.10.2023
27. Stolle M, Sack P M, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Deutsches Arzteblatt International 2009;106(19):323-8.
28. Lange C, Manz K, Kunz B. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health Monitoring 2017.
29. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2018. ISSN 978-92-4-156563-9
30. Bartsch G, Kreider C, Raiser P. Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen eV. 2015.
31. Wechsler H, Nelson T F. What we have learned from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing attention on college student alcohol consumption and the environmental conditions that promote it. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2008;69(4):481-90.
32. Remschmidt H. Serie: Alkoholismus. Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Deutsches Ärzteblatt. Jg.99. Heft 12. März 2002.
33. Orth B, Merkel C. Veränderungen des Rauschtrinkens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland in Abhängigkeit von Bildungsniveau und Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt 2021 · 64:660–670. 2021.
34. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
35. Coder B, Meyer C, Freyer-Adam J, John U. Alkohol- Zahlen und Fakten zum Konsum. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 2010 S. 21-50.
36. Wittchen H-U, Hoyer J. Klinische Psychologie & Psychotherapie: Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York; 2011. ISBN 978-3-642-13017-5

37. Pabst A, Kraus L, Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*. 2013;59(6):321-31.
38. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C. Alkohol-Zahlen und Fakten zum Konsum. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 2012:38-63.
39. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz N N, Lochbuhler K, Kraus L. The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International* 2019;116(35-36):577-84.
40. Rauschert C, Mockl J, Seitz N N, Wilms N, Olderbak S, Kraus L. The Use of Psychoactive Substances in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International* 2022;119(31-32):527-34.
41. Pabst A, Kraus L. Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. 2008.
42. Maes H H, Woodard C E, Murrelle L, Meyer J M, Silberg J L, Hewitt J K, et al. Tobacco, Alcohol and Drug Use in Eight- to Sixteen-Year-OldTwins: The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. 1999.
43. Lindenmeyer J. Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. Springer Verlag Berlin Heidelberg. 2013.
44. Berking M, Rief W. Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Springer; 2012.
45. Lieb R, Schuster P, Pfister H, Fuetsch M, Höfler M, Isensee B, et al. Epidemiology of Substance Use, Abuse and Dependence Among Adolescents and Young Adults: The Prospective-Longitudinal EDSP-Study. *Sucht*. 2000;46(1):18-31.
46. Gilles D M, Turk C L, Fresco D M. Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors* 2006;31(3):388-98.
47. Müller C A, Heinz A. Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter: Batra, A.; Bielke-Hentsch, O.; 2016. ISBN 3131492015
48. Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Springer Verlag Berlin Heidelberg New York; 2011. ISBN 13 978-3-642-03636-1

49. Höfler M, Lieb R, Perkonigg A, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H-U. Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. 1999. 0965- 2140
50. Littlefield A K, Sher K J, Wood P K. A personality-based description of maturing out of alcohol problems: extension with a five-factor model and robustness to modeling challenges. *Addictive Behaviors* 2010;35(11):948-54. 10.1016
51. Malouff J M, Thorsteinsson E B, Rooke S E, Schutte N S. Alcohol involvement and the Five-Factor model of personality: a meta-analysis. *Journal of Drug Education* 2007;37(3):277-94.
52. Zimmermann P, Wittchen H U, Hofler M, Pfister H, Kessler R C, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 2003;33(7):1211-22.
53. Bernardi S, Faraone SV, Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine* 2012;42(4):875-87.
54. Ahlin J, Hallgren M, Ojehagen A, Kallmen H, Forsell Y. Adults with mild to moderate depression exhibit more alcohol related problems compared to the general adult population: a cross sectional study. *BioMedCentral Public Health*. 2015;15:542.
55. Preuss U W, Wong J W, Wurst F. Komorbidität von bipolar affektiven Störungen und Alkoholabhängigkeit: Häufigkeit, Konsequenzen und Therapiemöglichkeiten. *Suchttherapie*. 2013;15(01):29-34.
56. Preuss U W, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann-Reinecke U, Schafer I, Beutel M, Mann KF, et al. [Mental comorbidities of alcohol-related disorders]. *Nervenarzt*. 2016;87(1):26-34.
57. Kaplow J B, Curran P J, Angold A, Costello E J. *The Prospective Relation Between Dimensions of Anxiety and the Initiation of Adolescent Alcohol Use*. 2001.
58. Sung M, Erkanli A, Angold A, Costello E J. Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2004;75(3):287-99.
59. Hinckers A S, Frank J, Heinz A, Schumann G, Schmidt M H, Laucht M. [Factors influencing juvenile alcohol consumption: the role of gene-environment interactions]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2006;34(5):329-39; quiz 40-1.

60. Park S, Schepp K. A systematic review of research on children of alcoholics: their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies* 24:1222–1231 2015.
61. Knop J, Goodwin D W, Jensen P, Penick E, Pollock V, Gabrielli W, et al. A 30-year follow-up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 1993;370:48-53.
62. Schwandt M L, Heilig M, Hommer D W, George D T, Ramchandani V A. Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcohol, Clinical and Experimental Research* 2013;37(6):984-92.
63. Zhang X, Wu L T. Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: a bidirectional relation? *Drug and Alcohol Dependence* 2014;142:63-73.
64. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review.* 2005;25.
65. LaBrie J W, Hummer J F, Pedersen E R. Reasons for drinking in the college student context: the differential role and risk of the social motivator. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2007;68(3)
66. Hurrelmann K, Quenzel G. *Lebensphase Jugend: Diewald, M.* Hurrelmann, K.; 2016. ISBN 978-3-7799-4516-1
67. Papastefanou C, von Hagen C. Risikoverhalten und Alkoholkonsum im Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde.* 2011;159(2):118-23.
68. Raithel J. *Jugendliches Risikoverhalten - Eine Einführung.* 2011. ISBN 978-3-531-94066-3
69. Statistisches Bundesamt (Destatis). Zahl der Woche Nr. 05 vom 31. Januar 2023. Wiesbaden; 2023. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_05_p002.html#:~:text=Auch%20%C3%BCber%20alle%20Altersgruppen%20hinweg,2019%20\(100%20100%20F%C3%A4lle\)](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_05_p002.html#:~:text=Auch%20%C3%BCber%20alle%20Altersgruppen%20hinweg,2019%20(100%20100%20F%C3%A4lle).). Zugriffsdatum: 09.09.23
70. Peltzer K, Pengpid S, Teprirou C. Associations of alcohol use with mental health and alcohol exposure among school-going students in Cambodia. *Nagoya Journal of Medical Science* 2016;78(4):415-22.
71. Wicki M, Kuntsche E, Gmel G. Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors* 2010;35(11):913-24.
72. Piazza-Gardner AK, Barry AE, Merianos AL. Assessing Drinking and Academic Performance Among a Nationally Representative Sample of College Students. *Journal of Drug Issues.* 2016;46(4):347-53.

73. White A, Hingson R. the Burden of Alcohol Use. Excessive Alcohol Consumption and Related Consequences Among College Students. 2014. PMC3908712
74. Bailer J, Stubinger C, Dressing H, Gass P, Rist F, Kuhner C. Increased prevalence of problematic alcohol consumption in university students. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009;59(9-10):376-9.
75. Jennison K M. The Short-Term Effects and Unintended Long-Term Consequences of Binge Drinking in College: A 10-Year Follow-Up Study. *The American Journal of Drug Alcohol Abuse.* 2004;30(3):659-84.
76. Petit G, Maurage P, Kornreich C, Verbanck P, Campanella S. Binge drinking in adolescents: a review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol.* 2014;49(2):198-206.
77. Schmidt L G. Frühdiagnostik und Kurzintervention beim beginnenden Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt* 1997;94(44).
78. Grant B F, Dawson D A. age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse.* 1997;9:103-10.
79. Blomeyer D, Laucht M. Riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter. *Psychotherapeut.* 2009;54(3):179-86.
80. Steinhausen H-C. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 2019. ISBN 9783437210839.
81. Fleischhacker W W, Hinterhuber H. Lehrbuch Psychiatrie: Springer-Verlag/Wien; 2012. ISBN 978-3-211-89864-2.
82. Bravo A J, Pearson M R, Henson J M. Drinking to Cope With Depressive Symptoms and Ruminative Thinking: A Multiple Mediation Model Among College Students. *Substance Use and Misuse.* 2017;52(1):52-62.
83. Ali B, Ryan J S, Beck K H, Daughters S B. Trait Aggression and Problematic Alcohol Use Among College Students: The Moderating Effect of Distress Tolerance. *Alcohol, Clinical and Experimental Research* 2013;37(12):2138-44.
84. Raimo E B, Schuckit M A. Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):933-46.
85. Singer M V, Batra A, Mann K. Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen Thieme; 2010. ISBN 3131466715

86. D'Amico E J, Metrik J, McCarthy D M, Frissell K C, Applebaum M, Brown S A. Progression into and out of binge drinking among high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001;15(4):341-9.
87. Busse H, Buck C, Stock C, Zeeb H, Pischke C R, Fialho P M M, et al. Engagement in Health Risk Behaviours before and during the COVID-19 Pandemic in German University Students: Results of a Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4).
88. Graupensperger S, Jaffe A E, Fleming C N B, Kilmer J R, Lee C M, Larimer M E. Changes in College Student Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Are Perceived Drinking Norms Still Relevant? *Emerging Adulthood*. 2021;Vol. 9(5) 531–540(5):531-40.
89. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Bartak M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*. 2021;116(12):3369-80.
90. Manthey J, Kilian C, Schomerus G, Kraus L, Rehm J, Schulte B. Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Hogrefe*. 2020;66(5):247-58.
91. Harford T C, Grant B F, Yi H Y, Chen C M. Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcohol, Clinical and Experimental Research* 2005;29(5):810-28.
92. Neumark Y D, Lopez-Quintero C, Grinshpoon A, Levinson D. Alcohol drinking patterns and prevalence of alcohol-abuse and dependence in the Israel National Health Survey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*. 2007;44(2):126-35.
93. Nannini D R, Joyce B T, Zheng Y, Gao T, Wang J, Liu L, et al. Alcohol consumption and epigenetic age acceleration in young adults. *Aging (Albany NY)*. 2023;15(2):371-95.
94. Deborah A D, Bridget F G, Frederick S S, Chou PS. Another Look at Heavy Episodic Drinking and Alcohol Use Disorders among College and Noncollege Youth. 2004.
95. Patrick M E, Terry-McElrath Y M. Prevalence of High-Intensity Drinking from Adolescence through Young Adulthood: National Data from 2016-2017. *Substance Abuse*. 2019;13
96. World Health Organization.(WHO/MSD/MSB 18.2.) Global status report on alcohol and health 2018: executive summary. 2018.Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
97. Caamano-Isorna F, Adkins A, Aliev F, Moure-Rodriguez L, Dick D M. Population Attributable Fraction of Early Age of Onset of Alcohol Use in Alcohol Abuse and

Dependence: A 3-Year Follow-Up Study in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(6).

98. Mekonen T, Fekadu W, Chane T, Bitew S. Problematic Alcohol Use among University Students. *Front Psychiatry*. 2017;8:86.

99. Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(3):213-21.

100. Keller S, Maddock JE, Laforge RG, Velicer WF, Basler HD. Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive Behaviors* 2007;32(3):505-15.

101. Slutske W S. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(3):321-7.

102. Jones C M, Clayton H B, Deputy N P, Roehler D R, Ko J Y. Prescription Opioid Misuse and Use of Alcohol and Other Substances Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. 2020. *Supplements / August 21, 2020 / 69(1)*;38–46

103. Verhoog S, Dopmeijer J M, de Jonge J M, van der Heijde C M, Vonk P, Bovens R, et al. The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *European Addiction Research* 2020;26(1):1-9.

104. Cooke R, Beccaria F, Demant J, Fernandes-Jesus M, Fleig L, Negreiros J, et al. Patterns of alcohol consumption and alcohol-related harm among European university students. *European Journal of Public Health*. 2019;29(6):1125-9.

105. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD-Group). *ESPAD Report 2015, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. 2016. ISBN 978-92-9497-110-4, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

106. Muli N, Lagan B M. Perceived determinants to alcohol consumption and misuse: a survey of university students. *Perspectives in Public Health*. 2017;137(6):326-36.

107. Davoren M P, Demant J, Shiely F, Perry I J. Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review. *BioMedCentral Public Health*. 2016;16:173.

108. Bogowicz P, Ferguson J, Gilvarry E, Kamali F, Kaner E, Newbury-Birch D. Alcohol and other substance use among medical and law students at a UK university: a cross-sectional questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal*. 2018;94(1109):131-6.

109. Orth B, Töppich J. *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. 2015.

110. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004; 34(4):597-611.
111. Stock C, Mikolajczyk R, Bloomfield K, Maxwell AE, Ozcebe H, Petkeviciene J, et al. Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students. *Public Health*. 2009;123(2):122-9.
112. Supke M, Schulz PDW. Mental Health, Alcohol Consumption, and Partnerships After the Third Wave During the Corona Pandemic - A Comparison of German Psychology Students and Other Students. 2021. 10.21203/rs.3.rs-927326/v1
113. Dahlin M, Nilsson C, Stotzer E, Runeson B. Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. *BMC Medical Education*. 2011;11.
114. Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *British Medical Journal*. 2008;337:a2155.
115. Jackson E R, Shanafelt T D, Hasan O, Satele D V, Dyrbye L N. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine* 2016;91(9):1251-6.
116. Jähne A, Kriston L, Bentele M, Berner M M. Alkoholgebrauch und Konsumpermission bei Medizinstudenten. *Psychother Psychological Medicine* 2009. 2008. 10.1055/s-2008-1067343
117. Voigt K, Twork S, Mittag D, Gobel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Services Research* 2009;9:219.
118. Jacobs T, Linke M, Richter EP, Drössler S, Zimmermann A, Berth H. Alkoholkonsum bei Medizinstudierenden. Eine Analyse über 7 Jahre (2011 bis 2017). *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2021;17(3):385-91.
119. Orth B. Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2017.
120. Tomczyk S, Hanewinkel R, Morgenstern M. Problematischer Substanzkonsum in der Ausbildung – eine Längsschnittuntersuchung von 4.109 Auszubildenden über 18 Monate. *Sucht Aktuell*. 2016.

121. Degen U, Gerwin W, Ross E. Alkohol und Drogenkonsum bei Auszubildenden und jungen Berufstätigen, eine explorative Studie 2005 [22.10.2020]. Available from: <https://www.bibb.de/de/16635.php>., Zugriffsdatum: 07.09.23
122. Lehmann F, von Lindeman K, Klewer J, Kugler J. Ist das Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in der Pflege mit deren sozioökonomischen Status assoziiert? *HeilberufeScience*. 2014;6(1):20-6.
123. Hirsch K, Voigt K, Gerlach K, Kugler J, Bergmann A. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Impfverhalten von Gesundheits- und Krankenpflege- schülerInnen in Sachsen-Anhalt. *HeilberufeSCIENCE*. 2010;1 (4): 127 – 132(4):127-32.
124. Hanke M, Ulbricht S, Freyer-Adam J, John U, Meyer C, Haug S. Tabakrauchen und Alkoholkonsum bei Auszubildenden an beruflichen Schulen in Vorpommern. *Gesundheitswesen*. 2013;75(4):216-24.
125. Jao N C, Robinson L D, Kelly P J, Ciecierski C C, Hitsman B. Unhealthy behavior clustering and mental health status in United States college students. *Journal of American College Health*. 2019;67(8):790-800.
126. Gonzalez V M, Reynolds B, Skewes M C. Role of impulsivity in the relationship between depression and alcohol problems among emerging adult college drinkers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2011;19(4):303-13.
127. Dantzer C, Wardle J, Fuller R, Pampalone S Z, Steptoe A. International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*. 2006;55(2):83-9.
128. Bullock S. Alcohol, drugs and student lifestyle. A study of the attitudes, beliefs and use of alcohol and drugs among Swedish university students. Stockholm: Centre for Social Research on Alcohol and Drugs. 2004.
129. Schuckit M A, Smith T L, Danko G P, Pierson J, Trim R, Nurnberger J I, et al. A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007;68(6):805-12.
130. Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Journal of Medical Education* 2000;34(2):148-50.
131. von Bothmer MI, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Health Science* 2005;7(2):107-18.
132. Jurkat H B, Richter L, Cramer M, Vetter A, Bedau S, Leweke F, et al. Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden – Eine Vergleichsuntersuchung des 1. und 7. Fachsemesters Humanmedizin. *Nervenarzt*. 2011;82.

133. Kuntsche E N, von Fischer M, Gmel G. Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(8):796-800.
134. Russell M A, Almeida D M, Maggs J L. Stressor-related drinking and future alcohol problems among university students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2017;31(6):676-87.
135. Wengreen H J, Moncur C. Change in diet, physical activity, and body weight among young-adults during the transition from high school to college. *Nutrition Journal*. 2009;8:32.
136. Borsari B, Murphy J G, Barnett N P. Predictors of alcohol use during the first year of college: implications for prevention. *Addictive Behaviors* 2007;32(10):2062-86.
137. Statistisches Bundesamt 2019. statistisches Jahrbuch- Deutschland und Internationales. 3. Bildung. S.102-103.ISNB 978-3-8246-1086-0
138. Herzberg P Y, Goldschmidt S, Heinrichs N. Beck Depression-Inventar (BDI-II). *Reportpsychologie* 2008;33(6).
139. Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe. 1993.
140. Costa P T, McCrae R R. The NEOPI/FFI manual supplement Odessa:Psychological Assessment Resources. 1989.
141. Körner A, Geyer M, Roth M, Drapeau M, Schmutzer G, Albani C, et al. Persönlichkeitsdiagnostik mit dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar: Die 30-Item-Kurzversion (NEO-FFI-30). *Psychother Psychosomatische Medizin* 2008. 2008;58.
142. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*. 2004;72(2):271-324.
143. Bertrams A, Dickhäuser O. Messung dispositioneller Selbstkontroll-Kapazität: Eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). *Diagnostica* (2009). 2009; 55, pp. 2-10. .
144. John B, Newstead S, Heirene R, Hodgson R, Roderique-Davies G. Does the Fast Alcohol Screening Test Accurately Distinguish Between Harmful and Severely Dependent Tiers of Alcohol Misuse? *Alcohol and Alcoholism*. 2021;56(6):737-45.
145. Hodgson R, Alwyn T, John B, Thom B, Smith A. The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(1):61-6.

146. Bradley K A, Bush K R, McDonell M B, Malone T, Fihn S D, Ambulatory Care Quality Improvement P. Screening for problem drinking : Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine* 1998;13(6):379-88.
147. Bradley K A, Bush K R, Epler A J, Dobie D J, Davis T M, Sporleder J L, et al. Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163(7):821-9.
148. Garcia Carretero M A, Novalbos Ruiz J P, Martinez Delgado J M, O'Ferrall Gonzalez C. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *Adicciones*. 2016;28(4):194-204.
149. Kelly T M, Donovan J E, Chung T, Bukstein O G, Cornelius J R. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. *Addictive Behaviors* 2009;34, 668–674(8):668-74.
150. Williams N. The FAST questionnaire. *Occup Med (Lond)*. 2014;64(7):559-60.
151. Hodgson R, Waller S, Thom B, Newcombe RG. Fast screening for alcohol misuse. *Addictive Behaviors*. 2003;28.
152. Thaiss H. Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Leber eine Alkoholpause gönnen 2020. Available from: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/2020/20_11_16_PM_BZgA_Deutscher_Lebertag.pdf, Zugriffsdatum:20.07.2023.
153. Hanewinkel R, Wiborg G. Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A German pilot study. 2005.
154. Morgenstern M, Montag J, Hanewinkel R. [Use of Psychotropic Substances and Satisfaction with Vocational Education]. *Gesundheitswesen*. 2017;79(1):10-8.
155. Kreuter F, Presser S, Tourangeau R. Social Desirability Bias in CATI, IVR and web surveys. The effects of mode and question sensitivity. *Public Opinion Quarterly*. 2008;72, No. 5.
156. Kypri K, Cronin M, Wright C S. Do university students drink more hazardously than their non-student peers? *Addiction*. 2005;100(5):713-4.
157. Abraham S, Noriega B R, Shin J Y. College students eating habits and knowledge of nutritional requirements. *Journal of Nutrition and Human Health*. 2018;2 (1).
158. Bahr S J, Hoffmann J P. Parenting Style, Religiosity, Peers, and Adolescent Heavy Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010;71 (4).

159. Ford J A. Alcohol Use among College Students: A Comparison of Athletes and Nonathletes. *Substance Use & Misuse*. 2007;42.
160. Hildebrand K M, Johnson D J, Bogle K. Comparison of patterns of alcohol use between high school and college athletes and non-athletes. *College Student Journal*. 2001;35.
161. Göring A, Jetzke M, Rudolph S. Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und alkoholbezogenen Störungen bei Studierenden. *SUCHT* 2017;63 (1).
162. Faul F, Erdfelder E, Lang A G, Buchner A. GPower (Version 3.1.7) A flexible statistical power analysis program for the social, Behavioral and Biomedical sciences. 2013. Kiel: Christian-Albrechts-Universität.
163. Statistisches Bundesamt (Destatis). Studierende an Hochschulen: Wintersemester 2019/2020. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. 2020.
164. Preisendörfer P, Wolter F. Who Is Telling the Truth? A Validation Study on Determinants of Response Behavior in Surveys. *Public Opinion Quarterly*. 2014.
165. Schneider W, Hasselhorn M. *Handbuch der Pädagogischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag; 2008. ISBN 983-8017-1803-3

7 Thesen der Dissertation

1. Problematischer Alkoholkonsum repräsentiert einen zentralen Risikofaktor für somatische und psychische Erkrankungen, der bereits und insbesondere bei jungen Erwachsenen eine erhöhte Prävalenz aufweist.
2. Die vorliegende Arbeit analysiert und vergleicht die Prävalenz des problematischen Konsums von Studierenden (n= 1903) mit dem von – bislang selten untersuchten – Auszubildenden (n = 548) und identifiziert Risiko-, sowie Resilienzfaktoren für diese Problemlage.
3. Ungefähr ein Viertel der untersuchten Population zeigt gemäß des FAST-Scores einen problematischen Alkoholkonsum.
4. Es wurden keine Unterschiede in der Prävalenz zwischen beiden Gruppen gefunden.
5. Erhöhte Häufigkeiten problematischen Alkoholkonsums fanden sich lediglich bei männlichen Studierenden der Rechtswissenschaft.
6. Neben dem Geschlecht (männlich) waren der Konsum von Tabak, das Leben in einer Wohngemeinschaft, sportliche Aktivitäten, das Fehlen eigener Kinder, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, das Nichtpraktizieren von Entspannungstechniken und das Fehlen von Religiosität mit einem erhöhtem Alkoholkonsum assoziiert.
7. Dennoch erklären diese Faktoren insgesamt nur einen geringen Anteil der Varianz im Alkoholkonsum.
8. Die Ergebnisse spiegeln die bisherigen Erkenntnisse über Studierende auf Auszubildende wider und liefern potenzielle Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen.

ANHANG

<i>Anhang 1: Fragebogen zur Studie „Depressive Symptome unter BerufsschülerInnen – Häufigkeit und beeinflussende Faktoren“</i>	<i>IX</i>
--	-----------



Universitätsklinikum
Halle (Saale)

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Teilnehmerinformation zur Studie

Depressive Symptome unter BerufsschülerInnen – Häufigkeit und beeinflussende Faktoren

Liebe Auszubildende,
als zukünftige/r Beschäftigte/r im Gesundheitswesen werden Sie als sozial, belastbar und freundlich angesehen. Sie helfen Anderen, bewältigen unter Zeitdruck konzentriert eine Menge Aufgaben. Aufgrund dieser potentiell belastenden Faktoren sollte auch ihre eigene psychische Verfassung Beachtung finden. Sie sind während Ihrer Berufsausbildung und auch im späteren Berufsalltag zahlreichen Risikofaktoren für depressive Erkrankungen ausgesetzt (z.B. Stress, Belastungssituationen). Studiendaten weisen darauf hin, dass Berufsschüler/innen im Gesundheitsbereich von einem höheren Ausmaß depressiver Symptome als die Allgemeinbevölkerung berichten. Um Zusammenhänge zu Risikofaktoren dieser Erkrankung besser zu verstehen und ggf. aus diesen zukünftige Interventionen speziell für Berufsschüler/innen abzuleiten, führen wir eine Studie zu dieser Thematik durch, zu der wir Sie gerne einladen möchten.

Wir gehen davon aus, dass depressive Störungen nicht eine, sondern viele Ursachen haben. Deswegen untersuchen wir in dieser Studie verschiedene Risiko- und protektive Faktoren – von genetischen Prädispositionen über Persönlichkeitsmerkmale bis hin zum Lebensstil.

Bei der Untersuchung der genetischen Prädispositionen werden wir über eine genomweite Assoziationsstudie Faktoren identifizieren, die mit Depressivität in Verbindung stehen. Dazu werden die von Ihnen zur Verfügung gestellten Proben anonym genotypisiert und anschließend geprüft, welche genotypischen Merkmale (Single-Nucleotid-Polymorphismen – SNPs) in der Gesamtstichprobe mit erhöhter Depressivität assoziiert sind. Die Proben werden unmittelbar nach der Genotypisierung verworfen und für keinerlei weitere Untersuchungen verwendet.

Studienziel

In dieser Studie möchten wir verstehen, wie hoch die **Belastung von BerufsschülerInnen mit depressiven Symptomen** ist. Dazu befragen wir BerufsschülerInnen verschiedener Ausbildungsabschnitte mit einem Fragebogen depressiver Symptome und einem Bogen zu vorliegenden **Risiko- und protektiven Faktoren**.

Zudem erfassen wir einen wichtigen Aspekt Ihrer **Persönlichkeitsstruktur**, der mit einem erhöhten Depressionsrisiko in Verbindung stehen kann (emotionale Belastbarkeit, sog. Neurotizismus). Darüber hinaus bitten wir Sie, eine Untersuchung genetischer Risikokonstellationen zu ermöglichen, indem Sie uns eine **Probe Ihres Genmaterials** zur Verfügung stellen.

Umfang der Studie

Neben der hier erfolgenden Aufklärung über die Studie werden wir Ihnen **Fragebögen zu depressiven Symptomen, Risiko- und protektive Faktoren und zu spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen** vorlegen. Sie erhalten von uns **Abstrichtupfer zur Entnahme einer Probe der Innenseite der Wangenschleimhaut** mithilfe eines Wattestäbchens. Insgesamt nehmen die Untersuchungen etwa 20 Minuten in Anspruch. Weitergehende Untersuchungen sind im Rahmen dieser Studie nicht vorgesehen. Die Rückgabe der ausgefüllten Bögen und der Speichelproben erfolgt im verschlossenen Umschlag. Um eine anonyme Teilnahme und Rückgabe zu gewährleisten, stehen ausgewiesene Rückgabeboxen an Ihrer Berufsschule zur Verfügung.

Datenschutz:

Die Daten aller befragten Personen werden zentral an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Halle gesammelt. Die Speicherung und Auswertung der Informationen erfolgt so, dass statt Ihres Namens ein **anonymer Studienteilnehmercode** verwendet wird.

Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden somit im Rahmen der Studie eingehalten.

Freiwilligkeit

Die **Teilnahme** an dieser Untersuchung erfolgt **freiwillig**. Sie haben zu jedem Zeitpunkt das Recht, Ihre Einwilligung für die Durchführung der Untersuchung insgesamt zu widerrufen. Ihre Entscheidung, ob Sie an der Studie teilnehmen oder nicht hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre Ausbildung oder Kontakte zu den Einrichtungen des Universitätsklinikums Halle.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei einem nachträglichen Widerruf der Teilnahme eine Löschung bereits erfasster Daten aufgrund der anonymisierten Studienteilnahme nicht mehr möglich ist.

Sollten Sie bemerken, dass **Sie unter einer depressiven Stimmung leiden**, möchten wir Sie bitten, **Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin** zu kontaktieren oder sich mit verfügbaren Hilfsangeboten in Verbindung zu setzen. Sie können hierfür folgende Wege nutzen:

Info-Telefon der Deutschen Depressionshilfe: 0800 / 33 44 533 – hier werden Ihnen Kontaktadressen und Hilfsangebote Ihrer Region genannt.

Die **Ambulanz unserer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik** erreichen Sie telefonisch unter **0345 / 557 3640**, persönliche Ansprechpartner sind rund um die Uhr da.

Natürlich können Sie sich auch per E-Mail an den Studienleiter Prof. Dr. Watzke wenden (stefan.watzke@uk-halle.de).

Mit bestem Dank für Ihr Interesse.

Fragebogen zur Selbstbeschreibung

**SOZIODEMOGRAPHISCHE FRAGEN
BELASTUNGEN & RESILIENZFAKTOREN**

PNUM: (wird durch das Studienteam vergeben)

Datum:

In welchem Berufsausbildungsjahr und Ausbildungsberuf befinden Sie sich derzeit?

Jahr	Ausbildungsberuf
------	------------------

Bitte beantworten Sie jeden der folgenden Punkte durch Ankreuzen der zutreffenden Alternative bzw. durch Eintragen des zutreffenden Wertes

1. Biologisches Geschlecht

weiblich

männlich

3. Alter in Jahren

4. Größe in cm

2. Soziales Geschlecht

weiblich

männlich

beides

weder noch

anders

5. Gewicht in kg

6. Zivilstand

ledig

verheiratet

getrennt lebend oder geschieden

verwitwet

7. Partnerschaft unabhängig vom Zivilstand

kein Partner oder Beziehung kürzer als 3 Monate / ohne Partner lebend

verheiratet und zusammenlebend

nicht verheiratet, aber zusammenlebend

Partnerschaft ohne Zusammenleben (> 3 Monate)

8. Dauer der Partnerschaft in Monaten

(0 bei fehlender Partnerschaft)

9. Anzahl leiblicher Kinder

10. In welchem Bundesland sind Sie aufgewachsen?

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Hamburg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Thüringen

außerhalb Deutschlands aufgewachsen

11. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihre Mutter?

Ohne Schulabschluss

Hauptschule

Realschule (10. Klasse)

Abitur

12. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihre Mutter?

ungelernt

Berufsausbildung

Fach-/Hochschulstudium

13. Welcher Art Tätigkeit geht Ihre Mutter aktuell nach?

Ohne berufliche Tätigkeit

angestellt

selbständig

14. Welchen höchsten schulischen Abschluss hat Ihr (sozialer) Vater?

Ohne Schulabschluss

Hauptschule

Realschule (10. Klasse)

Abitur

<p>15. Welchen höchsten Berufsabschluss hat Ihr (sozialer) Vater?</p> <p>ungelernt <input type="checkbox"/></p> <p>Berufsausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Fach-/Hochschulstudium <input type="checkbox"/></p>	<p>16. Welcher Art Tätigkeit geht Ihr (sozialer) Vater aktuell nach?</p> <p>Ohne berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>angestellt <input type="checkbox"/></p> <p>selbständig <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>17. Wie viele Geschwister haben Sie?</p> <p><input type="text"/></p>	<p>18. In welcher Geschwisterposition stehen Sie? (Geben Sie eine 1 an, wenn Sie das älteste (oder einzige) Kind Ihrer Eltern sind; eine 2, wenn Sie das zweitälteste sind etc.)</p> <p><input type="text"/></p>																																																							
<p>19. Haben Sie ein Elternteil durch Trennung oder Tod verloren?</p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Trennung der Eltern <input type="checkbox"/></p> <p>Tod der Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>Tod des Vaters <input type="checkbox"/></p>	<p>20. Bei wem sind Sie aufgewachsen?</p> <p>bei beiden leiblichen Eltern <input type="checkbox"/></p> <p>bei der Mutter aufgewachsen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Vater aufgewachsen <input type="checkbox"/></p> <p>mit Mutter/Vater und neuer Partnerin / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>bei Pflegeeltern aufgewachsen <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>21. Welche Bedeutung spielte Religion in Ihrer Erziehung?</p> <p>keine Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>marginale Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>mittelmäßige Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>extrem wichtig <input type="checkbox"/></p>	<p>22. Welche Bedeutung spielt Religion in Ihrem heutigen Leben?</p> <p>keine Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>marginale Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>mittelmäßige Bedeutung <input type="checkbox"/></p> <p>extrem wichtig <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>23. War / ist eines Ihrer Familienmitglieder aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mutter</th> <th>Vater</th> <th>Geschwister</th> <th>Großeltern</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>weiß ich nicht</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nein</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Demenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abhängigkeit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bipolare Störung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angststörung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essstörung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Persönlichkeitsstörung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern	weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>24. Waren oder sind Sie selbst wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Störungen im Kindesalter <input type="checkbox"/></p> <p>Abhängigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>Psychose <input type="checkbox"/></p> <p>Bipolare Störung <input type="checkbox"/></p> <p>Depression <input type="checkbox"/></p> <p>Angststörung <input type="checkbox"/></p> <p>Essstörung <input type="checkbox"/></p> <p>Persönlichkeitsstörung <input type="checkbox"/></p>
	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern																																																				
weiß ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Abhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				

Fragen zu Ihrer Ausbildung

25. Berufsausbildung oder Studium vor jetziger Ausbildung

- keine
- begonnen, aber nicht abgeschlossen
- abgeschlossen

26. Art der vorherigen Ausbildung

- keine
- angelernt oder Teilfacharbeiter
- Lehre in Handwerk, Produktion, kaufmännischem Bereich
- Fachschulausbildung, Beamtenausbildung
- Hochschulausbildung, Fachhochschulstudium

27. Tätigkeit vor Aufnahme der jetzigen Ausbildung

- schulische Ausbildung
- Andere berufliche Ausbildung
- Hochschulstudium
- berufliche Tätigkeit
- FSJ oder Auslandsjahr
- keine Tätigkeit

28. Dauer der letzten Tätigkeit in Jahren

29. Wie bewerten Ihre Freunde und Familie Ihre aktuelle Ausbildung?

- Unterstützung
- Akzeptanz

- Gleichgültig
- Ablehnung

30. Was waren für Sie die Hauptgründe, sich für Ihre Ausbildung zu entscheiden?
(Bitte wählen Sie die wichtigsten zwei)

- Ich fand das Fachgebiet spannend
- Ich wollte Menschen helfen
- Ich suchte nach einem Beruf, der mir hohen Respekt und Anerkennung verschafft
- Ich suchte nach einem Beruf mit guten Verdienstmöglichkeiten und Zukunftssicherheit
- Meine Eltern / Familie haben mir die Ausbildung nahegelegt
- Ich wusste nicht, was ich sonst hätte lernen sollen

31. Gab es für Sie einen denkbare alternativen Berufs- oder Studienwunsch?

- ja
- nein

32. Wie viele Jahre haben Sie auf den Beginn der Ausbildung warten müssen bzw. haben Sie anderweitig überbrückt?

33. An wievielter Stelle war Halle unter Ihren Ausbildungswunschorten?

34. Macht Ihnen Ihre Ausbildung Spaß?

- ja, fast immer
- meist
- selten
- nein, fast nie

35. Sind Sie sicher, Ihre Ausbildung erfolgreich abzuschließen?

- ja, fast immer
- meist
- selten
- nein, fast nie

36. Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für Ihre Ausbildung entscheiden?

- ich bin unglücklich über meine Entscheidung
- ich würde mich heute anders entscheiden
- die Perspektive des späteren Berufes lässt mich die Hürden überwinden
- ich würde mich auf jeden Fall wieder so entscheiden

37. Gibt es Dinge, die Sie es Ihnen aktuell schwermachen, mit Ihrer Ausbildungs-Entscheidung glücklich zu sein? (Mehrfachnennung möglich)

- unsichere Zukunftsperspektive
- Konkurrenz unter den Auszubildenden
- wenig Flexibilität in der Ausbildung
- Zeitnot
- einzelne Ausbildungsinhalte sind sehr belastend
- finanzielle Belastung durch die Ausbildung
- Überforderung
- Einsamkeit
- Leistungsdruck

<p>38. Wie wohnen Sie aktuell?</p> <p>allein / eigene Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>Wohnung mit Partnerin / Partner in einer WG <input type="checkbox"/></p> <p>Zimmer im Lehrlingswohnheim bei den Eltern <input type="checkbox"/></p>	<p>39. Wenn Sie für Ihre Ausbildung umgezogen sind, wie nehmen Sie den Wohnortwechsel wahr?</p> <p>Positiv <input type="checkbox"/></p> <p>Neutral <input type="checkbox"/></p> <p>Negativ <input type="checkbox"/></p> <p>Mein Wohnort hat sich nicht verändert <input type="checkbox"/></p>
<p>40. Wie finanzieren Sie Ihre Ausbildung? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p>Ausbildungsvergütung <input type="checkbox"/></p> <p>finanzielle Unterstützung durch Familie <input type="checkbox"/></p> <p>Nebenjob <input type="checkbox"/></p> <p>Stipendium <input type="checkbox"/></p> <p>Sozialleistungen des Staates <input type="checkbox"/></p>	<p>41. Stehen Ihnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung?</p> <p>mehr als genügend <input type="checkbox"/></p> <p>ausreichend <input type="checkbox"/></p> <p>manchmal zu wenig <input type="checkbox"/></p> <p>oft zu wenig <input type="checkbox"/></p> <p>ich stehe meist unter großem finanziellen Druck <input type="checkbox"/></p>
<p>42. Haben Sie seit Beginn der Ausbildung mehr oder weniger Kontakt zu Freunden?</p> <p>mehr als zuvor <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert viel <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert wenig <input type="checkbox"/></p> <p>weniger als zuvor <input type="checkbox"/></p>	<p>43. Haben Sie seit Beginn der Ausbildung mehr oder weniger Kontakt zu Ihrer Familie?</p> <p>mehr als zuvor <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert viel <input type="checkbox"/></p> <p>unverändert wenig <input type="checkbox"/></p> <p>weniger als zuvor <input type="checkbox"/></p>
<p>44. Erfahren Sie ausreichend emotionale Unterstützung?</p> <p>Ich bekomme mehr als genügend emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme ausreichend emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme manchmal zu wenig emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme oft zu wenig emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich bekomme keine emotionale Unterstützung <input type="checkbox"/></p>	<p>45. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit ausbildungsassoziierten Tätigkeiten (Lernen, Prüfungsvorbereitung etc.) außerhalb des Schulalltags? <input type="text"/></p> <p>46. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Tätigkeiten im Rahmen eines Nebenjobs? (0 wenn Sie keinem Nebenjob nachgehen) <input type="text"/></p>
<p>47. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Freunden, Ihrer Familie oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner? <input type="text"/></p>	<p>48. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ca. mit Ihren Hobbies? <input type="text"/></p>
<p>49. Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktiv Sport? <input type="text"/></p>	<p>50. Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktiv? <input type="text"/></p>
<p>51. Wie bewerten Sie die Ihnen für die Ausbildung zur Verfügung stehende Zeit?</p> <p>Ich habe stets mehr als genügend Zeit für die Anforderungen der Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets ausreichend Zeit für die Anforderungen der Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe manchmal zu wenig Zeit für die Anforderungen der Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe oftmals zu wenig Zeit für die Anforderungen der Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe meist unter Zeitdruck, um den Anforderungen der Ausbildung zu genügen <input type="checkbox"/></p>	<p>52. Wie bewerten Sie die Ihnen für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit?</p> <p>Ich habe stets mehr als genügend Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets ausreichend Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe manchmal zu wenig Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe oftmals zu wenig Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe meist unter Zeitdruck, um Freundschaften, familiäre Beziehungen und Partnerschaft zu pflegen <input type="checkbox"/></p>

<p>53. Wie bewerten Sie die Ihnen für Ihre Hobbies zur Verfügung stehende Zeit?</p> <p>Ich habe stets mehr als genügend Zeit für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe stets ausreichend Zeit für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe manchmal zu wenig Zeit für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe oftmals zu wenig Zeit für meine Hobbies <input type="checkbox"/></p> <p>Ich stehe meist unter Zeitdruck, um meinen Hobbies nachgehen zu können <input type="checkbox"/></p>	<p>54. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ...</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr zufrieden</td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr unzufrieden</td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Ausbildung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Partnerschaft</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihren familiären Beziehungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihren Freundschaften</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		sehr zufrieden		sehr unzufrieden	... Ihrer Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihrer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihren familiären Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihren Freundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr zufrieden		sehr unzufrieden																						
... Ihrer Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
... Ihrer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
... Ihren familiären Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
... Ihren Freundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>55. Sind Sie mit Ihrer Ernährung zufrieden?</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>56. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>																								
<p>57. Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>58. Achten Sie auf eine gesunde Ernährung? (Halten Sie z.B. eine bestimmte Diät ein?)</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>																								
<p>59. Nutzen Sie spezifische Techniken zur Entspannung? (z.B. Yoga, PMR, Autogenes Training, Meditation o.ä.)</p> <p style="text-align: center;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p>60. Wie viele unentschuldigte Fehltage waren auf Ihrem letzten Zeugnis vermerkt?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 50px;"></div>																								
<p>61. Wie viele Stunden pro Woche spielen Sie Computer- bzw. Konsolenspiele?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 50px;"></div>	<p>62. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie mindestens ein alkoholhaltiges Getränk?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 50px;"></div>																								
<p>63. Wie oft trinken Sie mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit? (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps)</p> <p style="text-align: center;">nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> (fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p>64. Wie oft konnten Sie sich im vergangenen Jahr nach Alkoholkonsum nicht mehr (vollständig) an einen Abend erinnern („Filmriss“)?</p> <p style="text-align: center;">nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> (fast) täglich <input type="checkbox"/></p>																								

<p>65. Wie oft konnten Sie im vergangenen Jahr am Morgen nach Alkoholkonsum nicht das tun, was Sie normalerweise getan hätten?</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">selten <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">monatlich <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">wöchentlich <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(fast) täglich <input type="checkbox"/></p>	<p>66. Wie oft hat Sie im vergangenen Jahr jemand auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen z. B. mit der Empfehlung den Konsum zu reduzieren?</p> <p style="text-align: right;">nie <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">einmal <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">mehrmals <input type="checkbox"/></p>																																								
<p>68. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Koffeinhaltige Getränke <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Medikamente <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">aktivierende Drogen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">keine <input type="checkbox"/></p>	<p>67. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag? <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>69. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Nahrungsmittel (z.B. Schokolade) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Medikamente <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">sedierende Drogen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">keine <input type="checkbox"/></p>																																								
<p>70. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft!</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Schmerzmedikamente <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Appetitzügler <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schlafmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Antidepressiva <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Neuroleptika <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anregungsmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Anabolika <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Schmerzmedikamente <input type="checkbox"/>	Appetitzügler <input type="checkbox"/>	Schlafmittel <input type="checkbox"/>	Antidepressiva <input type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>	Neuroleptika <input type="checkbox"/>	Anregungsmittel <input type="checkbox"/>	Anabolika <input type="checkbox"/>																																
Schmerzmedikamente <input type="checkbox"/>	Appetitzügler <input type="checkbox"/>																																								
Schlafmittel <input type="checkbox"/>	Antidepressiva <input type="checkbox"/>																																								
Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/>	Neuroleptika <input type="checkbox"/>																																								
Anregungsmittel <input type="checkbox"/>	Anabolika <input type="checkbox"/>																																								
<p>71. Wie häufig haben Sie die folgenden Substanzen in den letzten 30 Tagen eingenommen? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft!</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>nicht eingenommen</th> <th>seltener als einmal pro Woche</th> <th>mehrmals pro Woche</th> <th>täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cannabis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ecstasy</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Crystal Meth</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Amphetamine</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kokain</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Heroin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Legal Highs (Badesalze, Kräutermischungen)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			nicht eingenommen	seltener als einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crystal Meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Legal Highs (Badesalze, Kräutermischungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht eingenommen	seltener als einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich																																					
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Crystal Meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Legal Highs (Badesalze, Kräutermischungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<p>72. Welche der folgenden Symptome haben Sie während und aufgrund Ihrer Ausbildung erlebt? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">Prokrastination <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Erschöpfung <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Überforderung <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Ängste <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Psychosomatische Beschwerden (z.B. Magen-Darm-Probleme, Verspannung, Neurodermitis) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Lern- und Leistungsstörungen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Identitäts- und Selbstwertprobleme <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Gereiztheit <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">depressive Verstimmung <input type="checkbox"/></p>	<p>73. Haben Sie mit jemandem über diese Symptome gesprochen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p style="text-align: right;">nein, ich habe mich niemandem anvertraut <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">ja, ich habe mich jemandem anvertraut, und zwar...</p> <p style="text-align: right;">...meiner Familie <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...meinen Freunden <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...meiner Partnerin / meinem Partner <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...meinen MitschülerInnen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...meinen Lehrkräften <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...der Ausbildungsberatung <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">... einer Ärztin / einem Arzt <input type="checkbox"/></p>																																								

SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

1. Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen oder eine Promotion begonnen habe.
2. Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.
3. Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle, den 23.11.2023

Hanna-Pauline Clausner

DANKSAGUNG

Ich möchte meinem Betreuer, Herrn apl. Prof. Dr. Stefan Watzke, meinen größten Dank aussprechen. Aufgrund seines Engagements und seiner Flexibilität war die Zusammenarbeit mit ihm unkompliziert, wertschätzend und äußerst motivierend. Ich möchte mich herzlich für die Zeit sowie seine konstruktiven Anmerkungen bedanken.

Ebenso gebührt mein Dank Herrn Dr. Eric Kröber und Frau Johanna Steuber, die mich mit fachlichen Diskussionen und Anmerkungen bei meiner Arbeit unterstützt haben.

Meine Kommilitonen, die durch die Probandenbefragungen die Durchführung meiner Doktorarbeit erst ermöglicht haben, möchte ich ebenfalls nicht unerwähnt lassen.

An dieser Stelle möchte ich mich außerdem bei meiner Familie und meinem Partner Tilman Köhler bedanken. Sie haben mich nicht nur im Rahmen dieser Arbeit, sondern stets und unermüdlich motiviert und unterstützt.