

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

**Gesundheitsförderliche Kompetenzen in Abhängigkeit der
Gesundheitseinschätzung Studierender am Campus Life Sciences.
Ein quantitativer Vergleich Studierender
der Gesundheitswissenschaften und Verfahrenstechnik**

Bachelorarbeit aus dem Department
Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Kathrin Poggel



Hamburg,

am 29. August 2019

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg)

Zweitgutachterin: Dipl.-Ges.-Wirtin Nina Clarissa Hielscher (HAW Hamburg)

Abstract

Einleitung: Die Hochschulen, als ein zentraler Lebensmittelpunkt für ihre Student*innen, bergen sowohl gesundheitliche Ressourcen als auch Risiken (Middendorff et al., 2017, S.8). Gleichzeitig repräsentieren sie Lernorte, die die Gesundheit von jungen Erwachsenen positiv beeinflussen und zu einer Veränderung gesundheitsrelevanter Sicht- und Handlungsweisen beitragen können (Techniker Krankenkasse, 2014, S.6)

Methodik: In der vorliegenden Arbeit wurde die Gesundheitskompetenz der Student*innen aus den Departments Gesundheitswissenschaften (GW) und Verfahrenstechnik (VT) der HAW Hamburg analysiert. Es wurde eine Vollerhebung unter den GW und VT Student*innen durchgeführt. Als Befragungsinstrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand, dem Geschlecht, Semester und Department wurden der Fragebogen nach Lenartz und der SF-12 eingesetzt.

Ergebnisse: Die Stichprobengröße für vollständig beantwortete Fragebögen belief sich insgesamt auf $n=128$. Zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand besteht ein signifikanter, mittel-starker positiver Zusammenhang $r=0,268$. Darüber hinaus liegt ein starker (ungerichteter) Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht vor ($\eta^2=0,199$) vor. Der Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Department zeigt sich auch stark ($\eta^2=0,189$) und ist ebenfalls ungerichtet. Zwischen der Gesundheitskompetenz und den einzelnen Studienabschnitten bzw. Semestern besteht ein schwach negativer Zusammenhang $r=-0,011$, der nicht signifikant ist. Die Regressionsberechnung bestätigte den Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Gesundheitskompetenz. Für die übrigen Variablen blieb diese Bestätigung aus.

Fazit: Als Ausbildungsort zukünftiger Fach- und Führungskräfte hat die HAW Hamburg bzw. die Hochschulleitung eine wichtige Verantwortung gegenüber ihren Student*innen sowie die soziale Pflicht gegenüber der Gesellschaft gesunde und gesundheitskompetente Multiplikator*innen in die Arbeitswelt zu entlassen. Entsprechende curriculare Veränderungen müssen dafür angestrebt werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Prof. Dr. Wolf Polenz und Frau Dipl.-Ges.-Wirtin Nina Clarissa Hielscher, die mich betreut und meine Bachelorarbeit begutachtet haben. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Selbstverständlich möchte ich mich auch bei Herrn Dr. Norbert Lenartz für den tollen fachlichen Austausch und das geduldige Fragenbeantworten bedanken. Für den persönlichen Weg wünsche ich ihm das Beste. Der gleiche Dank gebührt Malte Jetzke von der Westfälische Wilhelms-Universität Münster, der ebenso geduldig meine Nachfragen beantwortete. Es war eine schöne Erfahrung, dass ein wissenschaftlicher Austausch so komplikationslos möglich ist.

Ich möchte mich auch bei meinen Kommiliton*innen bedanken, mit denen ich die Begeisterung für das Thema Studierendengesundheit teilen kann. Die Grundlage für diese Abschlussarbeit wurde gemeinsam in den letzten zweieinhalb Jahren durch verschiedene Kongressbesuche, Fachprojekte und gemeinsames Engagement in der Deutschen Gesellschaft für Public Health gelegt. Es war eine tolle Zeit mit euch und sehr wegweisend für meine berufliche Zukunft.

Der größte Dank gilt meinem Mann und meiner Familie, die mir mit ihrem motivierenden Beistand während meines gesamten Studiums zur Seite standen, mich unterstützen und an mich geglaubt haben. Meine Kinder und meine Freunde verstanden es ebenso mich in anstrengenden und fordernden Zeiten aus Gedankenkarussellen zu befreien und mich auf das Wesentliche zu besinnen – in jederlei Hinsicht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strukturmodell der Beziehungen zwischen den Komponenten der Gesundheitskompetenz auf die physische und psychische Gesundheit (Lenartz et al., 2014, S.31), angepasste Darstellung	6
Abbildung 2: Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums erweitert um die Gesundheitskompetenz (Blümel, 2015, S.991), angepasste Darstellung	9
Abbildung 3: Items und Dimensionen des SF-12 (Morfeld et al., 2011, S.12), angepasste Darstellung.....	14
Abbildung 4: Übersicht der rückläufigen Fragebögen, eigene Darstellung	20
Abbildung 5: SF-12 Summenskalen für die deutsche Normstichprobe 1998 (Gesamtstichprobe), (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.202).....	25
Abbildung 6: SF-12 Summenskala für die deutsche Normstichprobe 1998: Frauen, (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.203)	26
Abbildung 7: SF-12 Summenskala für die deutsche Normstichprobe 1998: Männer, (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.203)	26
Abbildung 8: Streudiagramm für die Gesundheitskompetenz (GKgesamt) und den Gesundheitszustand (GZgesamt), eigene Darstellung	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakterisierung der Skalen der Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012, S.135f).....	7
Tabelle 2: Einteilung der internen Ressourcen (Quelle: Becker, 2006, S.137).....	10
Tabelle 3: Einteilung der externen Ressourcen (Quelle: Blümel, 2015, S.992)	10
Tabelle 4: Wertebereiche und Klassifikation für den SF-12 (Morfeld et al., 2011, S.22)	17
Tabelle 5: Übersicht der Korrelationsberechnungen.....	18
Tabelle 6: Ergebnisse aus den Berechnungen der sechs Dimensionen der Gesundheitskompetenz, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SE=Standardfehler	22
Tabelle 7: Ergebnisse aus den Berechnungen des Gesundheitszustandes	24
Tabelle 8: Einteilung in die Klassifikation des Gesundheitszustandes, körperliche Gesundheit	27
Tabelle 9: Einteilung in die Klassifikation des Gesundheitszustandes, psychische Gesundheit	27
Tabelle 10: Korrelationsberechnung der Gesundheitskompetenz (GK) und des Gesundheitszustandes (GZ).....	29
Tabelle 11: Richtungsmaße der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Geschlecht ..	29
Tabelle 12: Richtungsmaße der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Department	30
Tabelle 13: Korrelationsberechnung der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Semester	30
Tabelle 14: Regressionsanalyse, aufgenommene/entfernte Variablen.....	32
Tabelle 15: Regressionsanalyse, Modellzusammenfassung	32
Tabelle 16: Regressionsanalyse, ANOVA	33
Tabelle 17: Regressionsanalyse, Koeffizienten	34

Inhalt

Abstract	I
Danksagung	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 <i>Aktueller Forschungsstand zur Gesundheitskompetenz und Studierendengesundheit in Deutschland</i>	2
1.2 <i>Zielsetzung und Hintergrund der Arbeit</i>	4
2 Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand	5
2.1 <i>Die Gesundheitskompetenz nach Lenartz</i>	6
2.2 <i>Die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)</i>	7
2.3 <i>Einordnung in das Anforderungs-Ressourcen-Modell</i>	8
3 Forschungsfrage und Hypothesen	11
4 Methodik	12
4.1 <i>Beschreibung der Befragungsinstrumente</i>	12
4.1.1 <i>Fragebogen zur Gesundheitskompetenz</i>	13
4.1.2 <i>Fragebogen zum Gesundheitszustand</i>	14
4.2 <i>Auswahl der Stichprobe</i>	14
4.3 <i>Datenerhebung</i>	15
4.4 <i>Datenaufbereitung</i>	16
4.5 <i>Datenauswertung</i>	16
5 Ergebnisse	19
5.1 <i>Beschreibung der Vollständigkeit der Befragung</i>	20
5.2 <i>Beschreibung der Stichprobe</i>	20
5.3 <i>Auswertung der Gesundheitskompetenz</i>	21
5.4 <i>Auswertung des Gesundheitszustandes</i>	23
5.5 <i>Überprüfung der Hypothesen</i>	27
5.5.1 <i>Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand</i>	28
5.5.2 <i>Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht</i>	29
5.5.3 <i>Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Department</i>	30

5.5.4 Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Semester	30
5.5.5 Regressionsanalyse	31
6 Diskussion	36
6.1 Limitationen.....	36
6.2 Methode	37
6.3 Ergebnisse.....	37
7 Handlungsempfehlungen	39
8 Fazit	42
Literaturverzeichnis	44
Anhang	VII
Eidesstattliche Erklärung	XXVI

1 Einleitung

Die Hochschulen übernehmen als wichtigste bildungspolitische Institution die Ausbildung zukünftiger Führungs- und Fachkräfte sowie Entscheidungsträger*innen (Techniker Krankenkasse, 2014, S.6). Sie repräsentieren Lernorte, die die Gesundheit von jungen Erwachsenen positiv beeinflussen und zu einer Veränderung gesundheitsrelevanter Sicht- und Handlungsweisen beitragen. Von der entwicklungspsychologischen Perspektive ausgehend, ist das junge Erwachsenenalter der Student*innen eine besonders wichtige Lebensphase für die Aneignung und Verinnerlichung eines gesundheitsrelevanten Lebensstils (Göring, 2018, S.6). Hochschulen bieten nicht nur das Potenzial, bei den Absolvierenden Gesundheitskompetenzen herauszubilden, das in andere Gesellschaftsbereiche hineingetragen werden kann, sondern sie erfüllen die gesellschaftliche Aufgabe, Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung auszubilden (Techniker Krankenkasse 2014, S.6; Göring, 2018, S.7). Die aktuelle Gestaltung der Studienangebote und die darauf abgestimmten Befähigungen der Studierenden beschränken sich bisweilen auf fachliche, methodische, soziale und Selbst-Kompetenzen (Göring et al., 2016, S.2).

Insgesamt nimmt die Gruppe der Student*innen einen Anteil von 80 Prozent in einer Hochschule ein. Die übrigen 20 Prozent setzen sich aus nicht-wissenschaftlichem und wissenschaftlichem Personal zusammen. Die Zusammensetzung der Statusgruppen an den Hochschulen, durch verbeamtete bzw. angestellte Professor*innen und die anteilig hohe Anzahl an Student*innen, verleiht ihnen eine einzigartige Organisationsstruktur (Techniker Krankenkasse, 2014, S.15) und sie geraten seit der Novellierung des Präventionsgesetzes 2015 zunehmend in den Fokus der settingorientierten Gesundheitsförderung (Göring, 2018, S.6). Dabei liegt die Schlüsselrolle für die Gesundheit aller Statusgruppen in der Führungskultur der Hochschul-Organisation. Die bisherigen Unterstützungssysteme haben häufig den Fokus auf die Student*innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet (Hartmann et al., 2017).

Das Studienangebot ist durch den Ausbau der (privaten) Fachhochschulen, die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen, die Bedeutungsgewinnung des

dualen Studiums und die politische Entscheidung der Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe unübersichtlicher geworden. Eine gezielte Studienentscheidung und eine adressatengerechte Studieneingangsphase werden immer wichtiger für den Studienerfolg und die Verringerung der hohen Studienabbruchzahlen. Die Anzahl der Student*innen in Deutschland beträgt aktuell 2,87 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2019). Die Vorausberechnung der Studienanfängerzahlen für die kommenden sechs Jahre bewegt sich um eine halbe Million pro Jahr und verbleibt auf einem nahezu konstanten Niveau (Sekretariat Ständiger Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2019, S.9). Jede/r fünfte Student*in hat vor Aufnahme des Studiums eine berufliche Ausbildung absolviert und jede/r dritte Student*in muss das Studium mit anderen Verpflichtungen in Einklang bringen. Eine differenzierte Studiengestaltung, die die unterschiedlichen Lebenslagen ebenso wie die individuellen Lernbedürfnisse berücksichtigt, ist erforderlich (Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, 2018, S.1).

Die gesundheitsförderliche Kompetenzentwicklung der Student*innen hängt eng mit ihrem Gesundheitszustand zusammen. Aus diesem Grund wird der aktuelle Forschungsstand zur Studierendengesundheit in Deutschland ebenfalls in diesem Kapitel nachfolgend aufgegriffen und kurz umrissen.

1.1 Aktueller Forschungsstand zur Gesundheitskompetenz und Studierendengesundheit in Deutschland

Die Zahl der Studien zur Gesundheitskompetenz sowie das daraus resultierende empirische Wissen ist in Deutschland noch sehr gering (Schaeffer et al., 2016, S.1f). Die Forschung hat in der Vergangenheit verschiedene gesundheitsförderliche Kompetenzmodelle, ausgehend von dem englischen Begriff *health literacy*, angewandt. Alle haben den Umgang des Einzelnen im Kontakt mit dem Gesundheitswesen in den Fokus der Betrachtungen gestellt, personenbezogene Kompetenzen wurden nicht oder nur wenig einbezogen. Insbesondere die Fähigkeiten zur Selbstregulation und -steuerung fanden keine Berücksichtigung, obwohl laut Lenartz (2012) ein gesundheitskompetentes Verhalten ohne diese nicht denkbar ist (S.17).

Die Allianz für Gesundheitskompetenz (2017) fasste in einer gemeinsamen Erklärung zusammen, dass in den bisherigen Studien insbesondere ältere Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit einem geringen Bildungsstatus sowie Menschen mit Migrationshintergrund im Fokus standen (S.3). Gleichzeitig erkennt die Allianz an, dass die Gesundheitskompetenz ein wichtiger Baustein ist um gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft zu verringern und noch viele ungenutzte Möglichkeiten für ein besseres Gesundheitsverhalten in Kindergärten, Schulen, Ausbildung und Arbeitsplätzen stecken (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S.4). Die Universität Göttingen hatte erstmals 2016 - gestartet als ein deutschlandweites Pilotprojekt - das Ziel Strukturen, Maßnahmen und Strategien zur Gesundheitsförderung von Student*innen zu entwickeln und zu erproben. Basis des Pilotprojektes waren zwei Vollerhebungen, 2013 und 2016, an der Universität Göttingen zur spezifischen gesundheitlichen Situation der Student*innen (Göring 2018, S.3;8). Daraufhin wurde, neben konkreten, auf die Lebenswelt der Student*innen ausgerichtete Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern das Zertifikatsprogramm Gesundheitskompetenz als Inhalt und Ziel einer nachhaltigen Employability (auf Deutsch: Beschäftigungsfähigkeit) konzipiert und umgesetzt (Göring et al., 2016, S.2).

Aktuell gibt es in Deutschland noch keine etablierte hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung. Es fehlen aussagekräftige und umfassende Längsschnittstudien, aus denen wissenschaftlich fundierte und komplexe Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden können. Insgesamt gibt es aber zunehmend verlässlichere Daten zur aktuellen gesundheitlichen Lage deutscher Student*innen (Techniker Krankenkasse, 2014, S.18f). Die Ergebnisse des Kooperationsprojekts zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW), der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse (TK) *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017* zeigen, dass der überwiegende Teil der Student*innen (81,8 Prozent) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ beschreibt. Auffällig dabei ist, dass die männlichen Studenten sich signifikant besser einschätzen als die weiblichen Studentinnen. Insbesondere weibliche Studentinnen bewerten ihre Gesundheit schlechter und weisen häufiger physische und psychische Beschwerden auf. 21,2 Prozent von ihnen leiden unter den Symptomen einer generalisierten Angststörung. Mehr als drei Viertel

haben „ein paar Mal“ im Monat muskuloskelettale Beschwerden, wie z.B. Kopf-, Glieder- oder Rückenschmerzen und mehr als ein Viertel klagt über ein hohes Maß an Erschöpfung, dem Initialsymptom von Burnout. Den männlichen Studenten geht es physisch und psychisch besser, sie bewerten aber ihre Lebenszufriedenheit schlechter (Grützmaker et al., 2018, S.7ff).

Ein Unterschied zwischen Student*innen an Universitäten und Fachhochschulen konnte nicht festgestellt werden. Deutliche Unterschiede wurden allerdings im Studienverlauf deutlich: Student*innen mit längerer Studienerfahrung (2. bis 7. Semester) bewerten seltener (73,7 Prozent) ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut im Vergleich zu Studienanfänger*innen (erstes Studienjahr). Altersgleiche junge Erwachsene (bis 29 Jahre) schätzen im Vergleich zu den Student*innen ihren Gesundheitszustand deutlich höher ein: Männer geben mit 92 Prozent und Frauen mit 88 Prozent einen „sehr guten“ bis „guten“ Gesundheitszustand an (Grützmaker et al. 2018, S.31).

Bei der Untersuchung des gesundheitsbezogenen Verhaltens wurde festgestellt, dass Student*innen ein vermehrtes gesundheitsschädigendes Verhalten, wie z.B. (ein häufiger und exzessiver) Alkoholkonsum und der Konsum von illegalen Drogen, zeigen. Die Einnahme von Schmerzmitteln bezogen auf einen vierwöchigen Zeitraum wurde von mehr als der Hälfte der Student*innen bestätigt. Im Vergleich zum altersgleichen Durchschnitt treiben die Student*innen weniger Sport. Die Raucher*innen-Quote unter den Studierenden ist im Gegensatz zum altersgleichen Durchschnitt wesentlich geringer (Grützmaker et al., 2018, S.8f).

1.2 Zielsetzung und Hintergrund der Arbeit

Ziel der vorliegenden Bachelor-Thesis ist eine quantitative Erhebung und ein daraus resultierender Vergleich der Gesundheitskompetenz, in Abhängigkeit von der subjektiven Gesundheitseinschätzung, dem Geschlecht sowie dem Semester, von Student*innen aus den Departments der Gesundheitswissenschaften (GW) und der Verfahrenstechnik (VT) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg. Der Vergleich zwischen zwei Departments der HAW Hamburg mit einerseits einem starken und andererseits keinem primären Gesundheitsbezug soll dazu beitragen, Handlungsempfehlungen zum Erwerb von gesundheitsförderlichen Kompetenzen zu entwickeln,

die unter Umständen eine Berücksichtigung bei der Einführung eines Studierenden-gesundheitsmanagements (SGM) finden.

Dieser Arbeit vorangegangen sind bereits verschiedene Untersuchungen zum Thema Studierendengesundheit an der HAW Hamburg. Seit mehreren Jahren finden in unterschiedlichen Formaten und Intervallen verschiedene Einzelerhebungen und Interventionen über bzw. für die Student*innen statt:

- das Fachprojekt Studierendengesundheit, geleitet von Prof. Dr. Wolf Polenz, Dipl.-Gesundheitswirtin Nina Hielscher sowie in der Vergangenheit mit Prof. Dr. Annegret Flothow,
- das hochschulinterne Surveillance-System („SuSy“), geleitet von Prof. Dr. med. Ralf Reintjes,
- eine leitfadengestützte Fokusgruppe über die Belastungen und Ressourcen der Student*innen am Campus Bergedorf von der Dipl.-Gesundheitswirtin Natalie Krämer,
- Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Studierenden des Dualen Studiengangs Pflege von Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert und Christoph Reichardt und
- die INSIST-Studie mit Ziel die Wirksamkeit einer sozialen Normen-Intervention in Bezug auf die Reduktion oder Prävention von Substanzkonsum.

Die jeweiligen Zusammenfassungen der Ergebnisse liegen dieser Arbeit im Anhang (I-VI) bei.

2 Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand

Verschiedene Quellen beschreiben die Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz – je höher die Gesundheitskompetenz, desto besser der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden (Lenartz, 2012, S.70). In der Datenerhebung zu der vorliegenden Arbeit wurden beide Komponenten erfasst. Zum besseren Verständnis erfolgen in diesem Kapitel eine Begriffsbestimmung und Definition zu beiden Begrifflichkeiten. Anschließend wird eine Einordnung in das Anforderungs-Ressourcen-Modell vorgenommen.

2.1 Die Gesundheitskompetenz nach Lenartz

Zu den definierenden Merkmalen der Gesundheitskompetenz gehört die Wirkung auf die Gesundheit (je besser) und das Wohlbefinden (umso höher). Die vielfältigen Einflussfaktoren, wie z.B. genetische Merkmale, entwicklungsbedingte Einflüsse, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Belastungen und Ressourcen usw., und die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensbestände im Umgang mit den gesundheitsrelevanten Belangen sind nicht die alleinig entscheidenden Einflussgrößen für die Gesundheit. Angesichts der vielfältigen Gesundheitseinflüsse kommt der Fähigkeit, für die eigene Gesundheit sorgen zu können eine wichtige Bedeutung zu (Lenartz, 2012, S.142). „Eine rücksichtslose Haltung gegenüber dem eigenen Körper, die Unfähigkeit die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, die Unkenntnis darüber, was gesund ist und was nicht, oder die Unfähigkeit sich in gesundheitsrelevanten Fragen mit anderen auszutauschen, all dies führt selbst bei günstigen genetischen oder umweltbezogenen Bedingungen letztendlich zu einer Schwächung der Gesundheit.“ (Lenartz, 2012, S.143)

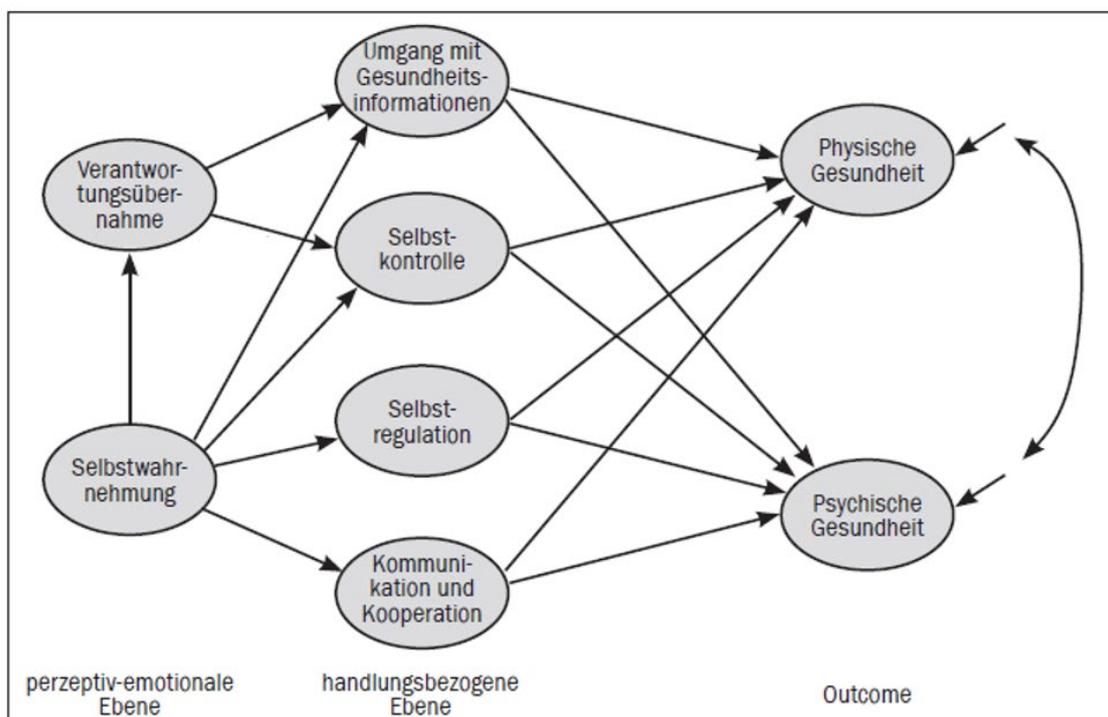


Abbildung 1: Strukturmodell der Beziehungen zwischen den Komponenten der Gesundheitskompetenz auf die physische und psychische Gesundheit (Lenartz et al., 2014, S.31), angepasste Darstellung

Die Gesundheitskompetenz lässt sich durch sechs Dimensionen operationalisieren: die Selbstregulation, die Selbstkontrolle, die Selbstwahrnehmung, die Verantwortungs-

übernahme, die Kommunikation und Kooperation und den Umgang mit Gesundheitsinformationen. Wie in der Abbildung 1 dargestellt, ist auf der perzeptiv-emotionalen Ebene die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung für alle anderen fünf Dimensionen bedeutsam. Lenartz (2012) beschreibt, dass Personen mit einer hohen Selbstwahrnehmung eine stärkere Verantwortung für ihre Gesundheit entwickeln. Zusammen mit der Verantwortungsübernahme aktivieren sie die handlungsbezogene Ebene des Modells. Die gesundheitsbezogene Selbstkontrolle, der Umgang mit Gesundheitsinformationen, die Selbstregulation und die Kommunikation und Kooperation ermöglichen ein direktes gesundheitsförderliches Verhalten, welches sich in einer besseren physischen und psychischen Gesundheit widerspiegelt (S.139f).

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Charakterisierung der jeweiligen Skalen.

Tabelle 1: Charakterisierung der Skalen der Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012, S.135f)

Skala	Charakterisierung
Selbstregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentration auf die Fähig- und Fertigkeiten mit Anspannung und Stress umzugehen • der Abbau von Anspannungen, die Fähigkeit abschalten zu können und der Wechsel zwischen Konzentration und Entspannung wurden operationalisiert
Selbstkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Abzielen auf die Umsetzung und Durchsetzen einmal gefasster Verhaltensweisen • Umsetzung von Geplantem mit Disziplin, Überwindung von Ablenkung und abschweifenden Gedanken, Vorhaben im Auge behalten
Selbstwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung von Gefühlen, Körperempfinden und Bedürfnissen
Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • bewusste Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit • Achten auf gesundheitliche Belange
Kommunikation und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe von anderen annehmen können • anderen zeigen können, wenn es einem nicht gut geht • anderen Einblicke in die eigenen Probleme ermöglichen • darüber reden können
Umgang mit Gesundheitsinformationen	<ul style="list-style-type: none"> • Abbildung von Fähigkeiten zum Finden und Verstehen gesundheitsrelevanter Informationen

2.2 Die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)

Seit 1871 hat sich alle zehn Jahre die Lebenserwartung von Frauen und Männern um drei Jahre erhöht (Robert-Koch-Institut, 2015, S.21). Mit diesem grundlegenden Wandel

der Morbidität der Bevölkerung und durch die Zunahme chronischer Erkrankungen spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Gesundheitsindikator eine zunehmende Rolle. „Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein umfassendes Konzept, das von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ausgeht und auf verschiedene Art und Weise definiert werden kann.“ (Ellert & Kurth, 2013, S.643)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist das Äquivalent zu der subjektiven Gesundheit. Das multidimensionale psychologische Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich durch acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit operationalisieren:

- die körperliche Funktionsfähigkeit,
- körperliche Schmerzen,
- die allgemeine Gesundheitswahrnehmung,
- die Vitalität,
- die soziale Funktionsfähigkeit,
- die emotionale Rollenfunktion,
- das psychische Befinden und
- der aktuelle Gesundheitszustand.

Der SF-12 ist mit zwölf Items die Kurzform des SF-36 Health Surveys (Morfeld et al., 2011, S.10f).

2.3 Einordnung in das Anforderungs-Ressourcen-Modell

Die Einordnung des Konstrukts der Gesundheitskompetenz in ein theoretisches Rahmenmodell, wie in das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell), dient als Basis für die Ausrichtung der Maßnahmen in der Gesundheitsförderung. Die konzeptuellen und methodischen Ansätze werden innerhalb des Modells begründet und integriert (Blümel, 2015, S.990).

Das SAR-Modell kann als eine Weiterentwicklung des salutogenetischen Modells von Aaron Antonovsky verstanden werden (Becker, 2006, S.179). Die zugrundeliegende Annahme des SAR-Modells ist: „Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.“ (Blümel, 2015, S.991)

Unter dem Begriff Anforderungen werden Umstände oder Bedingungen verstanden, die sich an eine Person richten bzw. mit denen sich eine Person auseinandersetzen muss (siehe Abbildung 2). Externe Anforderungen können im Hochschulkontext die Anwesenheitspflicht in den Vorlesungen oder Prüfungsphasen sein. Die internen Anforderungen haben ihren Ursprung in der Person selbst und resultieren aus Bedürfnissen, Zielen und Werten. Beispiele hierfür sind neben den physiologischen Bedürfnissen die selbstgesetzten (hohen Leistungs-)Ansprüche, das Streben nach guten Noten oder die Selbstverwirklichung (Becker, 2006, S.111f, S.127; Blümel, 2015, S.992). Sowohl zu hohe als auch zu geringe Anforderungen können als belastend erlebt werden, negative Emotionen sowie physiologische Reaktionen auslösen und die Person zum Handeln animieren.

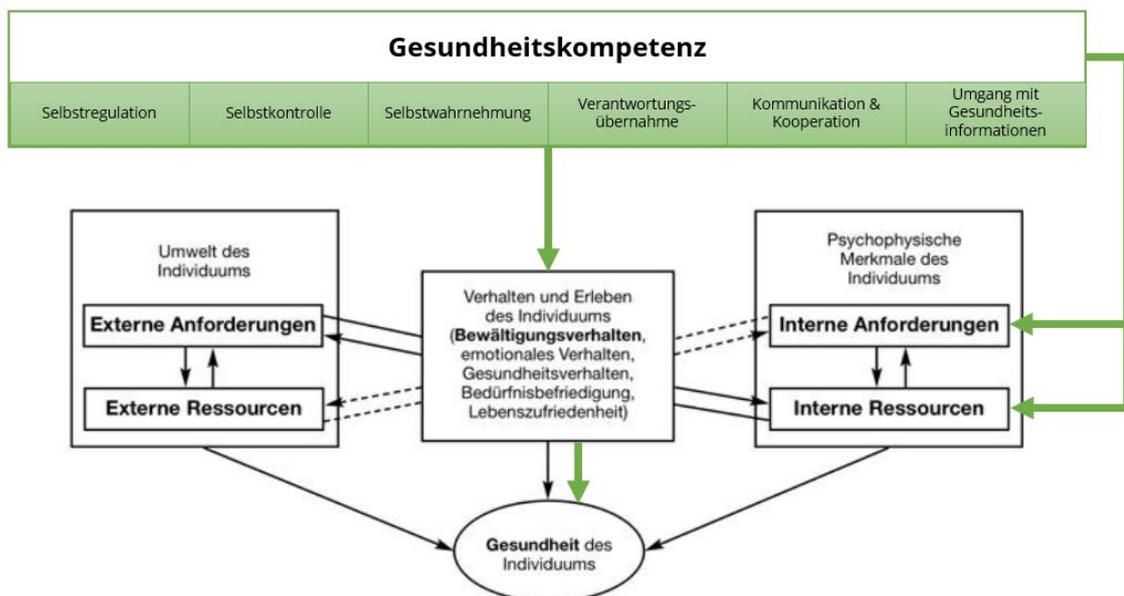


Abbildung 2: Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums erweitert um die Gesundheitskompetenz (Blümel, 2015, S.991), angepasste Darstellung

In diesen Fällen greift die Person zur Bewältigung der internen/externen Anforderungen auf Ressourcen zurück. Dies beinhaltet sowohl Ressourcen aus der Umwelt (auch: externe Ressourcen) als auch die psychischen und physischen (auch: interne) Ressourcen. Tabelle 2 zeigt die Einteilung der internen Ressourcen auf.

Tabelle 2: Einteilung der internen Ressourcen (Quelle: Becker, 2006, S.137)

psychosoziale Ressourcen	kognitive Ressourcen	z.B. Wissen, Intelligenz, spezifische Fertigkeiten
	Persönlichkeitseigenschaften im engeren Sinn	z.B. emotionale Intelligenz, Offenheit, Verträglichkeit
	Rollen, Ämter, Positionen	z.B. Elternrolle, Vereins-/ Gemeindemitglied
physische Merkmale einer Person	körperliche Fitness	z.B. Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit
	(guter) Gesundheitszustand bzw. gesunde Organe	
	physische Attraktivität	

Becker (2006) macht deutlich, dass die internen Ressourcen nicht mit den persönlichen gleichzusetzen sind. Die internen Ressourcen sind persönliche Merkmale, die das Individuum jederzeit mit sich trägt und sind Voraussetzung, um den Zugang zu den externen Ressourcen zu erlangen (S.137). Blümel (2015) hat die externen Ressourcen ebenfalls in verschiedene Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Einteilung der externen Ressourcen (Quelle: Blümel, 2015, S.992)

soziale Ressourcen	z.B. soziale Stützsysteme, Selbsthilfegruppen, religiöse Gemeinschaften, soziales Ansehen
berufliche Ressourcen	z.B. Besitz eines Ausbildungs-, Studien- oder Arbeitsplatzes, Kontrolle über die Arbeit, ergonomische Arbeitsbedingungen
materielle Ressourcen	z.B. ausreichendes Einkommen, gute Wohnbedingungen
gesellschaftliche Ressourcen	z.B. Bildungs-, Gesundheits- und Rechtssystem
ökologische Ressourcen	z.B. gesunde Nahrung, saubere Umwelt

Das Konstrukt der Gesundheitskompetenz von Lenartz (siehe Abbildung 1) kann in das sich wechselseitig beeinflussende, komplexe Spiel zwischen Umwelt und Individuum hineinwirken und die Bereitstellung von bzw. die zur Verfügung stehenden Ressourcen steigern. Die Bewältigung der Anforderungen durch das Individuum kann dadurch besser gelingen und einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand nehmen.

Ein Vergleich der wahrgenommenen Ressourcen und Anforderungen im Studium an Universitäten und Fachhochschulen zeigt, dass die Student*innen sich beider Hoch-

schulen häufig geistig herausgefordert fühlen, dennoch die Universitäts-Student*innen ihr Studium als anspruchsvoller bewerten. Im Gegensatz dazu geben die Fachhochschul-Student*innen einen höheren Erwerb an Schlüsselqualifikationen für ihre berufliche Zukunft an. Ebenso die erfahrene Unterstützung durch Kommiliton*innen und Lehrende wird an den Fachhochschulen höher bewertet. Die Universitäts-Student*innen verfügen über größere Freiräume und Wahlmöglichkeiten im Studium (Grütmacher et al., 2018, S.8).

Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Hochschulen, mit Studienbeginn, ein zentraler Lebensmittelpunkt für ihre Student*innen werden und sowohl gesundheitliche Ressourcen als auch Risiken bergen (Middendorff et al., 2017, S.8). Lebensunzufriedenheit, Veränderungen im Gesundheitsverhalten und Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit können das Ergebnis von fehldosierten Anforderungen sowie von Ressourcendefiziten sein. Der Ressourcenausbau und die erfolgreiche Bewältigung interner/externer Anforderungen fördern das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und die körperliche und seelische Gesundheit (Blümel, 2015, S.994).

3 Forschungsfrage und Hypothesen

In dieser Arbeit soll die Gesundheitskompetenz der Student*innen aus den Departments Gesundheitswissenschaften (GW) und Verfahrenstechnik (VT) der HAW Hamburg analysiert werden.

Durch statistische Verfahren soll herausgefunden werden, ob die ausgewählten Faktoren Gesundheitszustand, Geschlecht, Semester und Department mit der Gesundheitskompetenz der Student*innen in einem Zusammenhang stehen.

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet: Beeinflussen der Gesundheitszustand, das Geschlecht, das Semester und/oder das Department die Gesundheitskompetenz der Student*innen der GW und VT an der HAW Hamburg?

Die von der Forschungsfrage abgeleitete, zweiseitige Hypothese lautet: Die Gesundheitskompetenz ist, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, bei den Student*innen der GW und VT an der HAW Hamburg unterschiedlich stark ausgeprägt (H1-Hypothese).

Nachfolgende Alternativhypothesen sollen dabei ebenfalls verifiziert werden:

- Es gibt einen Zusammenhang bzw. Unterschied zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht der Student*innen (H2-Hypothese).
- Es gibt einen Zusammenhang bzw. Unterschied zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Department der Student*innen (H3-Hypothese).
- Es gibt einen Zusammenhang bzw. Unterschied zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Semester der Student*innen (H4-Hypothese).

In der Datenauswertung werden die jeweiligen Nullhypothesen überprüft, die die aufgestellten Hypothesen negieren und besagen, dass keine Unterschiede zwischen den ausgewählten Merkmalen bestehen. Wenn die Nullhypothesen verworfen werden können, werden H1, H2, H3 und H4 angenommen.

4 Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Vollerhebung unter den GW und VT Studierenden durchgeführt. Nachfolgend werden in diesem Kapitel die Befragungsinstrumente, die Stichprobenauswahl, die Datenerfassung sowie -aufbereitung und das analytische Vorgehen beschrieben.

4.1 Beschreibung der Befragungsinstrumente

Als Befragungsinstrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand, dem Geschlecht, Semester und Department wurden zwei standardisierte und validierte Fragebögen kombiniert und eingesetzt. Zum einen der Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12 und der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz nach Lenartz. Ergänzt wurde die Befragung um die drei demographischen Variablen Geschlecht (weiblich/männlich/divers), Semester (1.-3. Semester/4.-7. Semester/8. und höheres Semester) und Department (GW/VT). Durch die Nutzung zweier validierter wissenschaftlicher Fragebögen wurde die Erhebung ebenfalls in zwei Abschnitte eingeteilt. Die Befragung wurde auf Deutsch durchgeführt.

Bei der Übertragung der Fragebögen in das Datenerhebungsinstrument wurde die Ansprache, zu Lasten einer kleinen, möglichen Validitätseinschränkung in der Vergleichbarkeit, von dem „Sie“ in das „du“ geändert. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der gewollten Niedrigschwelligkeit, die mit einer persönlicheren Anrede in dem Sinne „von

Studierenden für Studierende“ umgesetzt wurde. Dies soll die Akzeptanz (des Themas) der Befragung und folglich die Rückläuferquote erhöhen. Zum anderen ist in dem Setting Hochschule die „Du-Form“ unter Student*innen üblich.

4.1.1 Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (GK) wurde in der Finalversion von 2011 verwendet. Der Fragebogen wurde von Dr. Norbert Lenartz (Universität Bonn) zur Verfügung gestellt.

Der Fragebogen umfasst 29 Items und erfragt die sechs Dimensionen Selbstregulation, Selbstkontrolle, Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Kommunikation und Kooperation und Umgang mit Gesundheitsinformationen. Die Teilnehmer*innen können innerhalb einer vierstufigen Likert-Skala auf die 29 Items mit „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“ und „trifft genau zu“ antworten.

Die 29 Items verteilen sich folgendermaßen auf die sechs Dimensionen:

- Item 1, 7, 13, 19 und 25 für die Selbstregulation,
- Item 2, 8, 14, 20 und 26 für die Selbstkontrolle,
- Item 3, 9, 15, 21 und 27 für die Selbstwahrnehmung,
- Item 4, 10, 16, 22 und 28 für die Verantwortungsübernahme,
- Item 5, 11, 17 und 23 für die Kommunikation und Kooperation und
- Item 6, 12, 18, 24 und 29 für den Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Die Items 1, 7, 11, 17, 23, 25 und 29 müssen recodiert werden, da sie negativ formuliert sind.

4.1.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Mit dem SF-12 kann die Körperliche und Psychische Summenskala (KSK/PSK) ermittelt werden (siehe Abbildung 3).

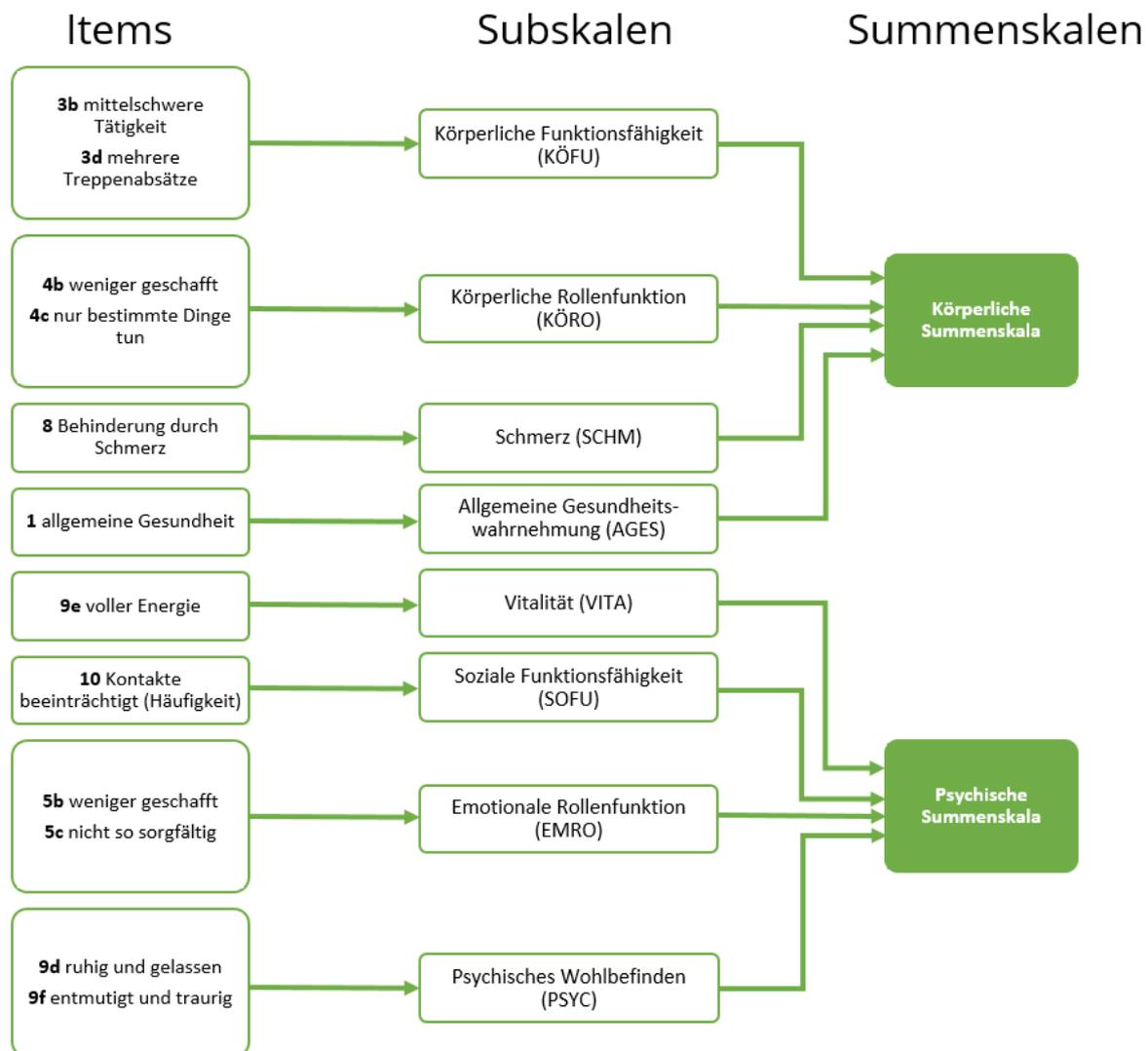


Abbildung 3: Items und Dimensionen des SF-12 (Morfeld et al., 2011, S.12), angepasste Darstellung

Der Fragebogen wurde in der vorliegenden Arbeit in der Version 1.3 verwendet. Der Zeitbezug der Fragen umfasste vier Wochen rückblickend (Morfeld et al., 2011, S.10f). Die Ausfüllzeit beträgt durchschnittlich drei Minuten (Morfeld et al., 2011, S.20).

4.2 Auswahl der Stichprobe

Die bisherigen Erhebungen an der HAW Hamburg (siehe Anhang I-V) konzentrierten sich auf die gesundheitsbezogenen Departments, in denen es einen überrepräsentativen Frauenanteil gibt. Die Student*innen der technischen, künstlerischen und wirt-

schaftswissenschaftlichen Departments wurden bisher (meist) nicht einbezogen. Daher wurden als Stichprobe für die Befragung der vorliegenden Arbeit zwei fachlich und bezüglich der Geschlechtszusammensetzung sehr gegensätzliche Departments – Gesundheitswissenschaften und Verfahrenstechnik – gewählt.

Die Zusammensetzung der Stichprobe zeigt sich in dem Sommersemester 2019 folgendermaßen: Das Department Gesundheitswissenschaften bietet die drei Studiengänge Gesundheitswissenschaften B.Sc., Health Sciences M.Sc. und Public Health MPH an. Insgesamt sind hier 511 Student*innen immatrikuliert, davon sind 399 (78,09 Prozent) weiblich und 112 (21,91 Prozent) männlich.

Das Department Verfahrenstechnik bietet das Studium Verfahrenstechnik sowohl als Vollzeitstudium als auch in dualer Studienform, jeweils mit dem Abschluss B.Sc., an. Insgesamt sind hier 300 Student*innen immatrikuliert, davon sind 90 (30 Prozent) weiblich und 210 (70 Prozent) männlich (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, 2019, S.4).

Die Gesamt-Stichprobengröße beläuft sich auf $n=811$. Es wird erwartet, dass die Beteiligung der Student*innen an der Befragung aus dem gesundheitswissenschaftlichen Department größer ausfällt als die aus dem verfahrenstechnischen Department. An dem GW Department besteht eine bessere persönliche Vernetzung innerhalb der verschiedenen Semester sowie eine höhere Bereitschaft und Gewohnheit unter den Student*innen gesundheitsbezogene Fragebögen zu beantworten. Die erwartete Beteiligung bei GW liegt bei 20 Prozent und bei VT bei 10 Prozent.

4.3 Datenerhebung

Die Befragung wurde online mit dem Anbieter www.umfrageonline.com durchgeführt. Im Vorfeld wurden dazu beide Fragebögen sowie die Abfragen nach dem Geschlecht (männlich/weiblich/divers), nach dem Semester (1.-3./4.-7./8. und höher) und dem Department (GW/VT) hinzugefügt. Die vollständige Umfrage liegt als Anhang VII bei. Der Fragebogen wurde erstmals am 19. Juni 2019 über den HAW Mailverteiler an die Student*innen der GW und VT geschickt. Die E-Mail beinhaltet neben einem Anschreiben den Link zur Umfrage. Ungefähr eine Woche später, am 25. Juni 2019, erfolgte ein Re-

minder ebenfalls mit dem Link zur Umfrage. Am 04. Juli 2019 wurde die Umfrage geschlossen. Insgesamt hatten die Student*innen 15 Tage Zeit an der Befragung teilzunehmen.

4.4 Datenaufbereitung

Nach Abschluss der Befragung wurde der Datensatz von *www.umfrageonline.com* als Excel-Datei heruntergeladen. Für die Verwendung und Auswertung mit einer Statistik-Software mussten einige Variablen und Werte (re)codiert werden. Die im Anhang VIII vorliegende Tabelle zeigt eine Übersicht der Variablen, Datenniveaus und Werte des SF-12. Die im Anhang IX vorliegende Tabelle gliedert die Variablen, Datenniveaus und Werte des Fragebogens nach der Gesundheitskompetenz. Die drei zusätzlich erhobenen Variablen sind ebenfalls als Anhang X tabellarisch dargestellt.

4.5 Datenauswertung

Die im Folgenden beschriebene Datenanalyse wurde mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics Version 23 durchgeführt. Zu Beginn der Datenauswertung werden die eingegangenen Fragebögen auf Vollständigkeit geprüft.

Die Auswertung der sechs Dimensionen der Gesundheitskompetenz (GK) erfolgt durch die Berechnung der Skalenwerte durch den jeweiligen Mittelwert der Items. Für die GK liegt keine Eichstichprobe bzw. liegen keine Normwerte vor. In dem Fragebogen zur GK wird eine Likert-Skala mit einer geraden Anzahl (vier) verwendet, mit der Konsequenz für die Student*innen, sich für oder gegen eine Aussage positionieren zu müssen.

Die Rücksprache mit Dr. Lenartz hat ergeben, dass keine Klassifikation der Scores in „gut“ oder „schlecht“ erfolgt. Die Interpretation der Werte erfolgt anhand der Skalennennung und entscheidend ist, dass ein höherer Wert immer einen besseren Zustand nachweist.

Um Aussagen zur GK in Bezug auf das Geschlecht, das Semester und Department treffen zu können, werden in SPSS die jeweiligen Fälle gebildet und die Mittelwerte der Items berechnet (siehe Kapitel 5.3). Um einen Gesamtwert für die GK zu erhalten, werden die Mittelwerte der sechs Dimensionen addiert (GKgesamt).

Für die Auswertung der zwei Hauptdimensionen des SF-12 werden Summenskalen zur körperlichen und psychischen Gesundheit gebildet. Die Gewichtung, Addition und Transformation der Items ist festgelegt (Morfeld et al., 2011, S.22). Sowohl die Dateneingabe als auch -auswertung erfolgt mit Hilfe der dem Manual beiliegenden CD-ROM und dem darauf gespeicherten Auswertungsprogramm („SF-12 Eingabeblatt.sav“ und „SF_12_STANDARD_SCORING.SPS“) (Morfeld et al., 2011, S.96). Ein Fragebogen mit einem oder mehreren fehlenden Werten ist nicht auswertbar (Morfeld et al., 2011, S.103). Für die Interpretation der Werte ist entscheidend, dass ein höherer Wert immer einem besseren Gesundheitszustand entspricht (Morfeld et al., 2011, S.25). Für die Interpretation wird ein Vergleich mit der deutschen Normstichprobe 1998 gezogen (Morfeld et al., 2011, S.202f). Der Wertebereich der beiden SF-12 Summenscores liegt zwischen 0 und 100 (siehe Tabelle 4). Werte zwischen den minimal und maximal erreichbaren Werten stellen den prozentualen Anteil der höchstmöglichen gemessenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer der Skalen dar (Morfeld et al., 2011, S.22). Ähnlich wie bei dem Gesamtwert für die Gesundheitskompetenz wird durch die Addition der Körperlichen und Psychischen Summenskala (KSK/PSK) ebenfalls ein Gesamtwert ermittelt.

Tabelle 4: Wertebereiche und Klassifikation für den SF-12 (Morfeld et al., 2011, S.22)

Wertebereich	Klassifikation
0 - 39	unterdurchschnittlich
40 - 59	durchschnittlich
60 - 100	überdurchschnittlich

Um für die KSK und PSK eine Einteilung in die Klassifikationen vornehmen zu können, werden die Variablen „neuKSK12“ und „neuPSK12“ erstellt und die Summenskalen der Klassifikationen nach codiert.

Für die Variablen „Geschlecht“, „Department“ und „Semester“ mit einem nominalen bzw. ordinalen Datenniveau erfolgen Angaben zu deren absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ein Histogramm.

Die Nullhypothese ist bei den Zusammenhangstests die Grundlage und besagt, dass die jeweiligen Variablen unabhängig voneinander sind. Eine Annahme der Nullhypothese erfolgt, wenn der Unterschied zwischen den Variablen zufällig ist und es keinen Effekt gibt (Sedlmeier & Renkewitz, 2018, S.). Ein zweiseitige Signifikanzniveau von $p > 0,05$ wird angenommen.

Die Zusammenhangsberechnungen werden mittels bivariater Analysen durchgeführt und sind in der untenstehenden Tabelle 5 aufgelistet.

Tabelle 5: Übersicht der Korrelationsberechnungen

Zusammenhang zwischen:	Korrelationskoeffizient
GK und Gesundheitszustand	Pearson
GK und Geschlecht	ETA-Koeffizient
GK und Semester	Kendall-Tau-b
GK und Department	ETA-Koeffizient

Die Korrelationsberechnungen erfolgen je nach Skalenniveau. Berechnet werden somit unterschiedliche Korrelationskoeffizienten. Für die metrischen Daten der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Gesundheitszustand wird die Pearson-Korrelation errechnet und ein Streudiagramm erstellt. Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Die Richtung des Zusammenhangs (negativ/positiv) wird durch das Vorzeichen bestimmt. Der Betrag beschreibt die Stärke des Zusammenhangs. Es besteht keine Korrelation zwischen den Variablen, wenn der Wert 0 beträgt. Wenn eine Korrelation signifikant ist, kann eine Interpretation erfolgen. Ist sie es nicht, wurde kein Zusammenhang beobachtet. Durch den Korrelationskoeffizienten wird generell nur ein linearer Zusammenhang gemessen. Folglich kann zwischen den Variablen eine gegenseitige Beeinflussung bestehen, die sich nicht in einem linearen Zusammenhang widerspiegelt (Brosius, 2017, S.267).

Für die Korrelationsberechnung zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Semester wird der Korrelationskoeffizient nach Kendall-Tau-b und Spearman ermittelt. Die Interpretation erfolgt ebenso wie bei dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Der Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht sowie dem Department wird mit dem Eta-Koeffizient ermittelt, da es um eine Zusammenhangsberechnung zwischen metrischen und nominalen Daten geht. Das Zusammenhangsmaß kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen. Cohen (1988) gibt für die Größe des Zusammenhangs folgende Regel vor:

Eta < 0,01 = kein Zusammenhang,

Eta zwischen 0,01 und 0,04 = geringer Zusammenhang,

Eta zwischen 0,04 und 0,16 = mittlerer Zusammenhang,

Eta > 0,16 = großer Zusammenhang (Schäfer & Schöttker-Königer, 2015, S.180).

Allerdings wird durch den Eta-Koeffizienten nicht die Richtung des Zusammenhangs angezeigt.

Die abschließende Regressionsanalyse wird als eine multiple lineare Berechnung für die Gesundheitskompetenz mit den vier Variablen „Gesundheitszustand“, „Geschlecht“, „Semester“ und „Department“ durchgeführt. Es werden die Zusammenhänge zwischen einer (abhängigen) Variablen und mehreren (erklärenden/unabhängigen) Variablen aufgezeigt. Die Gesundheitskompetenz nimmt hier die Rolle der abhängigen Variable ein. Ziel ist die Relevanz der einzelnen erklärenden Variablen für das Ergebnis zu berechnen (Brosius, 2017, S.269f).

Für alle statistischen Berechnungen wurden nur die vollständig ausgefüllten Fragebögen berücksichtigt, da die Auswertung für den Gesundheitszustand nur unter diesem Kriterium erfolgen konnte.

Die Gütekriterien wissenschaftlichen Arbeitens - die Objektivität, Reliabilität und Validität - sind Grundlage der vorliegenden Arbeit. Mit der Gewährleistung der Güte des Erhebungsverfahrens sind der Einsatz dieser sowie die Schlussfolgerungen gerechtfertigt (Wolf & Best, 2010, S.239).

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zuvor aufgeführten Analysen durchgeführt und die Ergebnisse beschrieben.

5.1 Beschreibung der Vollständigkeit der Befragung

Ausgangspunkt für die Befragung war ein Stichprobenpool von $n=811$ Student*innen der Departments GW und VT an der HAW Hamburg (siehe Kapitel 4.2). Insgesamt beteiligten sich 160 Student*innen an der Befragung. Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, unterteilte sich die Befragung in zwei Abschnitte mit dem Resultat, dass die Fragebögen unterschiedlich vollständig durch die Student*innen beantwortet wurden. Abbildung 4 verschafft einen Überblick über die rückläufigen Fragebögen.



Abbildung 4: Übersicht der rückläufigen Fragebögen, eigene Darstellung

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand wurde von 143 und der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz von 139 Student*innen beantwortet. Angaben zu ihrem Geschlecht, Department und Semester machten wiederum 144 Student*innen. Die Stichprobengröße für vollständig beantwortete Fragebögen beläuft sich insgesamt auf $n=128$. Auf Basis dieser Stichprobe ($n=128$) werden alle weiteren Auswertungen und Berechnungen durchgeführt (siehe Kapitel 4.1.1 und 4.1.2).

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Der Frauenanteil in der Befragung lag mit 76,56 Prozent (98 Teilnehmerinnen) deutlich über dem der Männer mit 23,44 Prozent (30 Teilnehmer). Die Teilnahme aus dem Department GW lag ebenfalls mit 76,56 Prozent (82 Frauen und 16 Männern) deutlich über der Beteiligung aus dem Department VT mit 23,44 Prozent (16 Frauen und 14 Männern). Die Gesamtbeteiligung aus beiden Departments betrug 15,78 Prozent. Die Beteiligung aus dem Department GW lag bei 19,18 Prozent und bei dem Department

VT bei 10 Prozent. Somit ist die erwartete Beteiligung von 20 Prozent von GW knapp und die von VT mit 10 Prozent erreicht worden.

Im Studienbeginn (1.-3. Semester) befanden sich 30,47 Prozent (39 Student*innen), in der Studienmitte bis zum Studienende (4.-7. Semester) 51,56 Prozent (66 Student*innen) und über die Regelstudienzeit hinaus (8. Semester und höher) 17,97 Prozent (23 Student*innen). Im Anhang X sind die entsprechenden Häufigkeitstabellen und Histogramme beigefügt.

5.3 Auswertung der Gesundheitskompetenz

Für alle sechs Dimensionen der GK wurden die Skalenwerte der einzelnen Items anhand der Mittelwerte berechnet. Dies wurde einmal für die Gesamtstichprobe ($n=128$), getrennt für die beiden Departments (GW $n=98$, VT $n=30$), getrennt nach Geschlecht (Frauen $n=98$, Männer $n=30$) sowie für die einzelnen Semesterabschnitte (1.-3. Semester $n=39$, 4.-7. Semester $n=66$, 8. und höheres Semester $n=23$) durchgeführt.

Die Ergebnisse der Berechnungen sind in der nachfolgenden Tabelle 6 für den Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) und den Standardfehler (SE) aufgeführt. Im Anhang XII ist die komplette SPSS Ausgabe zur deskriptiven Statistik der Gesundheitskompetenz beigefügt.

Tabelle 6: Ergebnisse aus den Berechnungen der sechs Dimensionen der Gesundheitskompetenz, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, SE=Standardfehler

	Selbstregulation	Selbstkontrolle	Selbstwahrnehmung	Verantwortungs- übernahme	Kommunikation & Kooperation	Umgang mit Gesundheits- informationen
Gesamt- Stichprobe (<i>n</i> =128)	M=2,3875 SD=0,30404	M=2,7500 SD=0,53536	M=3,0000 SD=0,49629	M=3,1016 SD=0,57944	M=2,4375 SD=0,41621	M=3,0781 SD=0,35780
Department GW (<i>n</i> =98)	M=2,3959 SE=0,2944	M=2,7510 SE=0,05626	M=3,0490 SE=0,04992	M=3,1918 SE=0,05706	M=2,3724 SE=0,03755	M=3,1388 SE=0,03262
Department VT (<i>n</i> =30)	M=2,3600 SE=0,06317	M=2,7467 SE=0,08520	M=2,8400 SE=0,08705	M=2,8067 SE=0,09755	M=2,6500 SE=0,08857	M=2,8800 SE=0,07278
Frauen (<i>n</i> =98)	M=2,4265 SE=0,03024	M=2,7878 SE=0,05106	M=3,0143 SE=0,04725	M=3,1653 SE=0,05512	M=2,4031 SE=0,03966	M=3,1102 SE=0,03409
Männer (<i>n</i> =30)	M=2,2600 SE=0,05265	M=2,6267 SE=0,11254	M=2,9533 SE=0,10708	M=2,8933 SE=0,11773	M=2,5500 SE=0,08677	M=2,9733 SE=0,07411
1.-3. Semes- ter (<i>n</i> =39)	M=2,3692 SE=0,04255	M=2,8564 SE=0,08754	M=3,1128 SE=0,07949	M=3,1846 SE=0,08612	M=2,3654 SE=0,07509	M=3,0462 SE=0,05219
4.-7. Semes- ter (<i>n</i> =66)	M=2,4273 SE=0,04206	M=2,7061 SE=0,06064	M=2,8939 SE=0,05310	M=3,0061 SE=0,06909	M=2,4924 SE=0,04674	M=3,0636 SE=0,04594
8. und hö- heres Se- mester (<i>n</i> =23)	M=2,3043 SE=0,04849	M=2,6957 SE=0,13059	M=3,1130 SE=0,12812	M=3,2348 SE=0,13982	M=2,4022 SE=0,08714	M=3,1739 SE=0,07576

Die Student*innen des Departments GW haben im Vergleich zu den Student*innen des Departments VT in den Dimensionen Selbstwahrnehmung (3,0490/2,8400), Verantwortungsübernahme (3,1918/2,8067) sowie im Umgang mit Gesundheitsinformationen (3,1388/2,8800) einen höheren Score erzielt. In den Dimensionen der Selbstregulation (2,3959/2,3600) und -kontrolle (2,7510/2,7467) liegen beide Departments auf einem ähnlichen Niveau. In der Dimension der Kommunikation und Kooperation haben die VT-Student*innen höhere Scores erzielt als die GW-Student*innen (2,6500/2,3724).

Der Frauen-Männer-Vergleich zeigt, dass in fast allen Dimensionen der Gesundheitskompetenz die Frauen höhere Scores erzielt haben als die Männer. Bei der Kommunikation und Kooperation konnten die Männer minimal höher punkten.

Student*innen im 1.-3. Semester erzielten in der Dimension der Selbstkontrolle und -wahrnehmung höhere Scores als die Kommiliton*innen in den höheren Semestern. Die Stärke der Student*innen der 4.-7. Semestern liegt in der Selbstregulation sowie der Kommunikation und Kooperation. Die Student*innen, die die Regelstudienzeit überschritten haben und sich im 8. oder höheren Semester befinden, erzielten die höchsten Werte in der Verantwortungsübernahme und in dem Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Bei der Betrachtung der Gesamtstichprobe sind die drei Dimensionen Verantwortungsübernahme, der Umgang mit Gesundheitsinformationen sowie die Selbstwahrnehmung der Student*innen annähernd ähnlich stark ausgeprägt. Die Selbstregulation, -wahrnehmung sowie die Kommunikation und Kooperation sind im Vergleich dazu schwächer ausgeprägt.

5.4 Auswertung des Gesundheitszustandes

Für den Gesundheitszustand wurden die Summenskalen beider Hauptdimensionen für die körperliche und psychische Gesundheit ermittelt (siehe Kapitel 4.5). Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Ergebnisse aus den Berechnungen des Gesundheitszustandes

	SF-12 Summen- skala	n	M	SD	25. Per- zentil	50. Per- zentil	75. Per- zentil	Min/ Max
Gesamt- gruppe	körperlich	128	53,70	6,50	52,16	55,19	57,23	21,23/ 64,12
	psychisch	128	42,64	10,64	34,11	42,96	52,11	17,90/ 60,41
Frauen	körperlich	98	53,26	7,14	51,33	55,28	57,23	21,23/ 64,12
	psychisch	98	42,65	10,88	33,41	44,73	52,39	17,90/ 60,41
Männer	körperlich	30	55,13	3,39	52,69	54,65	57,55	49,32/ 60,81
	psychisch	30	42,61	9,99	34,27	41,13	52,02	25,65/ 57,91
GW	körperlich	98	53,21	7,13	51,26	55,25	56,98	21,23/ 64,12
	psychisch	98	43,26	10,63	33,99	45,64	52,39	17,90/ 60,41
VT	körperlich	30	55,29	3,35	52,57	54,87	58,10	49,32/ 61,43
	psychisch	30	40,60	10,58	33,92	39,53	50,73	23,20/ 57,91
1.-3. Se- mester	körperlich	39	54,49	4,58	53,54	55,10	56,40	35,45/ 61,83
	psychisch	39	42,97	11,03	34,18	44,26	52,12	17,90/ 60,41
4.-7. Se- mester	körperlich	66	52,89	7,86	49,80	55,28	57,81	21,23/ 64,12
	psychisch	66	41,34	10,73	32,35	41,14	51,19	23,20/ 57,89
8. und höheres Semester	körperlich	23	54,68	4,57	52,39	55,19	57,99	41,39/ 61,06
	psychisch	23	45,78	9,35	35,04	47,89	55,14	30,92/ 56,21

Sowohl die Studentinnen als auch die Studenten der HAW Hamburg aus den Departments GW und VT verfügen über einen „durchschnittlichen“ körperlichen Gesundheitszustand. Dabei zeigt sich dieser bei den männlichen Studenten minimal höher (55,13) als bei den weiblichen Studentinnen (53,26). Bei der Betrachtung des psychischen Gesundheitszustandes zählen ebenfalls beide Gruppen zu „durchschnittlich“. Auffällig ist allerdings die Nähe zur Grenze „unterdurchschnittlich“ durch die deutlich geringeren

Werte in der Psychischen Summenskala (PSK) ($w=42,65/m=42,61$). Bei der Befragung wurde hier der geringste Wert in der PSK mit 17,90 von den weiblichen Studentinnen angegeben.

Im Departmentvergleich zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Student*innen von VT weisen einen minimal höheren körperliche Gesundheitszustand (55,29) auf als die Student*innen von GW (53,21). Beide Gruppen befinden sich ebenfalls im „durchschnittlichen“ Bereich. Der psychische Gesundheitszustand stellt sich bei den GW Student*innen minimal höher (43,26) dar als bei den VT Student*innen (40,60). Dennoch zeigt sich auch hier die deutliche Tendenz zur „unterdurchschnittlichen“ Klassifikation.

Die Auswertung nach Semestern bestätigt ebenfalls den „durchschnittlichen“ körperlichen Gesundheitszustand der Student*innen in den einzelnen Studienabschnitten. Hier zeigt sich zu Studienbeginn (54,49) ein ähnlich hoher Score wie bei den Student*innen, die acht Semester und länger (54,68) studieren. Die Student*innen der Semester vier bis sieben liegen mit 52,89 in der Körperlichen Summenskala (KSK) leicht niedriger. Die Scores in der PSK sind ebenfalls leichten Schwankungen unterworfen. Zu Studienbeginn liegt dieser mit 42,97 minimal höher als in der Studienmitte bis -ende, wo der Score bei 41,34 liegt und, wie oben bereits erwähnt, als „durchschnittlich“ mit der deutlichen Tendenz zu „unterdurchschnittlich“ klassifiziert werden. Die Student*innen in dem achten und höheren Semestern weisen einen höheren Score von 45,78 in der PSK auf.

Die deutsche Normstichprobe von 1998 (siehe Abbildung 5) hat einen Score in der KSK von 48,22 und von 51,41 in der PSK ($n=6676$).

	SF-12 Summenskala	N	Arith. Mittel	Standardabweich.	25. Perzentil	50. Perzentil (Median)	75. Perzentil	Minimum/Maximum
Gesamtgruppe	Körperlich	6676	48.22	8.77	44.54	51.03	54.30	10.61/64.38
	Psychisch	6676	51.41	8.55	47.78	53.73	57.56	8.54/70.11

Abbildung 5: SF-12 Summenskalen für die deutsche Normstichprobe 1998 (Gesamtstichprobe), (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.202)

Der Vergleich mit der Gesamt-Stichprobe dieser Befragung zeigt ein entgegengesetztes Bild. In der KSK erreichen die Student*innen der HAW ($n=128$) einen Score von 53,70

und von 42,64 in der PSK. Darüber hinaus lässt die deutsche Normstichprobe von 1998 einen Geschlechtervergleich zu (siehe Abbildung 6 und Abbildung 7).

	SF-12 Summenskala	N	AM	SD	25. Perzentil	50. Perzentil (Median)	75. Perzentil	Minimum/Maximum
14–20 Jahre	Körperlich	168	53.12	4.29	51.60	54.19	55.92	32.84/61.40
	Psychisch	168	48.26	8.11	44.26	50.87	55.02	19.47/60.70
21–30 Jahre	Körperlich	497	51.37	6.41	49.21	53.43	55.48	22.28/63.25
	Psychisch	497	49.46	8.62	44.89	51.80	55.87	20.57/63.81

Abbildung 6: SF-12 Summenskala für die deutsche Normstichprobe 1998: Frauen, (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.203)

So haben hier die Frauen zwischen 21 und 30 Jahren ($n=497$) einen KSK-Score von 51,37 und einen PSK-Score von 49,46 (siehe Abbildung 6). Die Student*innen der HAW ($n=98$) erreichen in der KSK 53,26 und in der PSK 42,65. Somit sind sie im körperlichen Gesundheitszustand minimal höher und im psychischen Gesundheitszustand deutlich niedriger. Die Männer der Normstichprobe zwischen 21 und 30 Jahren ($n=504$) erreichen einen KSK-Score von 52,21 und einen PSK-Score von 52,46.

	SF-12 Summenskala	N	AM	SD	25. Perzentil	50. Perzentil (Median)	75. Perzentil	Minimum/Maximum
14–20 Jahre	Körperlich	192	52.86	5.17	51.51	54.78	55.92	24.07/64.14
	Psychisch	192	50.95	7.12	47.45	53.49	56.04	16.63/64.30
21–30 Jahre	Körperlich	504	52.21	5.36	50.32	53.71	55.50	29.60/62.37
	Psychisch	504	52.46	7.41	50.08	53.74	57.20	13.97/63.50

Abbildung 7: SF-12 Summenskala für die deutsche Normstichprobe 1998: Männer, (Quelle: Morfeld et al., 2011, S.203)

Die Studenten der HAW ($n=30$) übertreffen ebenfalls den KSK-Score mit 55,13 und unterbieten, wie bereits ihre Kommilitoninnen, den PSK-Score deutlich mit 42,61.

Die Häufigkeitsberechnungen zeigen zusammenfassend für die Gesamtstichprobe der Befragung ($n=128$), dass 3,1 Prozent (4) über einen „unterdurchschnittlichen“, 87,5 Prozent (112) über einen „durchschnittlichen“ und 9,4 Prozent (12) über einen „überdurchschnittlichen“ körperlichen Gesundheitszustand verfügen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Einteilung in die Klassifikation des Gesundheitszustandes, körperliche Gesundheit

neuKSK12					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unterdurchschnittlich	4	3,1	3,1	3,1
	durchschnittlich	112	87,5	87,5	90,6
	überdurchschnittlich	12	9,4	9,4	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	

Bei der Bewertung des psychischen Gesundheitszustand erreichen 40,6 Prozent (52) eine „unterdurchschnittliche“, 58,6 Prozent (75) eine „durchschnittliche“ und 0,8 Prozent (1) die „überdurchschnittliche“ Klassifikation (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Einteilung in die Klassifikation des Gesundheitszustandes, psychische Gesundheit

neuPSK12					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unterdurchschnittlich	52	40,6	40,6	40,6
	durchschnittlich	75	58,6	58,6	99,2
	überdurchschnittlich	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	

Die Problemlage der Student*innen liegt, unabhängig vom Department, Geschlecht und Semester betrachtet, deutlich im Bereich der psychischen Gesundheit.

5.5 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Abschnitt erfolgt eine Überprüfung der Hypothesen (siehe Kapitel 3). Zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand, Geschlecht, Department und Semester werden, in Abhängigkeit des Datenniveaus, die jeweiligen Streudiagramme erstellt und Korrelationen berechnet. Abschließend werden mit allen Variablen Regressionsanalysen für die Gesundheitskompetenz und den -zustand durchgeführt.

5.5.1 Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand

Das Streudiagramm dient zur ersten Einschätzung des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitskompetenz und dem -zustand. Abbildung 8 zeigt das Streudiagramm für die Gesundheitskompetenz und den -zustand. Die Punktwolke gibt einen Aufschluss über die Stärke und die Richtung des Zusammenhangs.

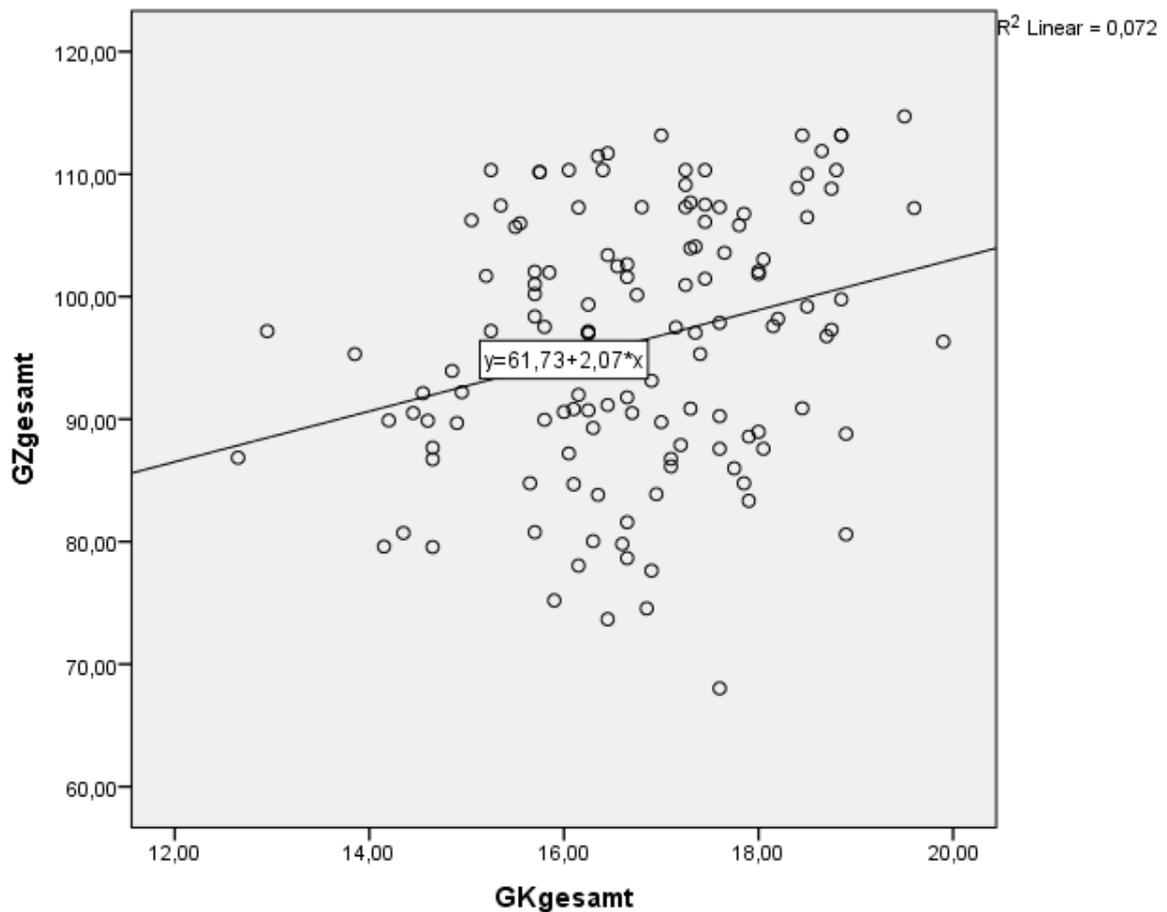


Abbildung 8: Streudiagramm für die Gesundheitskompetenz (GKgesamt) und den Gesundheitszustand (GZgesamt), eigene Darstellung

Das Streudiagramm zeigt einen schwach positiven Zusammenhang. Das würde bedeuten, je besser die Gesundheitskompetenz ausgebildet ist, umso besser ist der Gesundheitszustand.

Die Korrelationsberechnung zwischen der Gesundheitskompetenz und dem -zustand erfolgt mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten, da beide Variablen ein metrisches Datenniveau aufweisen.

Laut Wolf & Best (2010) treten bei Individualdaten selten Werte über 0,7 auf. Im Gegensatz dazu fallen die Korrelationen bei Aggregatdaten höher aus (S.87). Zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand besteht ein mittlerer starker, positiver Zusammenhang $r=0,268$ (siehe Tabelle 10).

Die Signifikanz wurde zweiseitig getestet ($p>0,01$) und das Ergebnis ist hochsignifikant. Die Nullhypothese (1) kann verworfen und H1 angenommen werden.

Tabelle 10: Korrelationsberechnung der Gesundheitskompetenz (GK) und des Gesundheitszustandes (GZ)

Korrelationen			
		GKgesamt	GZgesamt
GKgesamt	Korrelation nach Pearson	1	,268**
	Signifikanz (2-seitig)		,002
	N	128	128
GZgesamt	Korrelation nach Pearson	,268**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,002	
	N	128	128

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

5.5.2 Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht

Da die Gesundheitskompetenz metrisch und das Geschlecht nominal skaliert ist, wurde zur Zusammenhangsberechnung der Eta-Koeffizient ermittelt (siehe Tabelle 11). Die Gesundheitskompetenz ist an dieser Stelle die abhängige Variable.

Tabelle 11: Richtungsmaße der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Geschlecht

Richtungsmaße			
			Wert
Nominal- bzgl. Intervallmaß	Eta	GKgesamt abhängig	,199
		Bitte gib dein Geschlecht an. abhängig	,824

Der Eta-Koeffizient beträgt 0,199. Da dieser Wert größer als 0,16 ist, liegt ein starker Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Geschlecht vor. Es kann keine Aussage über die Richtung des Zusammenhangs getroffen werden. Die Nullhypothese (2) kann dennoch verworfen und H2 angenommen werden.

5.5.3 Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Department

Für die Zusammenhangsberechnung zwischen der Gesundheitskompetenz (metrisches Datenniveau) und den Departments (nominales Datenniveau) wird ebenfalls der Eta-Koeffizient berechnet (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Richtungsmaße der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Department

Richtungsmaße			
			Wert
Nominal- bzgl. Intervallmaß	Eta	GKgesamt abhängig	,189
		In welchem Department studierst du? abhängig	,819

Der Eta-Koeffizient beträgt 0,189 und es liegt ebenfalls ein starker Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Department vor. Über die Richtung des Zusammenhangs kann ebenfalls keine Aussage gemacht werden. Die Nullhypothese (3) kann dennoch auch an dieser Stelle verworfen und H3 angenommen werden.

5.5.4 Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Semester

Die Korrelationsberechnung zwischen der Gesundheitskompetenz, mit metrischem Datenniveau, und dem Semester, mit ordinalem Datenniveau, erfolgt mit dem Kendall-Tau-b-Koeffizienten (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Korrelationsberechnung der Gesundheitskompetenz (GK) und dem Semester

Korrelationen				
			GKgesamt	In welchem Semester studierst du?
Kendall-Tau-b	GKgesamt	Korrelationskoeffizient	1,000	-,011
		Sig. (2-seitig)	.	,878
		N	128	128
	In welchem Semester studierst du?	Korrelationskoeffizient	-,011	1,000
		Sig. (2-seitig)	,878	.
		N	128	128

Zwischen der Gesundheitskompetenz und den einzelnen Studienabschnitten bzw. Semestern besteht ein schwach negativer Zusammenhang $r=-0,011$, der aber nicht signifikant ist. Das bedeutet für die Nullhypothese (4), dass sie angenommen und H4 verworfen werden kann.

5.5.5 Regressionsanalyse

Bei der multiplen linearen Regressionsanalyse wird der Zusammenhang zwischen einer abhängigen (Gesundheitskompetenz) und mehreren erklärenden Variablen (Gesundheitszustand, Geschlecht, Department, Semester) gleichzeitig ausgewertet. Der Wert R-Quadrat ist die zentrale Kennzahl zur Bewertung der Güte des Regressionsmodells (Brosius, 2017, S.274).

Die nachfolgenden Tabellen 14 bis 17 zeigen die Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Gesundheitskompetenz auf.

Tabelle 14: Regressionsanalyse, aufgenommene/entfernte Variablen

Aufgenommene/Entfernte Variablen ^a			
Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	GZgesamt, In welchem Department studierst du?, In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an. ^b		Einschluß

a. Abhängige Variable: GKgesamt

b. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

Die Variablen Gesundheitszustand (Gesamtscore), Department, Semester und Geschlecht wurden in das Regressionsmodell miteingeschlossen (siehe Tabelle 14).

Tabelle 15: Regressionsanalyse, Modellzusammenfassung

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,372 ^a	,138	,110	1,30928

a. Einflußvariablen : (Konstante), GZgesamt, In welchem Department studierst du?, In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an.

Die Tabelle der Modellzusammenfassung zeigt anhand der Kennzahlen den Gesamterfolg der Analyse und die Güte der geschätzten Regressionsgleichung auf. R-Quadrat ist das Bestimmtheitsmaß und gibt an wieviel Prozent der Varianz mit den erklärenden Variablen von der abhängigen erklärt werden kann (Brosius, 2017, S.274). Da vier erklärende Variablen in diesem Modell verwendet werden, wird das

korrigierte R-Quadrat zur Auswertung hinzugezogen. Dies bedeutet, dass elf Prozent der Varianz durch das Modell erklärt werden (siehe Tabelle 15).

Tabelle 16: Regressionsanalyse, ANOVA

ANOVA ^a						
Modell		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	33,889	4	8,472	4,942	,001 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	210,848	123	1,714		
	Gesamt	244,737	127			

a. Abhängige Variable: GKgesamt

b. Einflußvariablen: (Konstante), GZgesamt, In welchem Department studierst du?, In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an.

Die ANOVA-Tabelle (siehe Tabelle 16) zeigt unter anderem an, ob signifikante Ergebnisse vorliegen und ob tatsächlich einen Zusammenhang zwischen den erklärenden Variablen und der abhängigen Variable in der Grundgesamtheit vorliegt (Brosius, 2017, S.274). Die Wahrscheinlichkeit einen F-Wert von 4,942 oder größer mit diesen Freiheitsgraden (4) zu erhalten, liegt bei 0,001. Da das Signifikanzniveau bei 0,001 liegt, sagt dies aus, dass das Modell signifikante, erklärende Variablen enthält.

Tabelle 17: Regressionsanalyse, Koeffizienten

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B	
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
1 (Konstante)	14,754	1,162		12,696	,000	12,454	17,054
Bitte gib dein Geschlecht an.	-,599	,288	-,184	-2,082	,039	-1,169	-,029
In welchem Semester studierst du?	-,129	,170	-,064	-,758	,450	-,466	,208
In welchem Department studierst du?	-,431	,288	-,132	-1,497	,137	-1,000	,139
GZgesamt	,036	,011	,281	3,345	,001	,015	,058

a. Abhängige Variable: GKgesamt

In der Koeffiziententabelle (siehe Tabelle 17) erfolgt die detaillierte Beschreibung der geschätzten Regressionsgleichung sowie des Einflusses und die Signifikanzen der erklärenden Variablen (Brosius, 2017, S.274). Die ANOVA-Tabelle zeigt eine Signifikanz für das Gesamtmodell auf, jedoch kann es sein, dass die einzelnen erklärenden Variablen keinen Einfluss auf die abhängige Variable haben (Brosius, 2017, S.277). Die Betrachtung der Signifikanzen zeigt für die Variable „Gesundheitszustand“ (GZgesamt) ein signifikantes Ergebnis. Für die Variablen „Geschlecht“, „Semester“ und „Department“ wurden hohe Signifikanzwerte berechnet. Von einem Einfluss auf die Gesundheitskompetenz

kann nicht ausgegangen werden. Daher beschränkt sich die weitere Auswertung auf die Variable „Gesundheitszustand“. Hier ist ein positiver Regressionskoeffizient von 0,036 berechnet worden. Das heißt mit einem höheren Score beim Gesundheitszustand steigt der Score bei der Gesundheitskompetenz um 0,036 Punkte.

6 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand. Die Regressionsberechnung bestätigte den Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Gesundheitskompetenz. Für die übrigen Variablen blieb diese Bestätigung aus.

Nachfolgend werden die Limitationen, Methoden sowie Ergebnisse diskutiert.

6.1 Limitationen

Für die Befragung wurden standardisierte Fragebögen und Auswertungsschemata verwendet. Die Änderung der Ansprache vom „Sie“ zum „du“ ging zu Lasten einer kleinen möglichen Validitätseinschränkung in der Vergleichbarkeit. Dennoch konnte ein hohes Niveau von Reliabilität und Validität erreicht werden. Die Objektivität wurde vorausgesetzt, da die Fragebögen mit einem geschlossenen Format als Messinstrument verwendet wurden.

Die Befragung der Student*innen wurde von Mitte bis Ende Juni durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt rückt die Prüfungsphase des Semesters näher. Erfahrungsgemäß steigt in dieser Zeit das Stresslevel, was sich in den Ergebnissen zum Gesundheitszustand niedergeschlagen haben kann. Es ist durchaus möglich, dass sich an einem Befragungszeitpunkt, früher im Semester, andere Ergebnisse in der z.B. psychischen Gesundheit zeigen.

Insgesamt hatten 160 Student*innen an der Befragung teilgenommen, dennoch wurden nur 128 Fragebögen vollständig ausgefüllt. Für die Befragung wurden zwei Fragebögen miteinander kombiniert, wobei die Befragung nach der Gesundheitskompetenz sehr umfangreich (29 Items) war. Bei der Durchsicht der Fragebögen bezüglich der Vollständigkeit war auffällig, dass die meisten fehlenden Antworten in dem Frageteil zur Gesundheitskompetenz zu finden sind. Eine Schlussfolgerung ist, dass die Motivation und die Bereitschaft der Teilnehmer*innen, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen, nicht bis zum Ende gegeben waren. Darüber hinaus können die Befragten falsche Antworten gegeben haben oder es wurden Fragen nicht verstanden, sodass eine Antwort zufällig oder gar nicht getroffen wurde.

Die Befragung wurde an zwei Departments der HAW Hamburg durchgeführt. Kennzeichnend für beide Departments ist zum einen der primäre Gesundheitsbezug (Gesundheitswissenschaften) und zum anderen der primäre technische Bezug (Verfahrenstechnik). Die HAW Hamburg bietet innerhalb ihrer vier Fakultäten (Technik und Informatik, Wirtschaft und Soziales, Life Sciences, Design, Medien und Information) insgesamt 71 Bachelor- und Masterstudiengänge mit unterschiedlicher Ausrichtung an. Somit wurden beispielsweise die Student*innen mit einem primären künstlerischen/Design-Bezug in dieser Befragung nicht berücksichtigt durch die gegebenenfalls andere Ergebnisse entstanden wären.

6.2 Methode

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Gesundheitskompetenzen der Student*innen der Gesundheitswissenschaften und der Verfahrenstechnik der HAW Hamburg zu untersuchen. Als mögliche Einflussfaktoren wurden dabei ihr Gesundheitszustand, Geschlecht, Semester und ihre Departmentzugehörigkeit betrachtet. Methodisch wurden die gesammelten Daten je nach Datenniveau entsprechend ausgewertet. Die Hypothesen wurden mittels Korrelationsberechnungen bestätigt bzw. verworfen. Die multivariate Regressionsberechnung bestätigte den Einfluss des Gesundheitszustandes als erklärende Variable, auf die Gesundheitskompetenz als unabhängige Variable. Für die übrigen drei Variablen konnte dieser Einfluss nicht in dem Regressionsmodell bestätigt werden. Zur Diskussion steht an dieser Stelle die Auswahl der erklärenden Variablen. Der Einfluss des Alters oder eine berufliche Vorbildung der Student*innen als erklärende Variablen könnten andere Ergebnisse in einer Regressionsberechnung erzielen.

6.3 Ergebnisse

Vor dem Hintergrund der zuvor ausgeführten Limitationen zeigen die Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheitskompetenz, dass in dem Geschlechtervergleich die Frauen den Männern gegenüber gesundheitskompetenter sind. Je nach Studienabschnitt scheinen unterschiedliche Kompetenzbereiche der GK stärker bzw. schwächer hervorzutreten. Der Departmentvergleich zwischen GW und VT zeigt für die Student*innen der GW stärker entwickelte Kompetenzfelder der GK als für die Student*innen der VT

auf. Da in dem Department GW ein überrepräsentativer Frauenanteil und in VT ein überrepräsentativer Männeranteil besteht, stellt sich die Frage, ob eher die Studienrichtung oder das Geschlecht für die GK ausschlaggebend ist.

Bei der Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustandes fällt auf, dass die Mehrzahl der Student*innen (87,5 Prozent) über einen „durchschnittlichen“ körperlichen Gesundheitszustand (KSK) verfügen. Der psychische Gesundheitszustand (PSK) hingegen ist bei 40,6 Prozent der Student*innen „unterdurchschnittlich“ und wirkt in dieser hohen Anzahl alarmierend. In dem Vergleich mit der deutschen Normstichprobe von 1998 schneiden die befragten Student*innen der HAW Hamburg in der KSK mit einem stärkeren Score (53,70/48,22) und in der PSK mit einem schwächeren Score (42,64/51,41) ab. Die Problemlage bezüglich der psychischen Gesundheit unter den Student*innen ist bereits durch verschiedene Erhebungen des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) bekannt und konnte durch diese Ergebnisse auch für die Student*innen der HAW Hamburg bestätigt werden.

Die Korrelationsberechnungen für die Variablen „Gesundheitszustand“, „Geschlecht“, „Semester“ und „Department“ mit der Gesundheitskompetenz haben für die Gesundheitskompetenz und den -zustand ein hochsignifikantes Ergebnis ermittelt. Der Zusammenhang selbst zeigt sich positiv mäßig stark ($r=0,268$). Für das Geschlecht und Department konnte mit dem Eta-Koeffizienten jeweils ein starker Zusammenhang berechnet werden, die Richtung des Zusammenhangs allerdings nicht. Für die Korrelation zwischen der GK und dem Semester wurde nur ein negativ schwacher Zusammenhang ermittelt. Das Ergebnis zeigt sich nicht signifikant.

Letztendlich konnte die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet werden: Die Gesundheitskompetenz der Student*innen der GW und VT an der HAW Hamburg wird durch den Gesundheitszustand, das Geschlecht sowie durch die Studienrichtung (Department) beeinflusst. Der Fortschritt des Studiums (Semester) hat keinen signifikanten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz.

7 Handlungsempfehlungen

Die von den Student*innen gelernten und durch die Lehrenden vermittelten Kompetenzen beschränken sich aktuell auf Inhaltliches/Fachliches, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenzen. Gesundheitsförderliche Kompetenzen wurden bisher curricular nicht berücksichtigt.

Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand sowie die Ergebnisse aus den zahlreichen Erhebungen zur Studierendengesundheit der Student*innen sind Anlass genug, die Gesundheit der Student*innen während ihres Studiums zu fördern und zu stärken, um nachhaltig ihre Gesundheit zu verbessern und sie zeitgleich auf die Anforderungen in der Arbeitswelt vorzubereiten. Die Einführung eines fakultäts- und Department übergreifendem sowie mit Credit Points (CPs) honorierten Wahlpflichtmoduls, das den Fokus auf den gesundheitsförderlichen Kompetenzerwerb der Student*innen legt, kann als eine erste aktive Handlung erfolgen. Die inhaltliche Ausgestaltung des Wahlpflichtmoduls richtet sich dabei konkret an der Lebenswelt der Student*innen aus und ermöglicht Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern, wie z.B. Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und den Übergang in die Berufswelt. Die Student*innen sollen mit der Teilnahme an dem Wahlpflichtmodul in die Lage versetzt werden, alltägliche Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf ihre Gesundheit und folglich auf ihre Arbeits- und Lebenswelt auswirken.

Die Universität Göttingen hat beispielhaft ein Zertifikatsprogramm entwickelt, das auf dem Modell der Gesundheitskompetenz basiert. Die sechs Kompetenzdimensionen nach Lenartz finden sich in dem Zertifikatsprogramm wieder und können wie im Nachfolgenden zusammengefasst werden (Göring et al., 2016, S.3f):

1. **Selbstwahrnehmung:** Die Student*innen werden befähigt ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle deutlich wahrzunehmen und lernen diese, bezüglich ihres Einflusses auf die eigene Gesundheit, angemessen zu deuten. Das Erkennen körperlicher Warnsignale, hervorgerufen durch physische oder psychische Anforderungen, wird erlernt und Handlungsstrategien werden entwickelt.

2. Selbstregulation und -disziplin: Individuelle Ziele und das Meistern von schwierigen und belastenden Situationen werden den Student*innen durch umfangreiche Selbstmanagement- und Stressbewältigungs-Fähigkeiten vermittelt. Die (bewegungsorientierten) Erholungs- und Entspannungsfähigkeiten werden für die Student*innen mit darauf abgestimmten Ernährungs- und Trinkgewohnheiten kombiniert.
3. Verantwortungsübernahme: Die Anerkennung von Gesundheit als eigenständigen Wert und die Verinnerlichung als aktiv herzustellendes Ziel wird von den Student*innen über ein mehrdimensionales Gesundheitsbewusstsein aufgebaut. Sie lernen neben körperlichen, sozialen und psychischen auch arbeits- und studienbedingte sowie lebensstilbezogene Einflüsse auf ihre Gesundheit wahrzunehmen und in Bezug auf ihr Verhalten zu interpretieren. Um eine langfristig wirksame und gesundheitsorientierte Verantwortungsübernahme zu gewährleisten und die lebensstilbezogenen Verhaltensänderungen handlungswirksam werden zu lassen, erlernen die Student*innen Techniken und Strategien zur Eigenmotivation und Selbstdisziplin.
4. Informationsbeschaffung und -verarbeitung: Die Student*innen eignen sich die Beschaffung gesundheitsrelevanter Informationen, die kritische Evaluierung und die Interpretation dieser an. Die methodischen Kompetenzen erlauben ihnen allgemein gültige Informationsstandards zu hinterfragen und mit anderen Quellen abzugleichen.
5. Kommunikation und Kooperation: Der Schwerpunkt liegt hier für die Student*innen auf dem Ausdruck und Austausch von persönlichen Gefühlen und Empfindungen. Die zentrale Kompetenz mit anderen Personen über gesundheitliche Probleme und belastende Situationen zu kommunizieren und Beratung annehmen zu können, trägt zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen bei. Die Aneignung unterschiedlicher Konflikt- und Problemlösestrategien ermöglicht es den Student*innen die Fähigkeit zu entwickeln, als belastend empfundene Interaktionssituationen beeinflussen zu können.
6. Entspannungs- und Bewegungskompetenz: Die Vermittlung von körperorientierten Entspannungstechniken und Bewegungsformen soll den Student*innen

ermöglichen, aktive Erholungsphasen in den Alltag zu integrieren sowie Entspannung und Wohlbefinden selbst herzustellen.

Die Entwicklung eines Wahlpflichtmoduls für Gesundheitskompetenzen wird traditionelle Seminarstrukturen verändern und die Aspekte der Interdisziplinarität, die Integration verschiedener Methoden und Medien sowie das selbstgesteuerte Lernen von Student*innen nach sich ziehen.

Das alleinige Agieren auf der Verhaltensebene von den Student*innen ist nicht ausreichend, um grundlegend die Gesundheitskompetenzen, und in der Folge die Studierendengesundheit, an der HAW Hamburg zu verbessern. Gesundheit ist ein multidimensionales Konstrukt, welches zum einen durch gesundheitsförderliches Verhalten als auch zum anderen durch gesundheitsförderliche Verhältnisse positiv beeinflusst werden kann. Die gesundheitsförderlichen Verhältnisse kann die HAW Hamburg für ihre Student*innen gestalten. Das Alleinstellungsmerkmal, sich als innovative Hochschule mit dem Thema Gesundheitskompetenz und Studierendengesundheit auseinanderzusetzen und somit langfristig qualifizierte Fach- sowie Führungskräfte in die Arbeitswelt zu entlassen, könnte als best-practice gegenüber anderen Hochschulen wirken.

Die partizipative Zusammenarbeit mit Student*innen der HAW Hamburg ist bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen entscheidend. Der Aufbau und die Verknüpfung der studentischen mit den hochschulinternen Netzwerken ist dahingehend empfehlenswert, um angebotene oder geplante Projekte, Hilfs- und Schulungsangebote sowie Beratungen für Student*innen effektiver platzieren zu können. Die Zusammenarbeit mit den studentischen Gremien, wie den Fachschaftsräten (FSR) oder dem Allgemeinen Studierendenausschuss (AStA), stellt zusätzlich die Beziehungen und den Kontakt zu relevanten Akteur*innen her.

In der Vergangenheit sind durch verschiedene Fachprojekte und Erhebungen (siehe Anhang I-V) erste Schritte auf dem Weg zu einem systematischen Studierenden-gesundheitsmanagement (SGM) gelungen. Die Ergebnisse der Erhebungen, kombiniert mit der allgemeinen, vorhandenen Datenlage zur Studierendengesundheit in Deutschland, bieten eine solide Basis für die Erarbeitung und Ausgestaltung weiterer Maßnahmen innerhalb des SGMs.

8 Fazit

Der Beginn eines Studiums ist für viele Student*innen eine kritische Lebensphase und im Verlauf ihres Studiums sind sie einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Die Untersuchung der Studierendengesundheit und Fokussierung auf das Thema findet bereits seit mehreren Jahren in unterschiedlichen Ansätzen an der HAW Hamburg statt. Allerdings wurde dies in der Vergangenheit nicht systematisch und umfassend für die gesamte HAW Hamburg umgesetzt, sondern resultierte in verschiedene Einzelerhebungen und Interventionen. Diese Arbeit reiht sich, mit dem Fokus auf die Gesundheitskompetenzen von Student*innen, bei den Einzelerhebungen ein.

Aus Public Health-Sicht wurde insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention mit Settingbezug durch die Ottawa-Charta der WHO fokussiert. Jede*r Student*in soll mehr Verantwortung für die persönliche Gesundheit übernehmen, kann dies aber nur schaffen, wenn die entsprechenden gesundheitsförderlichen Umwelten geschaffen werden. *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“* (Weltgesundheitsorganisation, 1986, S.1)

Als Ausbildungsort zukünftiger Fach- und Führungskräfte hat die HAW Hamburg bzw. die Hochschulleitung eine wichtige Verantwortung gegenüber ihren Student*innen sowie die soziale Pflicht gegenüber der Gesellschaft gesunde und gesundheitskompetente Multiplikator*innen in die Arbeitswelt zu entlassen. Gesundheitskompetenz hat in Betrieben und Organisationen mit einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) einen hohen Stellenwert. Daher muss Gesundheit als ein Wert in die aktuelle Überarbeitung des Hochschulleitbildes Eingang finden und dann als Querschnittsthema in die Lehre an der HAW Hamburg mitgedacht und verankert werden. Diese Prozesse werden einen Wandel in den Bereichen Lehre, Forschung und Verwaltung in Gang setzen. Die curriculare Anpassung der Modulhandbücher der einzelnen Departments unterstützen dabei diesen Prozess.

Ein ganzheitliches, hochschulisches Gesundheitsmanagement setzt sich aus den zwei gleichwertigen Säulen des BGMs der HAW Hamburg und mit der Etablierung eines SGMs zusammen. Die gegenseitige positive Beeinflussung und die Ausschöpfung von Synergien bei z.B. Angeboten und Beratungen, sind gewinnbringende Facetten für die jeweiligen Zielgruppen. Ein erfolgreiches, hochschulisches Gesundheitsmanagement funktioniert nur mit der Partizipation der Zielgruppen von Beginn an. Für die Student*innen der HAW bedeutet dies, dass ihnen sensibel bezüglich ihrer Diversität und Komplexität begegnet und dies in allen hochschulischen Aktivitäten berücksichtigt wird.

Literaturverzeichnis

Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2838663&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

Blümel, Stephan (2015): Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung.

Brosius, Felix (2017): SPSS 24 für dummies. 1. Auflage. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA (Lernen leichter gemacht). Online verfügbar unter <https://e-bookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5018410>.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2017): Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. zur Bildung einer Allianz für Gesundheitskompetenz. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf, zuletzt geprüft am 11.07.2019.

Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (22.06.2018): Aufnahme eines Hochschulstudiums in Deutschland weiterhin sehr attraktiv. Veröffentlichung des Bildungsberichts 2018. Hannover/Berlin. Matthes, Daniel. 01.07.2019. Online verfügbar unter https://www.dzhw.eu/services/material/pressemitteilungen/PM_Bildungsbericht_2018_final.pdf.

Ellert, U.; **Kurth**, B. M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 643–649. DOI: 10.1007/s00103-013-1700-y.

Göring, Arne (2018): Healthy Campus - Jahresbericht 2017/2018. Jahresbericht. Universität Göttingen, zuletzt geprüft am 11.07.2019.

Göring, Arne; **Rudolph**, Sabrina; **Geisenhainer**, Anna (2016): Zertifikatsprogramm: Gesundheitskompetenz. Gesund leben, studieren und arbeiten. Modulhandbuch. Universität Göttingen, zuletzt geprüft am 11.07.2019.

Grützmacher, Judith; **Gusy**, Burkhard; **Lesener**, Tino; **Sudheimer**, Swetlana; **Willige**, Janka (2018): Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/bwb-2017/_inhalts Elemente/faktenblaetter/Gesamtbericht-Gesundheit-Studierender-in-Deutschland-2017.pdf, zuletzt aktualisiert am Juni 2018, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Hartmann, Thomas; **Greiner**, Katharina; **Baumgarten**, Kerstin (2017): Die Länder sind gefragt. In: *DUZ Magazin* 2017, 18.08.2017 (08). Online verfügbar unter

<https://www.duz.de/beitrag/!/id/442/die-laender-sind-gefragt>, zuletzt geprüft am 16.07.2019.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (Hg.) (2019): Studierende der HAW Hamburg - Sommersemester 2019. Online verfügbar unter https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/Presse_und_Kommunikation/Downloads/C_1-Web_SoSe_19.pdf, zuletzt aktualisiert am 01.06.2019, zuletzt geprüft am 12.07.2019.

Lenartz, Norbert (2012): Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen: V&R unipress University Press (Veröffentlichungen der Bonn university press, Vol. 6).

Lenartz, Norbert; **Soellner**, Renate; **Rudinger**, Georg (2014): Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. In: *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung* 2014, 2014 (02/2014), S. 29–32. Online verfügbar unter https://www.wbv.de/journals/zeitschriften/die-zeitschrift-fuer-erwachsenenbildung/artikel/shop/detail/name/_/0/1/DIE1402W029/facet/DIE1402W029////////nb/0/category/730.html, zuletzt geprüft am 08.08.2019.

Middendorff, Elke; **Apolinarski**, Beate; **Becker**, Karsten; **Bornkessel**, Philipp; **Brandt**, Tasso; **Heißenberg**, Sonja; **Poskowsky**, Jonas (2017): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Hannover. Online verfügbar unter http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf, zuletzt aktualisiert am Juli 2017, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Morfeld, Matthias; **Kirchberger**, Inge; **Bullinger**, Monika (2011): Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. 2., ergänzte und überarbeitete. Göttingen: Hogrefe.

Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publication-file, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Schaeffer, Doris; **Vogt**, Dominique; **Berens**, Eva-Maria; **Hurrelmann**, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Hg. v. Universität Bielefeld. Bielefeld. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/313369866_Gesundheitskompetenz_der_Bevolkerung_in_Deutschland_-_Ergebnisbericht, zuletzt geprüft am 11.07.2019.

Schäfer, Axel; **Schöttker-Königer**, Thomas (2015): Statistik und quantitative Methoden für Gesundheitsfachberufe. 1. Aufl. 2015. Berlin: Springer. Online verfügbar unter

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1078892>.

Sedlmeier, Peter; **Renkewitz**, Frank (2018): Forschungsmethoden und Statistik. Für Psychologen und Sozialwissenschaftler. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Hallbergmoos: Pearson. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5583851>.

Sekretariat Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) (2019): Vorausberechnung der Anzahl der Studienanfängerinnen und Studienanfänger 2019-2030. Erläuterung der Datenbasis und des Berechnungsverfahrens (219). Online verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/2019-05-16_Text_SAP.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.05.2019, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2019): Anzahl der Studierenden an Hochschulen in Deutschland in den Wintersemestern von 2002/2003 bis 2018/2019. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/221/umfrage/anzahl-der-studenten-an-deutschen-hochschulen/>, zuletzt aktualisiert am 29.05.2019, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Techniker Krankenkasse (Hg.) (2014): Gesundheitsförderung an Hochschulen. Online verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/AGH_Bro_GesundhfoerdrG_HS_A5_2014.pdf, zuletzt aktualisiert am Februar 2014, zuletzt geprüft am 01.07.2019.

Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 23.08.2019.

Wolf, Christof; **Best**, Henning (2010): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2>.

Anhang

I Das Surveillance-System „SuSy“

Seit dem Sommersemester (SoSe) 2014 untersucht das hochschulinterne Surveillance-System („SuSy“) des Departments Gesundheitswissenschaften der HAW Hamburg das Gesundheitsverhalten der Student*innen des Studiengangs. Im Rahmen des Fachprojekts Gesundheitsberichterstattung, unter Leitung von Prof. Dr. med. Ralf Reintjes, wird die quantitative, anonyme Datenerhebung innerhalb aller Semester durchgeführt. Folgende Daten werden erhoben, auf Verhaltensänderungen der Student*innen analysiert und Trends werden aufgezeigt:

- sozioökonomischer Status,
- physisches und psychisches Wohlbefinden,
- Lebensgewohnheiten und Risikoverhalten in Bezug auf Alkoholkonsum, Ernährung, Medikamentengebrauch, Rauchen und Sport (SuSy, 2019a)¹.

Die aktuellen Ergebnisse der Zeitreihenanalyse aus dem SoSe 2019 zeigen, dass der Anteil der Student*innen, die Schlafmittel einnehmen, im Vergleich zum SoSe 2018, um 6,8 Prozent gestiegen ist (SuSy, 2019b)². Ebenso gestiegen ist die Einnahme von leistungssteigernden Substanzen vom Wintersemester (WiSe) 2018/2019 zum SoSe 2019 um 3,9 Prozent (SuSy, 2019c)³. Die Mehrheit (38,6 Prozent) der befragten Student*innen gaben an mindestens ein- bis zehnmal im Monat Schmerzmittel zu sich zu nehmen (SuSy, 2019d)⁴.

Die körperliche Aktivität von 80,9 Prozent der Student*innen liegt auf einem hohen Niveau, hat aber vom WiSe 2017/2018 bis zum SoSe 2019 um 2,3 Prozent abgenommen

¹ SuSy (Hg.) (2019a): Das hochschulinterne Surveillance-System - Von Studierenden - für Studierende. Methode, Ziele & Diskussion. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

² SuSy (Hg.) (2019b): Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/schlaf-und-beruhigungsmittelkonsum-2/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

³ SuSy (Hg.) (2019c): Einnahme von Substanzen zur Leistungssteigerung. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/einnahme-von-substanzen-zur-leistungssteigerung/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

⁴ SuSy (Hg.) (2019d): Medikamente SoSe 2019. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/medikamente-wise-1819/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

(SuSy, 2019e)⁵. Das Stressniveau liegt bei 60 Prozent der Student*innen seit dem SoSe 2014 bis hin zum SoSe 2019 relativ konstant hoch und ist im Verlauf nur geringen Schwankungen unterworfen (SuSy, 2019f)⁶.

Bezüglich des Alkoholkonsums lässt sich, trotz eines insgesamt schwankenden Verlaufs, eine eindeutig abfallende Tendenz erkennen. Während im WiSe 2017/2017 noch 40 Prozent der Student*innen an mehr als an 5 Tagen im Monat Alkohol konsumiert haben, sind es im SoSe 2019 nur noch 27 Prozent. Allerdings verzeichnet das Binge-drinking, d.h. mehr als 5 alkoholische Getränke an mehr als 5 Tagen im Monat, einen deutlichen Aufwärtstrend bei ca. 11 Prozent der Studierenden (SuSy, 2019g)⁷.

Die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) zwei Portionen Obst und 3 Portionen Gemüse zu verzehren, werden von den Studierenden im SoSe 2019 nur von 7,5 Prozent erfüllt, obwohl 44,2 Prozent angaben sich überwiegend vegan oder vegetarisch zu ernähren (SuSy, 2019h)⁸. Die Mehrheit der Student*innen (71,8 Prozent) sind Nichtraucher*innen (SuSy, 2019i)⁹.

II Fokusgruppe

Die wissenschaftliche Mitarbeiterin der HAW Hamburg Natalie Krämer hatte im SoSe 2018 eine Fokusgruppe mit 13 Studentinnen des Departments Gesundheitswissenschaften durchgeführt. Leitfadengestützt wurde eine Bedarfserhebung am Campus Bergedorf über die Belastungen und Ressourcen der Studentinnen erhoben.

Die Ergebnisse der Fokusgruppe gliedern sich in verschiedene Themenbereiche auf:

- Chancengleichheit in Bezug auf (chronische) Erkrankungen,
- räumliche Gegebenheiten und Lage des Campus Life Sciences sowie
- curriculare Veränderungen.

⁵ SuSy (Hg.) (2019e): Körperliche Aktivität. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/koerperliche-aktivitaet/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

⁶ SuSy (Hg.) (2019f): Hohes Stressniveau. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2018/02/19/stressniveau/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

⁷ SuSy (Hg.) (2019g): Alkoholkonsum. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2018/02/19/stressniveau/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

⁸ SuSy (Hg.) (2019h): Ernährung SoSe 2019. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/ernaehrung-sole-19/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

⁹ SuSy (Hg.) (2019i): Rauchen SoSe 2019. Online verfügbar unter <https://www.ls.haw-hamburg.de/~GBE-SuSy/wordpress/2019/06/19/rauchen-sole-19/>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

Die teilnehmenden Studentinnen stellten fest, dass sich die geringe Flexibilität der Hochschule bei physischen/psychischen sowie chronischen Erkrankungen negativ auf das Studium auswirkt. Unterstützt wird dies durch die fehlende Sichtbarkeit der Beratungsangebote und die eventuelle Hürde diese aus Unsicherheit und Scham in Anspruch zu nehmen. In Bezug auf die Räumlichkeiten und Lage des Campus wurden fehlende Rückzugs- und Entspannungsräume sowie die nicht rückengerechte Bestuhlung in den Vorlesungsräumen angemerkt. Die dezentrale Lage und mangelnde Ausstattung des Campus lädt die Studentinnen nicht zum Verweilen ein. Die Veränderung des Modulhandbuchs und Streichung des z.B. Mentoring-Wahlpflichtmoduls wurde von den Studentinnen stark bedauert, da eine zusätzliche niedrigschwellige Unterstützung Studierender weggefallen ist (Krämer, 2018)¹⁰.

III Die INSIST-Studie

Die „Internetbasierte Soziale Normen Intervention zur Prävention von Substanzkonsum von Studierenden“ (INSIST)¹¹ ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte, multizentrische clusterrandomisierte Interventionsstudie unter der Beteiligung von acht deutschen Hochschulen, u.a. mit der HAW Hamburg.

Die Laufzeit der Studie dauerte vom 01.04.2013 bis zum 30.04.2016 an und hatte zum Ziel die Wirksamkeit einer sozialen Normen-Intervention in Bezug auf die Reduktion oder Prävention von Substanzkonsum zu überprüfen. In den wesentlichen Ergebnissen der Studie zeigten sich Diskrepanzen zwischen dem persönlichen und dem eingeschätzten Substanzkonsum von Gleichaltrigen (engl. peers). Die Student*innen schätzten, dass die Mehrheit der Peers mehr konsumiert als sie selbst angaben. Die gemachten Angaben zum eigenen und Peer-Substanzkonsum waren Basis für eine geschlechts- und hochschulspezifische Auswertung und wurden für das internetbasierte normative Feedback verwendet.

¹⁰ Krämer, Natalie (2018): Gesundheitliche Anforderungen und Ressourcen von Studierenden der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Studierendengesundheit als Baustein einer gesundheitsfördernden Hochschule. HAW Hamburg, zuletzt geprüft am UNPUBLISHED.

¹¹ Zeeb, Hajo; Pischke, Claudia; Helmer, Stefanie; Pöttgen, Saskia; Vivone, Mario; Klimakova, Darja (2016): Abschlussbericht INSIST. Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_INSIST.pdf, zuletzt aktualisiert am 29.04.2016, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

Die Wirksamkeit des sozialen Normen-Feedbacks zeigte sich in einem Rückgang des Alkohol- und Cannabiskonsums an den Interventions- im Vergleich zu den Kontrolluniversitäten und erwies sich als innovative Präventionsstrategie (Zeeb et al., 2016, S.4).

IV Begleitforschung des Dualstudiengangs Pflege

Am Department Pflege & Management der HAW Hamburg wurden Daten von Prof. Dr. Corinna Petersen und Christoph Reichardt in einem Projekt zur wissenschaftlichen Begleitforschung des Dualen Studiengangs Pflege gewonnen. Innerhalb des Projekts sollten zum einen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfasst werden und zum anderen eine Identifizierung der Bedarfe der Student*innen und eine subjektive Kompetenzeinschätzung stattfinden (Reichardt & Petersen-Ewert, 2014, S.237f)¹². Die Daten wurden in einem Zeitraum von viereinhalb Jahren erhoben und begannen mit Student*innen der WiSe 2011/2012 und 2012/2013 (Reichardt & Petersen-Ewert, 2014, S.240). Es wurden folgende Variablen erhoben:

- soziodemographische Daten,
- Gründe für die Wahl des Pflegestudiums,
- Wichtigkeit der Gründe für die Wahl des Pflegestudiums,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12),
- allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und
- Lernstrategien im Studium (LIST). (Reichardt & Petersen-Ewert, 2014, S.241)

Im Kontext der vorliegenden Bachelorarbeit sind vor allem das Ergebnis zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität relevant. Das Ergebnis zeigte, dass die Student*innen eine höhere körperliche und eine niedrigere psychische Lebensqualität aufwiesen. Bei letzterem handelt es sich um einen starken Effekt ($d=0,90$) und wurde durch Stress und Aufregung erklärt, welche/r mit dem Beginn eines neuen Lebensabschnittes einhergeht (Reichardt & Petersen-Ewert, 2014, S.247). Die Empfehlung für die bereits zu Beginn des Studiums stark psychisch belasteten Student*innen sollte, auch in Hinblick

¹² Reichardt, Christoph; Petersen-Ewert, Corinna (2014): Duales Studium Pflege - Zielgruppe, Gründe für die Studienwahl und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu Studienbeginn. In: *Pflege & Gesellschaft* (3), S. 236–250. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/PG-3-2014.pdf>, zuletzt geprüft am 07.07.2019.

auf die Studienabbrecherquoten, eine Berücksichtigung bei der Studienberatung finden (Reichardt & Petersen-Ewert, 2014, S.248).

V Fachprojekte zur Studierendengesundheit

In einer von Prof. Dr. Annegret Flothow und Prof. Dr. Wolf Polenz 2014 initiierten Onlinebefragung an der Fakultät Life Sciences wurden systematisch die standortspezifischen Belastungen ermittelt und die Wünsche der Student*innen erfasst. Es wurden sieben beeinflussende standortbezogene Faktoren ausgemacht:

- der Mangel an Arbeitsplätzen,
- die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten,
- der Lärm innerhalb des Campus,
- die Sauberkeit der Toiletten,
- die Gestaltung des Campus,
- die Orientierung auf dem Campus und
- die generelle Sauberkeit des Campus.

Zur Verbesserung der Gesundheit der Student*innen ergab sich bei den erfassten Wünschen der Student*innen folgende Reihenfolge: Arbeitsplätze, Mensaessen, Trinkwasserspender, ergonomische Sitzmöglichkeiten, Bewegungsangebote, Raum der Stille, Unterstützungsangebote sowie Angebote zur Stressbewältigung (Dahm & Lemmermann, 2015)¹³. Seit der Befragung wurde eine Verbesserung des Mensaessens erwirkt und ein Wasserspender installiert.

Die nachfolgenden Fachprojekte fanden unter der Anleitung und Betreuung durch Prof. Dr. Wolf Polenz und Dipl.-Ges.-Wirtin Nina Hielscher statt.

Die Student*innen des Fachprojektes Studierendengesundheit vom SoSe 2018 arbeiteten in vier verschiedenen Gruppen zum gleichnamigen Thema: Bedarfserhebung, Sensibilisierung, Maßnahmen und Struktur. Die Ergebnisse¹⁴ des Semesters waren ein Informationsflyer und Informationsstand, ein Flashmob, eine Begehung des Campus sowie ein Strukturvorschlag zur Ansiedlung eines SGMs an der HAW Hamburg (Poggel

¹³ Dahm, Julia; Lemmermann, Steven (2015): Welche unterschiedlichen Erwartungen haben Studierende an der HAW Bergedorf, um das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit zu erhalten? Projektbericht. HAW Hamburg, zuletzt geprüft am UNPUBLISHED.

¹⁴ Poggel, Kathrin; Wodtke, Claudia (2018): Aufbau eines Studierendengesundheitsmanagement an der HAW Hamburg am Campus Life Sciences. Bericht aus dem Fachprojekt Studierendengesundheit SoSo 2018. Projektbericht UNPUBLISHED. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg. Gesundheitswissenschaften, zuletzt geprüft am 26.08.2019.

& Wodtke, 2018). Die aktiven Elemente und Beiträge fanden an der Fakultät Life Sciences der HAW Hamburg statt.

Das Fachprojekt Studierendengesundheit vom WiSe 2018/2019 unterteilte sich in drei Gruppen: Studien-Navigator, Gesundheitsfestival und Projektantrag für LOM-Mittel. Der HAW-Navigator dient Studieninteressierten und –bewerber*innen zur Orientierung durch das Studienangebot der HAW Hamburg. Dieser wurde von der Gruppe inhaltlich und visuell aktualisiert. Die Festivalgruppe (Tomorrows Healthyland) plant, organisierte und setzte ein viertägiges Gesundheitsfestival am Campus Life Sciences um. Es wurden vielfältige Themenschwerpunkte gesetzt. Die Projektantragsgruppe konzipierte einen Antrag für eine Kompetenz-Werkstatt zum Erwerb von gesundheitsförderlichen Kompetenzen und erhielt den Zuschlag durch die Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung (Bokermann et al., 2018)¹⁵.

In dem dritten Fachprojekt zur Studierendengesundheit vom SoSe 2019 wurden Videotutorials erstellt (Bartkowski et al., 2019). Ziel ist es bewegte Pausen für die Student*innen innerhalb der Vorlesungen zu integrieren. Die Videos stehen über die EMIL-Plattform für Lehrende und Student*innen der HAW Hamburg des Campus Life Sciences zur Verfügung¹⁶.

¹⁵ Bokermann, Josephine; Fröhlich, Tabea; Kohrs, Inga M.; Poggel, Kathrin; Streicher, Antonia (2018): Kompetenz-Werkstatt - eine Initiative für Studierendengesundheit. Antrag LOM-Mittel für studentische Projekte. Projektantrag UNPUBLISHED. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg. Gesundheitswissenschaften, zuletzt geprüft am 26.08.2019.

¹⁶ Bartkowski, Monika; Hartmann, Felix; Kümmel, Charlotte; Wilke, Jana (2019): Stay Active! CamPuls für deine Gesundheit. Projektbericht UNPUBLISHED. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg. Gesundheitswissenschaften, zuletzt geprüft am 26.08.2019.

VI Fragebogen auf www.umfrageonline.com

Wie geht es dir? - Umfrage zu deinem Gesundheitszustand und deiner Gesundheitskompetenz

Bist du durch deinen derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hattest du in den vergangenen 4 Wochen aufgrund deiner körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fortsetzung - dein Gesundheitszustand

Hattest du in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil du dich niedergeschlagen oder ängstlich fühltest)?

	ja	nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inwieweit haben die Schmerzen dich in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung deiner Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

<input type="radio"/> überhaupt nicht	<input type="radio"/> ziemlich
<input type="radio"/> ein bisschen	<input type="radio"/> sehr
<input type="radio"/> mäßig	

In diesen Fragen geht es darum, wie du dich fühlst und wie es dir in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuze in jeder Zeile die Zahl an, die deinem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft warst du in den vergangenen 4 Wochen...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>					
...voller Energie?	<input type="radio"/>					
...entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>					

Wie häufig haben deine körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen deine Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandte usw.) beeinträchtigt?

<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> selten
<input type="radio"/> meistens	<input type="radio"/> nie
<input type="radio"/> manchmal	

Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Nach einem anstrengenden Tag fällt es mir schwer, mich zu entspannen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas geplant habe, setze ich das in der Regel auch um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mich unwohl fühle, weiß ich meist genau, warum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte sehr auf meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann Hilfe von anderen annehmen, wenn es mir nicht so gut geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsinformationen zu finden fällt mir leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fällt es schwer, zwischendurch abzuschalten und Pause zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich behalte meine Vorhaben im Auge und lasse mich nicht leicht davon abbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meine Gefühle deutlich wahrnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es wichtig, mich um meine Gesundheit zu kümmern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 5

Fortsetzung - Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Wenn es mir nicht gut geht, achte ich darauf, dass das keiner merkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, Informationen rund um das Thema Gesundheit zu verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann aufbauen				

aufgebauten Stress und innere Anspannung gut wieder abbauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von einer Aufgabe abschweifen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich merke, wenn ich mich in einer Situation körperlich verspanne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich übernehme bewusst Verantwortung für meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich gesundheitliche Probleme habe, ziehe ich mich zurück und erzähle keinem davon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch komplexe Darstellungen zum Thema Gesundheit kann ich gut nachvollziehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann gut zwischen Phasen hoher Konzentration und Phasen der Entspannung wechseln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas erreichen möchte, habe ich viel Disziplin bei der Umsetzung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Du hast es nun fast geschafft!

Fortsetzung - Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich kann meine eigenen Bedürfnisse gut wahrnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme Rücksicht auf meinen Körper.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Probleme gehen keinen anderen etwas an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, Zusammenhänge in Gesundheitsfragen zu verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mit Stress schlecht umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich bei einer Handlung abgelenkt werde, komme ich schnell wieder zu dieser zurück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen guten Zugang zu meinen Gefühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte bewusst auf meine Gesundheit, z.B. indem ich mich ausgewogen ernähre oder indem ich mich genug bewege.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen zu Gesundheitsthemen bleiben für mich oft unklar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seite 7

In welchem Department studierst du?

- Gesundheitswissenschaften
- Verfahrenstechnik

In welchem Semester studierst du?

- 1.-3. Semester
- 4.-7. Semester
- 8. Semester und höher

Bitte gib dein Geschlecht an.

- weiblich
- männlich
- divers

» [Umleitung auf Schlussseite von Umfrage Online](#) (ändern)

VII Darstellung von den Variablen, Datenniveaus und Bedeutungen der Items des SF-12

Variablennamen	Datenniveau	Bedeutung
ghp1 (allgemeine Gesundheitswahrnehmung)	metrisch	Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?
pfi02 (körperliche Funktionsfähigkeit)	metrisch	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen
pfi04 (körperliche Funktionsfähigkeit)	metrisch	mehrere Treppenabsätze steigen
rolph2 (körperliche Rollenfunktion)	metrisch	Ich habe weniger geschafft als ich wollte (aufgrund körperlicher Gesundheit).
rolph3 (körperliche Rollenfunktion)	metrisch	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun (aufgrund körperlicher Gesundheit).
rolem2 (emotionale Rollenfunktion)	metrisch	Ich habe weniger geschafft als ich wollte (aufgrund seelischer Probleme).
rolem3 (emotionale Rollenfunktion)	metrisch	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten (aufgrund seelischer Probleme).
pain2 (Schmerz)	metrisch	Inwieweit haben die Schmerzen dich in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung deiner Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?
mhi3 (psychisches Wohlbefinden)	metrisch	ruhig und gelassen in den vergangenen 4 Wochen
vital2 (Vitalität)	metrisch	voller Energie in den vergangenen 4 Wochen
mhi4 (psychisches Wohlbefinden)	metrisch	entmutigt und traurig in den vergangenen 4 Wochen
soc2 (soziale Funktionsfähigkeit)	metrisch	Wie häufig haben deine körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen deine Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

VIII Darstellung von den Variablen, Datenniveaus und Bedeutungen der Items des Fragebogens nach der Gesundheitskompetenz

Variablennamen	Daten-niveau	Bedeutung
reg1 (Selbstregulation)	metrisch	Nach einem anstrengenden Tag fällt es mir schwer, mich zu entspannen.
kon1 (Selbstkontrolle)	metrisch	Wenn ich etwas geplant habe, setze ich das in der Regel auch um.
wahr1 (Selbstwahrnehmung)	metrisch	Wenn ich mich unwohl fühle, weiß ich meist genau, warum.
verant1 (Verantwortungsübernahme)	metrisch	Ich achte sehr auf meine Gesundheit.
komm1 (Kommunikation und Kooperation)	metrisch	Ich kann Hilfe von anderen annehmen, wenn es mir nicht so gut geht.
info2 (Umgang mit Gesundheitsinformationen)	metrisch	Gesundheitsinformationen zu finden fällt mir leicht.
reg2 (Selbstregulation)	metrisch	Mir fällt es schwer, zwischendurch abzuschalten und Pausen zu machen.
kon2 (Selbstkontrolle)	metrisch	Ich behalte meine Vorhaben im Auge und lasse mich nicht leicht davon abbringen.
wahr2 (Selbstwahrnehmung)	metrisch	Ich kann meine Gefühle deutlich wahrnehmen.
verant2 (Verantwortungsübernahme)	metrisch	Ich finde es wichtig, mich um meine Gesundheit zu kümmern.
komm2 (Kommunikation und Kooperation)	metrisch	Wenn es mir nicht gut geht, achte ich darauf, dass das keiner merkt.
info2 (Umgang mit Gesundheitsinformationen)	metrisch	Es fällt mir leicht, Informationen rund um das Thema Gesundheit zu verstehen.
reg3 (Selbstregulation)	metrisch	Ich kann aufgestauten Stress und innere Anspannung gut wieder abbauen.
kon3 (Selbstkontrolle)	metrisch	Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von meiner Aufgabe abschweifen.
wahr3 (Selbstwahrnehmung)	metrisch	Ich merke, wenn ich mich in einer Situation körperlich verspanne.
verant3 (Verantwortungsübernahme)	metrisch	Ich übernehme bewusst Verantwortung für meine Gesundheit.
komm3 (Kommunikation und Kooperation)	metrisch	Wenn ich gesundheitliche Probleme habe, ziehe ich mich zurück und erzähle keinem davon.
info3 (Umgang mit Gesundheitsinformationen)	metrisch	Auch komplexe Darstellungen zum Thema Gesundheit kann ich gut nachvollziehen.
reg4 (Selbstregulation)	metrisch	Ich kann gut zwischen Phasen hoher Konzentration und Phasen der Entspannung wechseln.
kon4 (Selbstkontrolle)	metrisch	Wenn ich etwas erreichen möchte, habe ich viel Disziplin bei der Umsetzung.

wahr4 (Selbstwahrnehmung)	metrisch	Ich kann meine eigenen Bedürfnisse gut wahrnehmen.
verant4 (Verantwortungsübernahme)	metrisch	Ich nehme Rücksicht auf meinen Körper.
komm4 (Kommunikation und Kooperation)	metrisch	Meine Probleme gehen keinen anderen etwas an.
info4 (Umgang mit Gesundheitsinformationen)	metrisch	Es fällt mir leicht, Zusammenhänge in Gesundheitsfragen zu verstehen.
reg5 (Selbstregulation)	metrisch	Ich kann mit Stress schlecht umgehen.
kon5 (Selbstkontrolle)	metrisch	Wenn ich bei einer Handlung abgelenkt werde, komme ich schnell wieder zu dieser zurück.
wahr5 (Selbstwahrnehmung)	metrisch	Ich habe einen guten Zugang zu meinen Gefühlen.
verant5 (Verantwortungsübernahme)	metrisch	Ich achte bewusst auf meine Gesundheit, z.B. indem ich mich ausgewogen ernähre oder indem ich mich genug bewege.
info5 (Umgang mit Gesundheitsinformationen)	metrisch	Informationen zu Gesundheitsthemen bleiben für mich oft unklar.

IX Darstellung von den zusätzlich erhobenen Variablen mit ihrem Datenniveau und der Bedeutung der Items

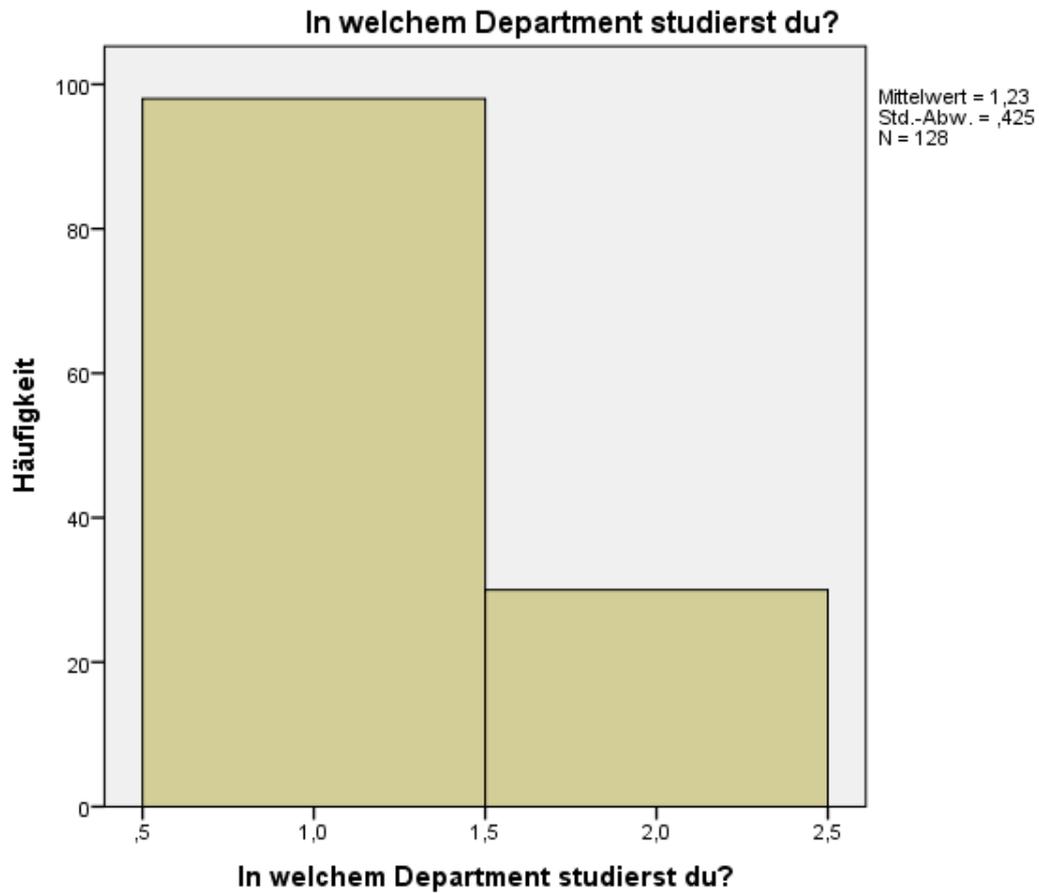
Variablennamen	Datenniveau	Bedeutung
department (Department)	nominal	Gesundheitswissenschaften/ Verfahrenstechnik
semester (Semester)	ordinal	1.-3./4.-7./8. und höher
geschlecht (Geschlecht)	nominal	weiblich/männlich/divers

X Häufigkeitstabellen und Histogramme zur Stichprobenbeschreibung (Kapitel 5.2)

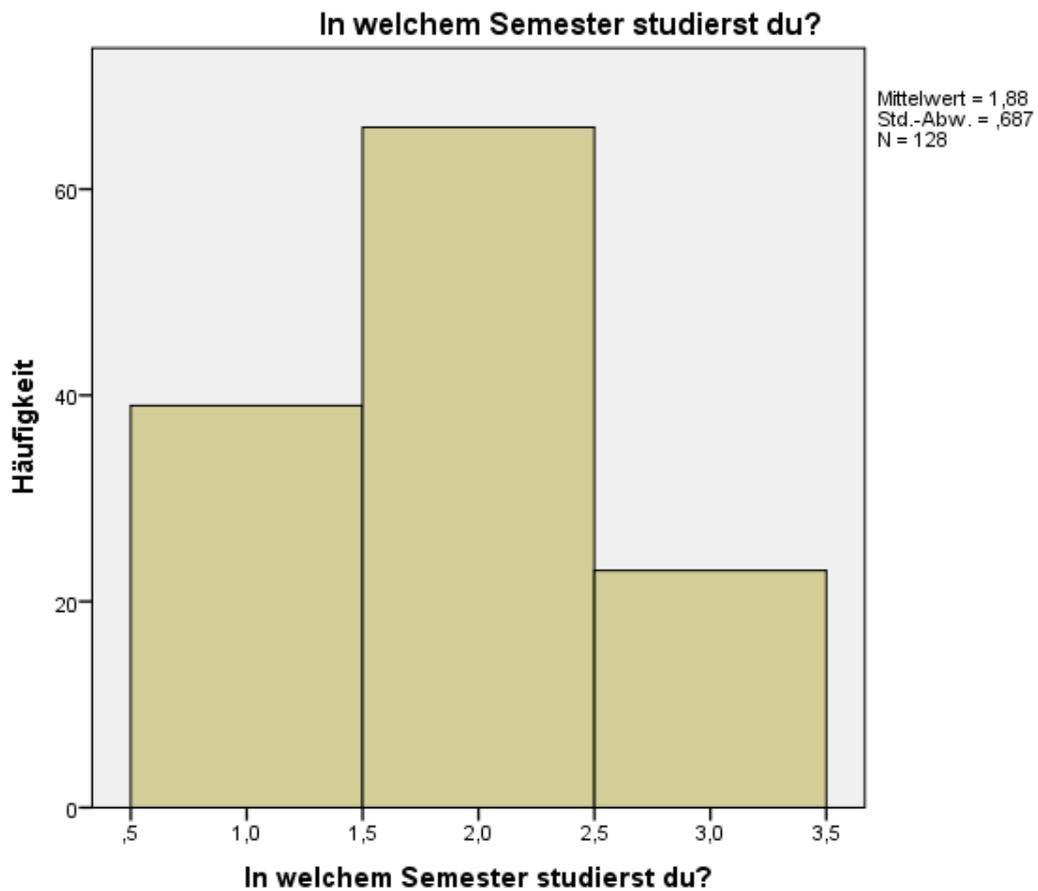
Bitte gib dein Geschlecht an.					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	weiblich	98	76,6	76,6	76,6
	männlich	30	23,4	23,4	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	



In welchem Department studierst du?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gesundheitswissenschaften	98	76,6	76,6	76,6
	Verfahrenstechnik	30	23,4	23,4	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	



In welchem Semester studierst du?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1.-3. Semester	39	30,5	30,5	30,5
	4.-7. Semester	66	51,6	51,6	82,0
	8. Semester und höher	23	18,0	18,0	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	



XI deskriptive Statistik der Gesundheitskompetenz

Deskriptive Statistik

	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert		Standardabweichung	Varianz
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Standardfehler	Statistik	Statistik
Summenscore Gesundheitskompetenz	128	36,00	61,00	97,00	81,3359	,61401	6,94668	48,256
Summenscore Selbstregulation	128	1,80	1,60	3,40	2,3875	,02687	,30404	,092
Summenscore Selbstkontrolle	128	2,80	1,20	4,00	2,7500	,04732	,53536	,287
Summenscore Selbstwahrnehmung	128	2,40	1,60	4,00	3,0000	,04387	,49629	,246
Summenscore Verantwortungsübernahme	128	2,80	1,20	4,00	3,1016	,05122	,57944	,336
Summenscore Kommunikation und Kooperation	128	2,50	1,50	4,00	2,4375	,03679	,41621	,173
Summenscore Umgang mit Gesundheitsinformationen	128	1,60	2,00	3,60	3,0781	,03163	,35780	,128
Gültige Werte (Listenweise)	128							

XII Regressionsanalyse Gesundheitszustand

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an., GKgesamt, In welchem Department studierst du? ^b		Einschluß

a. Abhängige Variable: GZgesamt

b. Alle gewünschten Variablen wurden eingegeben.

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,308 ^a	,095	,067	10,59647

a. Einflußvariablen : (Konstante), In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an., GKgesamt, In welchem Department studierst du?

ANOVA^a

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	1520,037	4	380,009	3,384	,011 ^b
Nicht standardisierte Residuen	14484,801	129	112,285		
Gesamt	16004,838	133			

a. Abhängige Variable: GZgesamt

b. Einflußvariablen : (Konstante), In welchem Semester studierst du?, Bitte gib dein Geschlecht an., GKgesamt, In welchem Department studierst du?

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	50,017	12,955		3,861	,000
	GKgesamt	2,300	,669	,297	3,437	,001
	Bitte gib dein Geschlecht an.	3,642	2,244	,145	1,623	,107
	In welchem Department studierst du?	,664	2,297	,026	,289	,773
	In welchem Semester studierst du?	1,141	1,339	,072	,852	,396

a. Abhängige Variable: GZgesamt

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

 29.08.2019



Unterschrift Kathrin Poggel