



Daten für Taten

-

**Gesundheitsberichterstattung an der
HAW Hamburg**

Befragungszeitraum Dezember 2022

Ergebnisbericht für die HAW Hamburg

Durchführung und Berichterstellung:

Forschungsprojekt CamPuls – Studentisches Gesundheitsmanagement
HAW Hamburg
Ulmenliet 20
21033 Hamburg
Raum N3.19

Projektleitung:

Prof. Dr. Wolf Polenz

*Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen:*

Sabine Bart

Lennart Haß

Nina Hielscher

Kathrin Poggel

Studentische Unterstützung:

Denise Freiberg

Kontakt:

campuls@haw-hamburg.de

040-427856248

Zusammenfassung

Im Dezember 2022 erfolgte durch das Team des Forschungsprojekts CamPuls eine hochschulweite Befragung zum Gesundheitszustand der Studierenden an der HAW Hamburg. Damit wurde erstmalig eine Gesundheitsberichterstattung (GBE) an einer Hamburger Hochschule durchgeführt. Die GBE ist ein wichtiges Prozessmerkmal im studentischen Gesundheitsmanagement, um datengestützte Aussagen zur Gesundheit der Studierenden treffen zu können und daraus bedarfsorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Kompetenzerweiterung der Studierenden entwickeln und anbieten zu können.

Die GBE an der HAW Hamburg umfasst eine Erhebung der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Gesundheitskompetenz, Symptome einer depressiven Störung und Angststörung, Belastungen im Studium, Ressourcen (Selbstwirksamkeit und Kohärenzsinn), subjektiver sozialer Status und soziodemografische Angaben. Der Fokus lag hierbei auf dem Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz der Studierenden.

Insgesamt konnten 2.575 Studierende erreicht werden, von denen 1.698 die Befragung vollständig ausfüllten. Auffällig sind vor allem die Daten zur psychischen Gesundheit der befragten Studierenden. Die subjektive Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes liegt deutlich unter dem Wert einer repräsentativen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung und auch Symptome einer depressiven Störung und Angststörung sind im Vergleich zu Erhebungen bei Studierenden vor Corona auffällig hoch. Bei den Belastungen im Studium fallen vor allem die quantitativen Anforderungen, Hinweise auf Burn-Out Symptome und die Unfähigkeit abzuschalten auf. Die Gesundheitskompetenz der Studierenden liegt im Durchschnitt in allen gemessenen Dimensionen unter den Werten vergleichbarer Stichproben aus dem Jahr 2012.

Die Ergebnisse verdeutlichen einen Handlungsbedarf für die Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz der Studierenden an der HAW Hamburg und die Ableitung und Umsetzung bedarfsorientierter Maßnahmen. Dies entspricht dem Ziel des Hamburger Paktes für Prävention: Förderung der psychosozialen Gesundheit. Die Ableitungen von Maßnahmen sollten auf der Ebene von Departments und Fakultäten durch die Verantwortlichen unter Nutzung weiterer Daten, z.B. aus Lehrevaluationen,

Hochschulkenntzahlen und Gesprächen mit Studierenden, zu den Studien- und Prüfungsbedingungen erfolgen und in den Departments z.B. bei der anstehenden Curriculumentwicklung genutzt werden.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Zielsetzungen und Grundlagen des Berichts.....	1
2 Methodisches Vorgehen.....	6
2.1 Datenerhebung	6
2.2 Aufbau des Fragebogens.....	6
2.2.1 Verwendete Messinstrumente	7
2.2.2 Soziodemografie.....	13
3 Stichprobenbeschreibung.....	17
4 Gesundheit	20
4.1 Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands	20
4.2 Depressivität und Angst	24
Literatur	27
5 Gesundheitskompetenz	29
6 Anforderungen und Belastungsfolgen.....	32
7 Ressourcen	36
7.1 Selbstwirksamkeitserwartung.....	36
7.2 Studentisches Kohärenzgefühl	39
8 Subjektiver Sozialer Status.....	43
9 Handlungsempfehlungen	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklaufzahlen für die HAW Hamburg und die Fakultäten	17
Tabelle 2: Auswertung des subjektiven sozialen Status der Studierenden der HAW Hamburg.....	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur des SF-12 (Morfeld et al., 2011), eigene Darstellung	8
Abbildung 2: Verteilung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts für die HAW Hamburg.....	18
Abbildung 3: Verteilung der Geschlechtsidentität für die HAW Hamburg.....	18
Abbildung 4: Verteilung des Studienabschnitts für die HAW Hamburg.....	19
Abbildung 5: Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten	21
Abbildung 6: Verteilung des Screeningergebnisses für eine depressive Störung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten	25
Abbildung 7: Verteilung des Screeningergebnisses für eine Angststörung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten.....	26
Abbildung 8: Verteilung des Gesamtscores für die psychische Belastung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten.....	26
Abbildung 9: Verteilung der Dimensionen der Gesundheitskompetenz für die HAW Hamburg.....	30
Abbildung 10: Verteilung der Anforderungen durch das Studium für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten.....	33
Abbildung 11: Verteilung der Auswirkungen durch das Studium für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten.....	34
Abbildung 12: Verteilung der Selbstwirksamkeit für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten.....	37

Abbildung 13: Verteilung des Studentischen Kohärenzgefühls für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten	40
Abbildung 14: Folgeprozess der Gesundheitsberichterstattung	46

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
GBE	Gesundheitsberichterstattung
HAW Hamburg	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät DMI	Fakultät Design, Medien, Information
Fakultät LS	Fakultät Life Sciences
Fakultät TI	Fakultät Technik und Informatik
Fakultät W&S	Fakultät Wirtschaft und Soziales
M	Mittelwert
Min	Minimum
Max	Maximum
SD	Standardabweichung

1 Zielsetzungen und Grundlagen des Berichts

Vor 25 Jahren wurde das Thema Studierendengesundheit in Deutschland durch den bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) initiiert und seitdem stetig vorangetrieben. Mit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (kurz: Präventionsgesetz - PräVG) gewann die Studierendengesundheit in den vergangenen Jahren vermehrt an Aufmerksamkeit und Relevanz. Der § 20a des SGB V benennt die Lebenswelt des Studierens als ein „...für die Gesundheit bedeutsame[s], abgrenzbare[s] soziale[s] System...“ und fordert „...den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (Deutscher Bundestag, 2015). Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Aufgabe, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen an Hochschulen zu unterstützen (GKV-Spitzenverband, 2023, S.55f.). Durch diese explizite Benennung wird die gesamte Organisation Hochschule, über die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für die Beschäftigten hinaus, als förderungswürdig anerkannt.

Obwohl das Thema Studierendengesundheit seit über zwei Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewinnt, gibt es aktuell in Deutschland keine etablierte, hochschulweite Gesundheitsberichterstattung (GBE). Somit fehlen aussagekräftige und umfassende Längsschnittstudien als Basis wissenschaftlich fundierter Handlungsempfehlungen für die Praxis. Eine GBE beschreibt die gesundheitliche Situation und ermittelt Versorgungsbedarfe bestimmter Teilgruppen oder der Bevölkerung insgesamt. Die Erhebung, Analyse und Präsentation gesundheitsbezogener Daten lassen idealerweise Wiederholungen sowie Vergleiche mit Ergebnissen anderer Studien in ähnlichen Kontexten und Zielgruppen zu (Bardehle & Annuß, 2016).

Hochschulen stellen eine Organisationsform dar, die so viele 17- bis 25-jährige junge Erwachsene erreicht, wie keine andere (Schluck & Sonntag, 2018, S.541). Sie repräsentieren Lernorte, die neben dem Erwerb von Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen auch zu einer Veränderung gesundheitsrelevanter Sicht- und Handlungsweisen beitragen sollen, da das junge Erwachsenenalter, aus entwicklungspsychologischer Perspektive, ein besonders wichtiger Lebensabschnitt für die Aneignung und Verinnerlichung eines gesundheitsrelevanten Lebensstils ist (Göring, 2018, S.6). Das Forschungsprojekt CamPuls

verfolgt die Wandlung der HAW Hamburg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule auf der Grundlage der zehn Gütekriterien des AGHs. Darüber hinaus ist es ein weiteres Ziel, die Gesundheit der Studierenden an der Hochschule zu fördern, zu entwickeln und voranzutreiben. Um beide Ziele erreichen zu können, wird sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene im gesundheitsförderlichen Sinne gearbeitet. Die bisherige qualitative Forschung wurde im Wintersemester 2022/2023 um die quantitative Erfassung ergänzt. Vom 05. bis 23. Dezember 2022 wurde die hochschulweite Studierendenbefragung an der HAW Hamburg und somit erstmals eine systematische GBE für die Studierenden an einer Hamburger Hochschule durchgeführt. Auf Basis der quantitativ gewonnenen Ergebnisse werden die zukünftigen Angebote und Maßnahmen des Projekts jeweils auf die Departments bezogen abgeleitet und ausgerichtet. Dieses Vorhaben erfüllt folgendes Gütekriterium des Arbeitskreises für gesundheitsfördernde Hochschulen: „Eine gesundheitsfördernde Hochschule [...] formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage regelmäßiger Analysen und Evaluationen, die im Rahmen einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung zusammengefasst werden“ (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen [AGH], 2020).

Verlässliche Daten zur gesundheitlichen Lage Studierender in Deutschland liegen trotz der Arbeit des AGH sowie der Einführung des PräVg nicht vor. Aktuell gibt es keine etablierte, bundesweite Gesundheitsberichterstattung (GBE) an Hochschulen in Deutschland. Seit 2017 sind aufgrund des Kooperationsprojektes „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin sowie der Techniker Krankenkasse erstmals bundesweite, aussagekräftige und belastbare Daten zur gesundheitlichen Lage der Studierenden in Deutschland verfügbar (Grützmaker et al., 2018). Knapp 82 Prozent der befragten Studierenden schätzt die eigene Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Diese Einschätzung liegt deutlich unter dem einer repräsentativen altersgleichen Stichprobe aus dem Jahr 2014 (Grützmaker et al., 2018, S.31). Zudem leiden vor allem weibliche Studierende unter unterschiedlichsten physischen und psychischen Beschwerden. Knapp ein Fünftel berichtet von Symptomen einer generalisierten Angststörung, mehr als drei Viertel leiden mindestens ein paar Mal im Monat unter körperlichen Beschwerden, wie z.B. Kopf-, Glieder oder Rückenschmerzen. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass mehr als 25 Prozent der

weiblichen Studierenden über ein hohes Maß an Erschöpfung klagt, welches als Initialsymptom von Burnout gilt (Grützmaker et al., 2018, S.60). Die Datenlage zeigt, dass Studierende bereits vor Beginn der Corona-Pandemie eine vulnerable Zielgruppe darstellten. Die Veränderungen der Studienbedingungen durch die Corona-Pandemie verschärften die Vulnerabilität der Studierenden zusätzlich. Studierende sind eine vulnerable Gruppe, da der Studienbeginn verknüpft mit dem Verlassen des Elternhauses und des vertrauten Freundeskreises einhergeht. Die Entwicklung neuer Lebensgewohnheiten und die Orientierung in der anfangs unbekanntem Lebenswelt Hochschule ist sehr komplex und vielfältig. Darüber hinaus sind Studierende unter Umständen durch ihr Studium, ihre Nebentätigkeiten, chronische Erkrankungen sowie eigenen Kindern oder zu pflegenden Angehörigen mehrfach belastet (Techniker Krankenkasse [TK] & Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. [LVG & AFS e.V.], 2018, S.4f.). Die Kontaktbeschränkungen, der Wegfall von Nebentätigkeiten einhergehend mit finanziellen Engpässen und Krisen bezüglich der Studien- und Wohnraumfinanzierung, die Isolation von Mitkommiliton*innen und die resultierende Einsamkeit sowie das hohe Maß an geforderter Selbstorganisation für das Studium sind zusätzliche Herausforderungen und Stressoren gewesen, die durch die Corona-Pandemie verursachten Restriktionen den Studierenden aufgebürdet wurden. Die Auswirkungen zeigen sich insbesondere in der mentalen Gesundheit der Studierenden: Seit Beginn der Corona-Pandemie haben (die) Symptome von Stress, Depressionen und Angst zugenommen (Zimmer et al., 2021, S.1). Der Deutsche Ethikrat gestand im November 2022 mit seiner Ad-hoc-Empfehlung „Pandemie und psychische Gesundheit“ das Versäumnis ein, dass „die psychischen Belastungen im Kontext der COVID-19-Pandemie insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene [...] in der Öffentlichkeit oft übersehen worden [sind]“ und erkannte die große Belastungslage der vergangenen zwei Jahre rückwirkend an. Darüber hinaus wurde ebenfalls in ausdrückliche Weise das Zugeständnis formuliert, dass die Gesellschaft den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen „viele schuldig geblieben“ sei - einschließlich dem Eingeständnis den Belangen und Belastungen nicht ausreichend Beachtung geschenkt zu haben (Deutscher Ethikrat, 2022, S.2). Für alle drei angesprochenen Gruppen waren es insbesondere die Übergangsphasen, z.B. von der weiterführenden Schule in die Ausbildung oder ins Studium, in denen die Pandemie Verunsicherungen und mentale Notlagen

überdurchschnittlich anwachsen ließ. Der Ethikrat warnt vor den Folgen der erlebten einseitigen intergenerationalen Solidarität und dem entstandenen Ungleichgewicht in der Generationengerechtigkeit. Da die gesellschaftliche Wertschätzung für das von den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen geleistete fehlt, ist der Eindruck entstanden, dass deren Interessen keine Anerkennung finden (Deutscher Ethikrat, 2022, S.4).

Die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Studierenden an deutschen Hochschulen war Anlass für die Durchführung der Gesundheitsberichterstattung im Dezember 2022 an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg). Der vorliegende Bericht beschreibt u.a. die deskriptiv ausgewerteten Ergebnisse zum subjektiv eingeschätzten körperlichen und psychischen Gesundheitszustand, zum subjektiven sozialen Status, zur Gesundheitskompetenz und zur Selbstwirksamkeit der Studierenden an der HAW Hamburg.

Literatur

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (Hrsg.). (2020). *Zehn Gütekriterien für AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2020). Zehn Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule 2020*. Zugriff am 02.03.2023 unter www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/Arbeitskreis-Gesundheitsfoerdernde-Hochschule/AGH-10-Guetekriterien.pdf.
- Bardehle, D. & Annuß, R. (2016). Gesundheitsberichterstattung. In O. Razum & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. Auflage // 6., durchgesehene Auflage, S. 403–440). Weinheim: Beltz Juventa. Zugriff am 17.04.2023.
- Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. *PrävG, 2015 Teil I* (31). Zugriff am 17.04.2023. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//%255B@attr_id=%27bgbl115s1368.pdf%27%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1681723702535
- Deutscher Ethikrat. (2022). *Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen*. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin. Zugriff am 17.04.2023. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-pandemie-und-psychische-gesundheit.pdf>
- GKV-Spitzenverband. (2023). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023*. Berlin. Zugriff am 17.04.2023. Verfügbar unter: <https://www.gkv->

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevension_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevension_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf

- Göring, A. (2018). *Healthy Campus. Jahresbericht 2017/2018*. Göttingen: Georg-August-Universität Göttingen. Zugriff am 17.04.2023.
- Grütmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse*. Berlin. Zugriff am 17.04.2023. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/re-source/blob/2050660/8bd39eab37ee133a2ec47e55e544abe7/gesundheit-studierender-in-deutschland-2017-studienband-data.pdf>
- Schluck, S. & Sonntag, U. (2018). Gesundheitsfördernde Hochschulen. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Auflage, S. 535–548). Bern: Hogrefe. Zugriff am 17.04.2023.
- Techniker Krankenkasse & Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.). (2018). Gesundheitsmanagement für Studierende [Themenheft]. *Deutsche Universitätszeitung (duz)*. Berlin: DUZ Verlags- und Medienhaus GmbH.
- Zimmer, L. M., Lörz, M. & Marczuk, A. (2021). *Studieren unter Corona-Bedingungen: Vulnerable Studierendengruppen im Fokus. Zum Stressempfinden vulnerabler Studierendengruppen*. Hannover: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH (DZHW). Zugriff am 17.04.2023. Verfügbar unter: https://www.dzhw.eu/pdf/pub_brief/dzhw_brief_02_2021.pdf
https://doi.org/10.34878/2021.02.DZHW_BRIEF

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte vom 05. bis 23. Dezember 2022 mittels einer Onlinebefragung über die Software SoSci Survey (Leiner, 2019). Eingeschlossen in die Befragung wurden alle im Wintersemester 2022/2023 eingeschriebenen Studierenden der HAW Hamburg, was sowohl Bachelor- als auch Masterstudierende umfasste. Da die Befragung nur in deutscher Sprache erfolgte, war die Teilnahme nur für deutschsprachige Studierende möglich. Der Link zur Onlinebefragung wurde über die Mailverteiler und über Instagram an die Studierenden verbreitet. Auch das Scannen eines QR-Codes, der zur Befragung führte, war möglich, indem Poster an den Fakultäten aufgehängt und Flyer und Sticker an die Studierenden verteilt wurden. Zusätzlich wurde in verschiedenen Lehrveranstaltungen aktiv für die Teilnahme an der Befragung geworben.

Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist die Datenerhebung zum Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz Studierender an der HAW Hamburg, um aus den Daten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung abzuleiten. Dafür wurden verschiedene Konstrukte gemessen, die mittels standardisierter Messinstrumente erhoben wurden, um valide Daten mit hoher wissenschaftlicher Qualität zu erhalten (Döring & Bortz, 2016). Die Zusammensetzung des Fragebogens und die dafür verwendeten Messinstrumente werden im Folgenden genauer erläutert.

2.2 Aufbau des Fragebogens

Der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung eingesetzte Fragebogen wurde vom Forschungsprojekt CamPuls erstellt. Die teilnehmenden Studierenden wurden bezüglich der Inhalte und Dauer der Umfrage, des Datenschutzes, der Aufbewahrungsfrist für anonyme Daten sowie über die für die Datenverarbeitung verantwortliche Person im Rahmen einer Einverständniserklärung vor Beginn der Befragung aufgeklärt. Der Fragebogen und das gewählte Vorgehen wurden durch die Ethikkommission der HAW Hamburg als ethisch unbedenklich eingestuft. Der Fragebogen setzt sich aus verschiedenen inhaltlichen Oberthemen zusammen:

1. Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes,
2. Anforderungen und Belastungsfolgen,
3. Angst und Depressivität,
4. Gesundheitskompetenz,
5. Selbstwirksamkeitserwartung,
6. Studentisches Kohärenzgefühl,
7. Subjektiver Sozialer Status,
8. Soziodemografie.

Insgesamt besteht der Fragebogen aus 92 Items und das vollständige Ausfüllen dauert circa 15 bis 20 Minuten. Zur Messung der Konstrukte eins bis sieben wurden verschiedene standardisierte Instrumente eingesetzt, die im Folgenden erläutert werden. Anschließend wird die Erhebung der soziodemografischen Angaben beschrieben.

2.2.1 Verwendete Messinstrumente

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (SF-12)

Der SF-12 zählt zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Screeninginstrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird häufig synonym zur subjektiven Gesundheit verwendet (Radoschewski, 2000). Er basiert auf dem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, welcher körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte umfasst (Bullinger & Quitmann, 2014). Als Kurzform misst der SF-12 mit nur 12 Items acht Dimensionen: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Die zwölf Items werden den Dimensionen zugeordnet und durch Gewichtungen lassen sich zwei Skalen bilden: die körperliche Summenskala (KSK) und die psychische Summenskala (PSK) (Morfeld et al., 2011). Abbildung 1 verdeutlicht die Struktur des SF-12 und die Zuordnung der Items zu den verschiedenen Dimensionen.

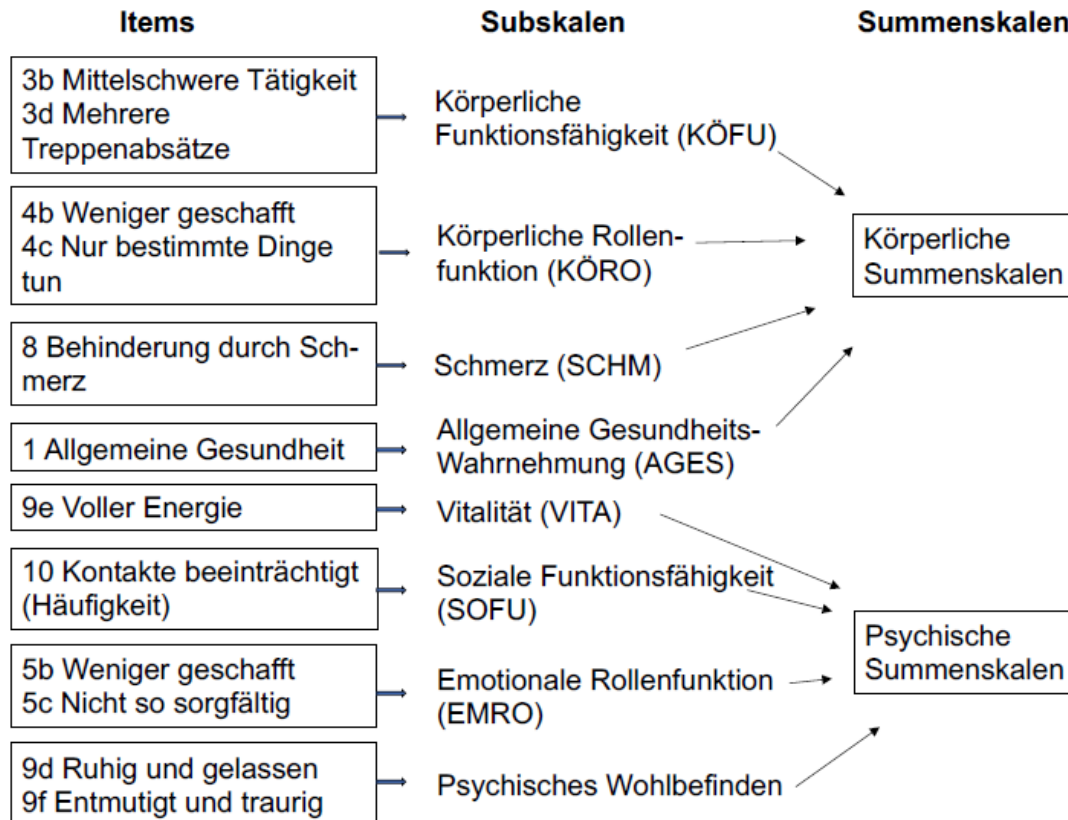


Abbildung 1: Struktur des SF-12 (Morfeld et al., 2011), eigene Darstellung

Anforderungen und Belastungsfolgen (COPSOQ)

Die Anforderungen und Belastungsfolgen im Studium wurden mit der dritten Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaires (COPSOQ III) gemessen (Burr et al., 2019). Der COPSOQ ist ein international eingesetzter Fragebogen zur Messung der psychischen Belastungen bei der Arbeit und entstand auf der Grundlage des Belastungs-Beanspruchungs-Modells. Er dient hauptsächlich als Screening-Instrument im betrieblichen Setting (Kristensen et al., 2005). Der COPSOQ misst mit insgesamt 84 Items aus den Bereichen Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen und Führungen, Auswirkungen und weitere Faktoren die psychischen Belastungen auf der Arbeit. Jeder Bereich besteht aus verschiedenen Unterthemen, denen die Items zugeordnet werden (Nübling et al., 2010).

Um für die Gesundheitsberichterstattung relevante Aspekte zu berücksichtigen, wurden für den Fragebogen der Gesundheitsberichterstattung einzelne Skalen des COPSOQs aus den Bereichen „Anforderungen“ und „Auswirkungen“ ausgesucht, die zu der Zielgruppe Studierende passen und Belastungen im Studium abdecken. Es wurden folgende Skalen abgedeckt:

Anforderungen

- Quantitative Anforderungen (5 Items)
- Emotionale Anforderungen (2 Items)
- Emotionen verbergen (2 Items)

Auswirkungen

- Gedanken an Berufs-/Stellungswechsel (2 Items)
- Arbeitszufriedenheit (7 Items)
- Burn-Out Symptome (3 Items)
- Präsentismus (1 Item)
- Unfähigkeit abzuschalten (1 Item)

Insgesamt wurden demnach 23 Items abgefragt, die auf einer Antwortabstufung von eins bis fünf beantwortet werden konnten. Die Antwort eins entsprach der meisten Zustimmung und fünf der wenigsten. Für die gewählten Skalen wird in Studien gute bis sehr gute Reliabilität berichtet (Cronbach's Alpha $\alpha=0,74$ bis $\alpha=0,86$) (Lincke et al., 2021).

Die Items wurden vom Forschungsprojekt CamPuls für die Zielgruppe Studierende und das Setting Hochschule in der Formulierung angepasst.

Angst und Depressivität (PHQ-4)

Um eine Einschätzung hinsichtlich Angst und Depressivität zu bekommen, wurde der PHQ-4 (orig. *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety*) verwendet. Der PHQ-4 besteht aus vier Items, die sich auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen beziehen, und ist ein international verwendetes, valides Screeninginstrument für Angst und Depressivität (Löwe et al., 2010).

Die ersten beiden Items entsprechen dem PHQ-2, welcher nach depressiven Symptomen screenet („Wenig Interesse oder Freude an deinen Tätigkeiten“/„Niedergeschlagenheit,

Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“). Die anderen beiden Items entstammen dem GAD-2, welcher nach Ängstlichkeit fragt („Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“/„Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren“). Alle Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „überhaupt nicht“ (0) bis „beinahe jeden Tag“ (3) beantwortet werden. Für die Auswertung wird ein Gesamtscore gebildet, der Werte von null bis zwölf annehmen kann und sich in folgende Kategorien einteilen lässt (Kroenke et al., 2009):

- 0 - 2: keine psychische Belastung,
- 3 - 5: geringe psychische Belastung,
- 6 - 8: moderate psychische Belastung,
- 9 - 12: starke psychische Belastung.

Für die beiden Subskalen Depression und Angst werden ebenfalls Summenscores gebildet, wobei ein Wert von mindestens 3 einem positiven Screeningergebnis entspricht. Dies deutet darauf hin, dass eine weitergehende Exploration erforderlich ist (Kroenke et al., 2009).

Gesundheitskompetenz (Fragebogen nach Lenartz)

Für die Messung der Gesundheitskompetenz der Studierenden wurde der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz nach Lenartz in der Finalversion von 2011 verwendet (Lenartz, 2012). Der Fragebogen besteht aus 29 Items, welche die folgenden sechs Dimensionen der Gesundheitskompetenz abdecken:

- Selbstregulation,
- Selbstkontrolle,
- Selbstwahrnehmung,
- Verantwortungsübernahme,
- Kommunikation und Kooperation,
- Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Alle Items können auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden mit den Antwortmöglichkeiten „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft genau zu“ (4). Daraus lassen sich für jede der sechs Skalen Scores berechnen, welche die Mittelwerte der jeweiligen enthaltenen Items darstellt. Ein höherer Mittelwert wird mit einer positiveren Ausprägung der

jeweiligen Dimension assoziiert (Lenartz, 2011). Für alle Skalen wird eine hohe Reliabilität berichtet mit Werten zwischen Cronbach's $\alpha = 0,70$ und $\alpha = 0,89$ (Lenartz, 2012).

Studentisches Kohärenzgefühl (S-SoC)

Ein zentrales Konzept der Salutogenese, welche den Fokus auf gesundheitserhaltende Faktoren und Ressourcen legt, ist das Kohärenzgefühl (SoC). Es besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit und zeigt positive Zusammenhänge zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden (Eriksson & Lindström, 2005). Auch wenn das Kohärenzgefühl ursprünglich als Lebensorientierung konzipiert wurde, wird es inzwischen auch settingspezifisch angewendet. So wurde für das Setting Hochschule die U-SoC-Skala (universitäres Kohärenzgefühl) für Mitarbeitende mit einer hinreichenden internen Konsistenz von $\alpha=0,81$ entwickelt (Gräser, 2003). In Anlehnung an die U-SoC-Skala wurde dann von Brunner et al. (2009) die S-SoC-Skala für das studentische Kohärenzgefühl entwickelt. Die Itemformulierungen wurden für die Zielgruppe Studierende angepasst. Der S-SoC besteht aus insgesamt 13 Items, die die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bewältigbarkeit messen. Alle Items lassen sich auf einer 7-stufigen Skala von eins („trifft überhaupt nicht zu“) bis sieben („trifft genau zu“) beantworten. Für den S-SoC wird eine Reliabilität von $\alpha=0,73$ berichtet (Brunner et al., 2009). Die 13 Items des S-SoC wurden in den Fragebogen der Gesundheitsberichterstattung übernommen und die Studierendensicht bezogen auf die Departmentebene abgefragt.

Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev)

Um die Selbstwirksamkeitserwartung der befragten Studierenden zu messen, wurde die BSW-5-Rev Skala verwendet (Knispel et al., 2021). Diese misst mit fünf Items die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten und ist in zwei Versionen für die Zielgruppe Studierende sowie für die Zielgruppe Erwerbstätige verfügbar. Folgende fünf Items wurden gefragt:

- Ich weiß genau, dass ich die an mein Studium gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will.
- Ich weiß, dass ich die für mein Studium erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe.

- Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit meinem Studium verbundenen Anforderungen habe.
- Schwierigkeiten im Studium sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.
- Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine studiumsbezogenen Absichten und Ziele zu verwirklichen.

Die fünf Items können auf einer vierstufigen Skala von eins („stimmt gar nicht“) bis vier („stimmt genau“) beantwortet werden. Aus den Antworten wird ein ungewichteter Mittelwert gebildet, der die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten widerspiegelt: je höher der Mittelwert, desto höher die selbst eingeschätzte berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (Knispel et al., 2021). Eine hohe Selbstwirksamkeit steht nachweislich in einem positiven Zusammenhang mit der wahrgenommenen Gesundheit (Kirsch et al., 2017, 181–188; Lutz-Kopp et al., 2018, 256–263).

Für die BSW-5-Rev Skala wird eine interne Konsistenz von $\alpha=0,73$ berichtet (Knispel et al., 2021).

Subjektiver Sozialer Status (MacArthur Skala)

Als Messinstrument zur Erfassung des subjektiven sozialen Status (SSS) wurde die deutsche Version der MacArthur Skala verwendet (Euteneuer et al., 2015). Diese besteht aus einem Item, welches eine Leiter mit zehn Sprossen darstellt und die Befragten auffordert, sich auf der Leiter einzuordnen. Dabei stehen ganz oben auf der Leiter (Sprosse zehn) die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs, während ganz unten (Sprosse eins) die Menschen mit dem wenigstens Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs stehen. Der selbst wahrgenommene soziale Status im Vergleich zu den anderen Menschen in Deutschland wird dadurch abgebildet. Die Erfassung des SSS ist für die Gesundheitsberichterstattung wichtig, da sich die Chance für einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand mit steigendem SSS erhöht. Die MacArthur Skala wurde hierfür gewählt, da diese ein valides Instrument zur Messung des SSS bei Erwachsenen ist und international als Standard zur Messung des SSS gesehen wird (Hoebel et al., 2015).

2.2.2 Soziodemografie

Es wurden im Fragebogen bewusst wenige soziodemografischen Daten abgefragt, um Rückschlüsse auf einzelne Personen auszuschließen. Außerdem waren einige typische soziodemografischen Angaben, wie beispielsweise das Alter, nicht nötig, da keine altersspezifischen Auswertungen oder Ableitungen von Maßnahmen geplant werden. Die soziodemografischen Angaben bestehen aus vier Items: biologisches Geschlecht, Geschlechtsidentität, Studienabschnitt und Departmentzugehörigkeit. Es wurden demnach nur soziodemographische Daten erfasst, die für die bedarfsbegründete Maßnahmenplanung nötig sind. Eine umfassende Erhebung von Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Studierenden in Deutschland bietet die Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (DSW) und dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) (Middendorf et al., 2017).

Erhebung des Geschlechts

Um das Geschlecht zu erfassen, wurde eine differenzierte Erhebung mit zwei Fragen gewählt. Erst wurden die Befragten nach ihrem biologischen Geschlecht gefragt, was sie mit den Antwortmöglichkeiten „männlich (bei Geburt männlich zugewiesen)“, „weiblich (bei Geburt weiblich zugewiesen)“, „intergeschlechtlich“ und „keine Angabe erwünscht“ beantworten konnten. Als zweites wurden die Befragten nach ihrer Geschlechtsidentität gefragt, welche sie mit den Antwortmöglichkeiten „männlich“, „weiblich“, „nicht-binär“ und „keine Angabe gewünscht“ beantworten konnten. Diese Erhebung wurde gewählt, da eine dichotome Erfassung des Geschlechts mit den Ausprägungen „männlich“ und „weiblich“ aus Sicht der Gender- und Queer-Theorie unzureichend ist. Das Geschlecht hat mehrere Dimensionen, wie beispielsweise biologisches oder körperliches Geschlecht und soziales Geschlecht/Geschlechtsidentität, die einzeln zu erfassen sind. Außerdem weist jede Dimension mehr als zwei Ausprägungen auf (Döring, 2013). Wie viele Ausprägungen dies im Einzelnen sind, wie sie definiert werden und wie sie in Fragebögen operationalisiert werden, wird in der Literatur kontrovers diskutiert, sodass es verschiedene Ansätze in der Forschung gibt. Wichtig ist aber, die Geschlechterdiversität in der Forschung voranzutreiben, um zum einen den Gruppen, die sich keinem binären Geschlecht zuordnen, zur Sichtbarkeit zu verhelfen und Bewusstsein für Geschlechtervielfalt zu schaffen, und zum

anderen, um Daten zum Gesundheitszustand dieser Gruppen zu generieren (Muschalik et al., 2021). Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation intergeschlechtlicher Menschen ist aktuell unzureichend. Es liegen kaum Daten und Studien vor, da immer noch vorwiegend eine heteronormative Ausrichtung in der Gesellschaft vorherrscht, sodass intergeschlechtliche Personen häufig nicht berücksichtigt werden (Pöge et al., 2020). In größeren Erhebungen wird aber zunehmend die geschlechtliche Vielfalt berücksichtigt, wie beispielsweise das Projekt „AdvanceGender“ vom Robert Koch-Institut, das darauf abzielt, eine geschlechtersensible und intersektional ausgerichtete Gesundheitsberichterstattung voranzutreiben (Pöge et al., 2019).

Hinter diesem Hintergrund wurde die differenzierte Erhebung des Geschlechts für die Gesundheitsberichterstattung der HAW Hamburg gewählt. Dies ist auch wichtig für die Auswertung der Daten, da das Geschlecht nicht nur als soziodemografische Information oder Filtervariable dient, sondern auch gesundheitliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Geschlechtern erfasst werden können. Zusätzlich stellen Studierende eine Zielgruppe dar, die hinsichtlich des Geschlechts sensibilisiert und heterogen zusammengesetzt sind, sodass es für die Forschenden wichtig war, alle Personen angemessen anzusprechen. Ein positives Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden kann somit gefördert werden (Döring, 2013).

Restliche soziodemografische Angaben

Neben dem Geschlecht wurden der Studienabschnitt und die Departmentzugehörigkeit erfragt. Der Studienabschnitt wurde sowohl für die Bachelor- als auch Masterstudierenden erfasst. Die Antwortmöglichkeiten teilten sich auf in „Studienanfang (Bachelor: 1.–4. Semester/Master: 1.–2. Semester)“, „Studienende (Bachelor: 5.–8. Semester/Master: 3.–4. Semester)“ und „mehr als 8 Semester (Bachelor)/mehr als 4 Semester (Master)“. Die Departmentzugehörigkeit konnte in einem Drop-Down-Menü ausgewählt werden.

Zusätzlich wurde den Fakultäten vor Beginn der Datenerhebung die Möglichkeit geboten, eine fakultätsspezifische Frage einzureichen. Dies wurde von der Fakultät Technik & Information (TI) in Anspruch genommen und die Frage „Hast du in der Mittagspause

ausreichend Zeit, um dich mit Nahrung zu versorgen und erholt in den Nachmittag zu gehen?“ wurde für TI-Studierende in den Fragebogen aufgenommen.

Literatur

- Brunner, E., Maier, M., Gritsch, A., & Jenull, B. (2009). Die Universität – ein kohärentes Setting? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(1), 66–70.
<https://doi.org/10.1007/s11553-008-0149-6>
- Bullinger, M., & Quitmann, J. (2014). Quality of life as patient-reported outcomes: Principles of assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 137–145.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H.-J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P., & Pohrt, A. (2019). The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482–503.
<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>
- Döring, N. (2013). Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. *GEN-DER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 5(2), 94–113.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Euteneuer, F., Süßenbach, P., Schäfer, S. J., & Rief, W. (2015). Subjektiver sozialer Status. MacArthur-Skalen zur Erfassung des wahrgenommenen sozialen Status im sozialen Umfeld (SSS-U) und in Deutschland (SSS-D). *Verhaltenstherapie*, 25(3), 229–232.
<https://doi.org/10.1159/000371558>
- Gräser, S. (2003). Hochschule und Gesundheit: Salutogenese am Arbeitsplatz Universität. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hoebel, J., Müters, S., Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). *Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale*. <https://doi.org/10.25646/2028>
- Kirsch, A.-S., Laemmert, P., Tittlbach, S. (2017). Gesundheitliche Anforderungen und Ressourcen von Studierenden. *Präv Gesundheitsf* 12:181–188
- Knispel, J., Wittneben, L., Slavchova, V., & Arling, V. (2021). Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/ZIS303>
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.sosicurvey.de>
- Lenartz, N. (2011). Fragebogen zur Gesundheitskompetenz. Bonn: Universität Bonn.
- Lenartz, N. (2012). Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. In: Bonn University Press. Bonn: V&R unipress GmbH
- Lincke, H.-J., Vomstein, M., Lindner, A., Nolle, I., Häberle, N., Haug, A., & Nübling, M. (2021). COPSOQ III in Germany: Validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00331-1>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Lutz-Kopp C, Meinhardt-Injac B, Luka-Krausgrill U (2018) Psychische Belastungen Studierender. *Präv Gesundheitsf* 14:256–263
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S. & Poskowsky, J. (2017). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. Zusammenfassung zur 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey (2. Aufl.). Hogrefe-Verlag.
- Muschalik, C., Otten, M., Breuer, J., & von Räden, U. (2021). Erfassung und Operationalisierung des Merkmals „Geschlecht“ in repräsentativen Bevölkerungstichproben: Herausforderungen und Implikationen am Beispiel der GeSiD-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(11), 1364–1371. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03440-8>
- Nübling, M., Stöbel, U., & Michaelis, M. (2010). Messung von Führungsqualität und Belastungen am Arbeitsplatz: Die deutsche Standardversion des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). *Fehlzeiten-Report 2009*. https://doi.org/10.1007/978-3-642-01078-1_25
- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). *Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen*. <https://doi.org/10.25646/6448>
- Pöge, K., Rommel, A., Mena, E., Holmberg, C., Saß, A.-C., & Bolte, G. (2019). AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(1), 102–107. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2855-3>
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43(3), 165–189. <https://doi.org/10.1007/s001030050033>

3 Stichprobenbeschreibung

Teilnahme

Insgesamt konnten 2.575 Studierende der HAW Hamburg erreicht werden. Bezogen auf die aktuelle Gesamtanzahl eingeschriebener Studierender an der HAW Hamburg (14.119 Studierende, Stand: Juni 2022¹) entspricht dies einem Rücklauf von 18,24 %. Von den 2.575 erreichten Studierenden, die die Befragung begonnen haben, haben 1.698 Teilnehmende die Befragung abgeschlossen. Dies entspricht einem Rücklauf von 11,96 %, bezogen auf die Gesamtzahl eingeschriebener Studierende.

Der Rücklauf in Prozent ist für die Fakultät Wirtschaft und Soziales (12,39 %) am höchsten. Am niedrigsten ist der Rücklauf für die Fakultät Technik und Informatik (6,44 %)

Tabelle 1: Rücklaufzahlen für die HAW Hamburg und die Fakultäten

	Anzahl (n)	Rücklauf in %
HAW gesamt		
Gültige Datensätze	2.575	18,24
Abgeschlossene Datensätze	1.698	11,96
Fakultäten		
Life Sciences	440	11,86
Technik und Informatik	368	6,44
Design, Medien und Information	338	10,92
Wirtschaft und Soziales	447	12,39

¹ In dieser Gesamtzahl wurden international Studierende, Gaststudierende, Beurlaubte und Promotionsstudierende nicht eingeschlossen.

Soziodemografie

Die meisten befragten Studierenden der HAW Hamburg gaben als ihr bei Geburt zugewiesenes Geschlecht an, bei ihrer Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen worden zu sein (63,71%, n = 1036). 26 Personen (1,60 %) haben keine Angabe erwünscht und zwei Personen (0,12 %) wurde bei Geburt ein intergeschlechtliches Geschlecht zugewiesen. Abbildung 2 stellt die Verteilung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts für die HAW Hamburg dar. Für die Frage nach der Geschlechtsidentität gaben ebenfalls die meisten der Befragten das weibliche Geschlecht an (60,70 %, n = 987). 38 Personen (2,34 %) ordneten sich der nicht-binären Geschlechtsidentität zu. Abbildung 3 stellt die Verteilung der Geschlechtsidentität an der HAW Hamburg dar.

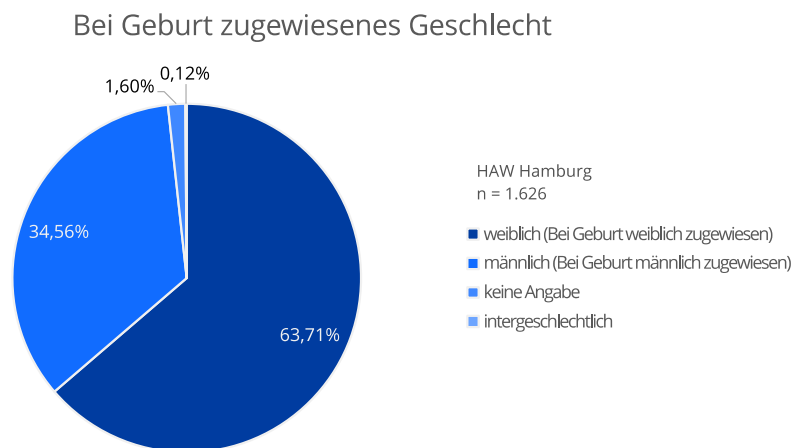


Abbildung 2: Verteilung des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts für die HAW Hamburg

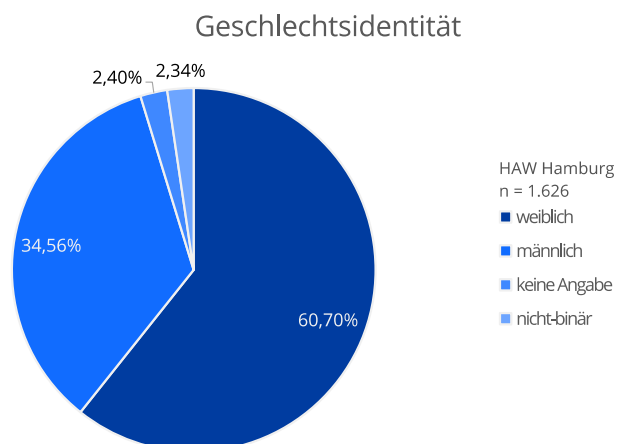


Abbildung 3: Verteilung der Geschlechtsidentität für die HAW Hamburg

Der Großteil der Befragten der HAW Hamburg studierte im Bachelor (87,31 %). Die meisten Befragten befanden sich im ersten bis vierten Semester des Bachelorstudiums (51,91 %, n = 843), während 158 Personen (9,73 %) angaben, mehr als acht Semester im Bachelor zu studieren. 6,53 % (n = 106) gaben an, im ersten bis zweiten Semester des Masters zu studieren. Der geringste Anteil der Befragten gab an, mehr als vier Semester im Master zu studieren (2,89 %, n = 47). Die Abbildung 4 stellt die Verteilung des Studienabschnitts an der HAW Hamburg dar.

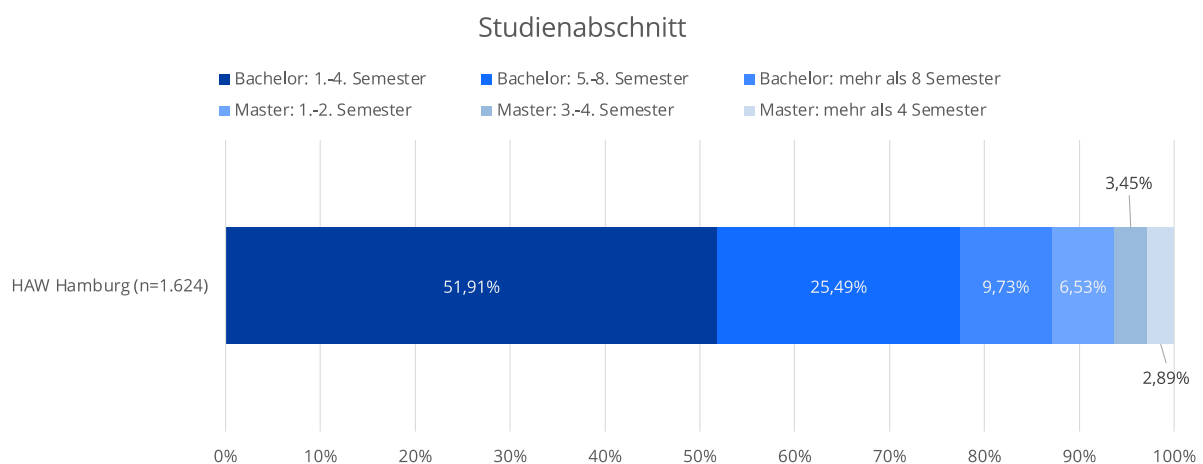


Abbildung 4: Verteilung des Studienabschnitts für die HAW Hamburg

4 Gesundheit

4.1 Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands

Einleitung

Die vergangenen Jahrzehnte zeigen einen grundlegenden Wandel der Morbiditätssituation der Bevölkerung in westlichen Industriestaaten. Durch die zunehmende Lebenserwartung und durch die Weiterentwicklung der Medizin gewinnt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator für Gesundheit innerhalb der Bevölkerung immer mehr an Bedeutung (Ellert & Kurth, 2013). Die Erfassung der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes umfasst die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden (Morfeld et al., 2003) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Erhart, 2020).

69,9 Prozent der Erwachsenen in Deutschland schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Junge Erwachsene erreichen einen Wert von 80 Prozent (Heidemann et al., 2021). Im Vergleich zur altersgleichen Stichprobe schätzen Studierende ihren allgemeinen Gesundheitszustand als etwas schlechter ein (Grützmaker et al., 2018).

Eine negative subjektive Gesundheitseinschätzung gilt als wichtiger Prädiktor für vorzeitige Sterblichkeit (Lorem et al., 2020) und steht zudem im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden und dem häufigeren Vorliegen von chronischen Krankheiten (Latham & Peek, 2013; Ul-Haq et al., 2014; Wu et al., 2013). Zu dem weist eine beeinträchtigte subjektive Gesundheitseinschätzung auf ein ungünstiges Gesundheitsverhalten hin (Kohlmann, Eschenbeck, 2017; Dietz et al., 2021).

Methodisches Vorgehen

Um die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands zu messen, wurde der Short-Form-Health Survey 12 (SF-12) verwendet. Mit dem SF-12 lassen sich Skalen bilden: die körperliche Summenskala (KSK) und die psychische Summenskala (PSK) (Morfeld et al., 2011). Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Die Auswertung der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigt, dass die körperliche Summenskala (KSK) für die Studierenden der HAW Hamburg ($M = 49,65$, $SD = 8,63$) als durchschnittlich klassifiziert wird. Eine unterdurchschnittliche Klassifikation liegt für die psychische Summenskala (PSK) für die Studierenden der gesamten HAW Hamburg ($M = 33,76$, $SD = 10,98$) vor. Abbildung 5 stellt die Verteilung der Ergebnisse der HAW Hamburg und der vier Fakultäten dar.

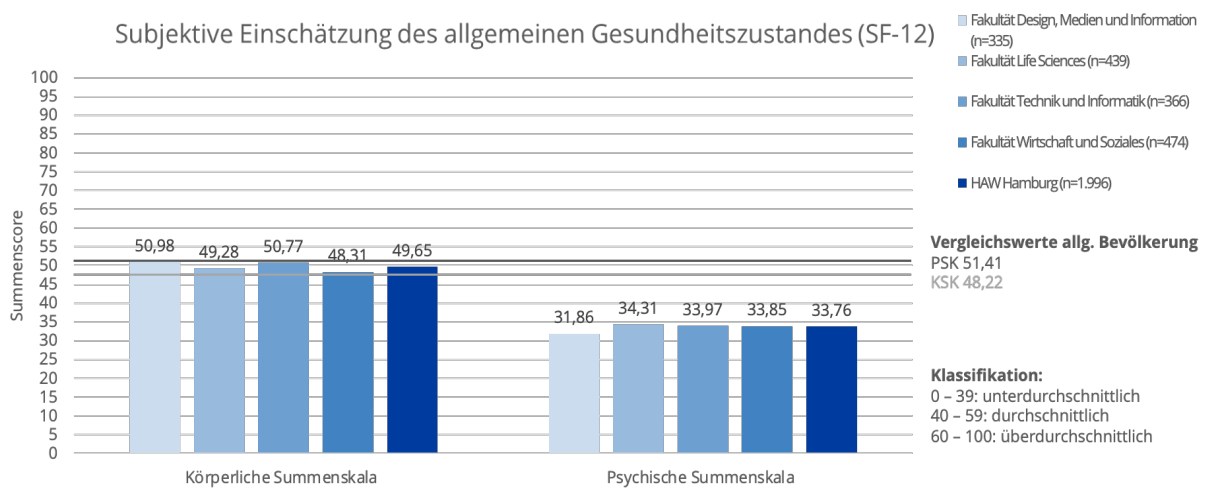


Abbildung 5: Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Einordnung der Ergebnisse

Im Vergleich zur bundesweiten Normstichprobe der Gesamtbevölkerung liegt die körperliche Summenskala der Normstichprobe ($M = 48,22$) und der Studierenden der HAW Hamburg ($M = 49,65$) auf einem ähnlichen Niveau. Beide Werte werden als durchschnittlich klassifiziert. Die Werte der psychischen Summenskala unterscheiden sich deutlicher. Die Normstichprobe ($M = 51,41$) wird als durchschnittlich klassifiziert, wohingegen die subjektive psychische Gesundheitseinschätzung der Studierenden der HAW Hamburg ($M = 33,76$) als unterdurchschnittlich klassifiziert wird. Ergebnisse aus einer repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2011 unter Lehramtsstudierenden ($n = 882$) zeigt, dass die körperliche Summenskala ($M = 52,12$) auf einem ähnlichen Niveau liegt. Die Einschätzungen

unterscheiden sich beim psychischen Gesundheitszustand deutlicher: Die Lehramtsstudierenden erreichen einen Mittelwert von $M = 42,31$, welcher als durchschnittlich klassifiziert ist. Dieser Wert liegt jedoch bereits unter dem der Normstichprobe ($M = 51,41$). Noch deutlicher liegt der Wert der Studierenden der HAW Hamburg unter der Normstichprobe ($M = 33,76$) (Marchwacka, 2013).

Die Ergebnisse weisen, unter Einbezug der Bedeutung der subjektiven für die objektive Gesundheit, auf einen Handlungsbedarf für die psychische Gesundheit der Studierenden der HAW Hamburg hin. Darüber hinaus ist zu reflektieren, dass die Studierenden vor und im Befragungszeitraum verschiedenen Belastungen ausgesetzt waren, wie z.B. der Covid-19-Pandemie, dem Krieg in der Ukraine sowie der Inflation.

Literatur

- Ellert, U., & Kurth, B. M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 643–649. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1700-y>
- Erhart, M. (2020). Subjektive Gesundheit von Erwachsenen – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1–9). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_3-1
- Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S., & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29045.09449>
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R., & Hapke, U. (2021). *Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/8456>
- Latham, K., & Peek, C. W. (2013). Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Mid-life U.S. Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 107–116. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs104>
- Lorem, G., Cook, S., Leon, D. A., Emaus, N., & Schirmer, H. (2020). Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Scientific Reports*, 10(1), 4886. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61603-0>
- Marchwacka, M. A. (Hrsg.). (2013). *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00528-3>
- Morfeld, M., Dietsche, S., Bürger, W., & Koch, U. (2003). Der SF12—Das Problem der MissingData. *Diagnostica*, 49, 129–135. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.49.3.129>

- Ul-Haq, Z., Mackay, D. F., & Pell, J. P. (2014). Association between physical and mental health-related quality of life and adverse outcomes; a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. *BMC Public Health*, *14*(1), 1197. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1197>
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health*, *13*(1), 320. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>

4.2 Depressivität und Angst

Einleitung

Die beiden am häufigsten auftretenden mentalen Gesundheitsprobleme unter den Studierenden sind (generalisierte) Angststörungen und Depressionen. Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Studierender (2018) des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) in Kooperation mit der Freien Universität Berlin (FU Berlin) und der Techniker Krankenkasse (TK) zeigen, dass bereits vor Beginn der Corona-Pandemie jede*r fünfte Studierende demnach an einer generalisierten Angststörung litt und jede*r sechste Studierende Anzeichen eines depressiven Syndroms zeigte (Grützmacher et al., 2018, 7f.). Der Blick auf die Ergebnisse einer der ersten repräsentativen deutschlandweiten Analyse im April 2020, der SOEP-CoV Befragung, bestätigt, dass die durchschnittliche Depressions- und Angstsymptomatik während der Krise bei $M = 2,41$ ($SD = 2,13$) und damit deutlich höher liegt als im Vorjahr ($M = 1,93$; $SD = 2,33$) (Entringer et al., 2020, S. 14). Die Ergebnisse der zweiten Befragung Anfang 2021, zum Zeitpunkt des zweiten Lockdowns, zeigt eine leichte Steigerung gegenüber dem ersten Lockdown mit $M = 2,18$ ($SD = 2,18$). Entringer und Kröger (2021) stellten fest, dass insbesondere Frauen, jüngere Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund im zweiten Lockdown mit einer gesteigerten Depressions- und Angstsymptomatik auf die Pandemie reagierten (Entringer & Kröger, 2021, S.13f.). Ebenfalls auf Bundesebene wies die qualitative Online-Befragung „Stu.di.Co. – Studieren digital in Zeiten von Corona“ der Universität Hildesheim ebenfalls eine stärkere seelische als körperliche Belastung der Student*innen durch die Pandemie nach. Verknüpft war dieses Empfinden mit den finanziellen Unsicherheiten aufgrund der Corona-Pandemie sowie Sorgen, um die gesamtgesellschaftliche Situation und dem Gefühl, unter Druck gesetzt zu werden. Jede*r fünfte Studierende zweifelte daran, das Studium unter den gegebenen Bedingungen bewältigen zu können (Traus et al., 2020, S.22f.). Die Ergebnisse der Langzeitstudie von (Dogan-Sander et al., 2021) zu psychosozialen Belastungen unter Pandemiebedingungen bei Studierenden zeigen signifikant auf, dass über den Pandemieverlauf hinweg Symptome von Depressionen einschließlich Suizidgedanken sowie der Suchtmittelkonsum von Alkohol und Drogen zunahm bzw. zum Tragen kamen. Die Studie wies nach, dass Einsamkeit, der Wegfall sozialer Kontakte und der

wahrgenommene soziale Support die stärksten Einflussfaktoren auf die beschriebenen Symptomatiken sind (Dogan-Sander et al., 2021, S.6f.).

Methodisches Vorgehen

Um Symptome einer depressiven Störung und Angststörung zu erheben, wurde der PHQ-4 (orig. *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety*) eingesetzt. Der PHQ-4 ist ein Screeninginstrument, das aus vier Items besteht und mit jeweils zwei Items Symptome einer depressiven Störung und Angststörung misst. Es lässt sich ein Gesamtscore bilden, der die psychische Belastung in keine, geringe, moderate und starke Belastung einstuft. Aus den beiden Subskalen lässt sich ein auffälliges oder unauffälliges Screeningergebnis für eine depressive Störung und Angststörung durch einen Cut-Off Wert einschätzen (Löwe et al., 2010). Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Insgesamt zeigen 47,88 % der befragten Studierenden der HAW Hamburg ein auffälliges Screeningergebnis bezüglich einer depressiven Störung (Abbildung 6). Ein noch höheres, auffälliges Screeningergebnis mit 53,58 % zeigt sich bei den Studierenden der HAW Hamburg für eine generalisierte Angststörung (Abbildung 7).

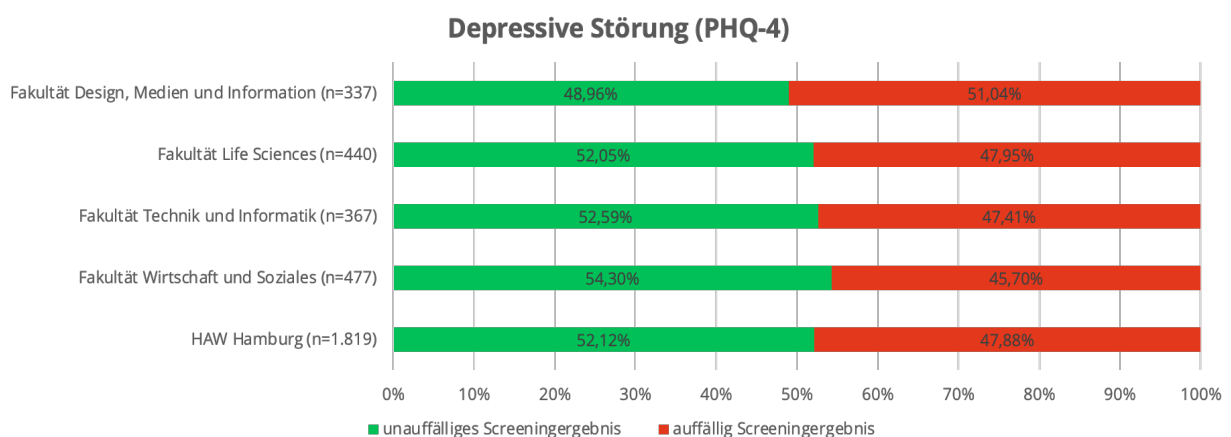


Abbildung 6: Verteilung des Screeningergebnisses für eine depressive Störung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

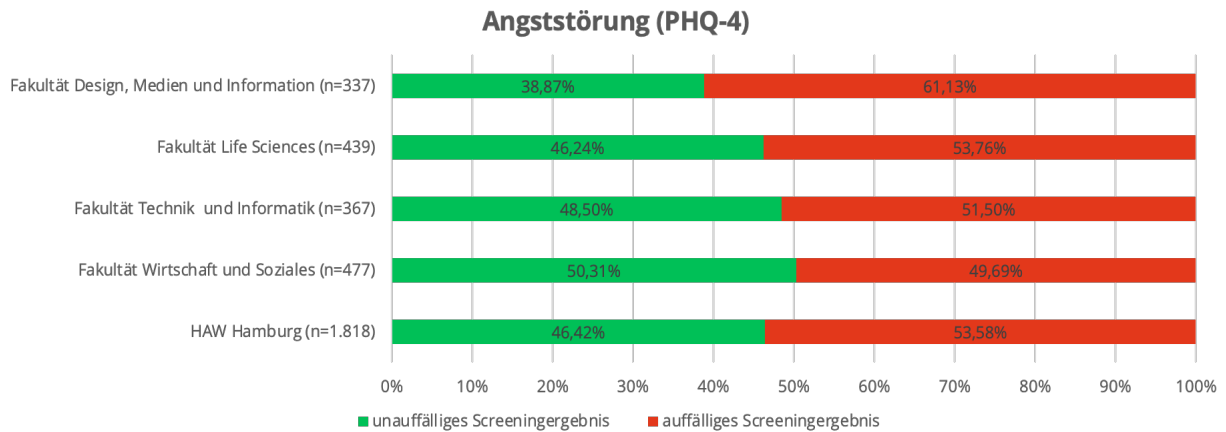


Abbildung 7: Verteilung des Screeningergebnisses für eine Angststörung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Die psychische Belastung für die Studierenden der HAW Hamburg, ermittelt durch den Gesamtscore, stellt sich in Abbildung 8 dar. Während über die Hälfte (52,99 %) der Studierenden der HAW Hamburg keine bis eine geringe Belastung wahrnehmen, sind 47 % der befragten Studierenden moderat bis stark psychisch belastet.

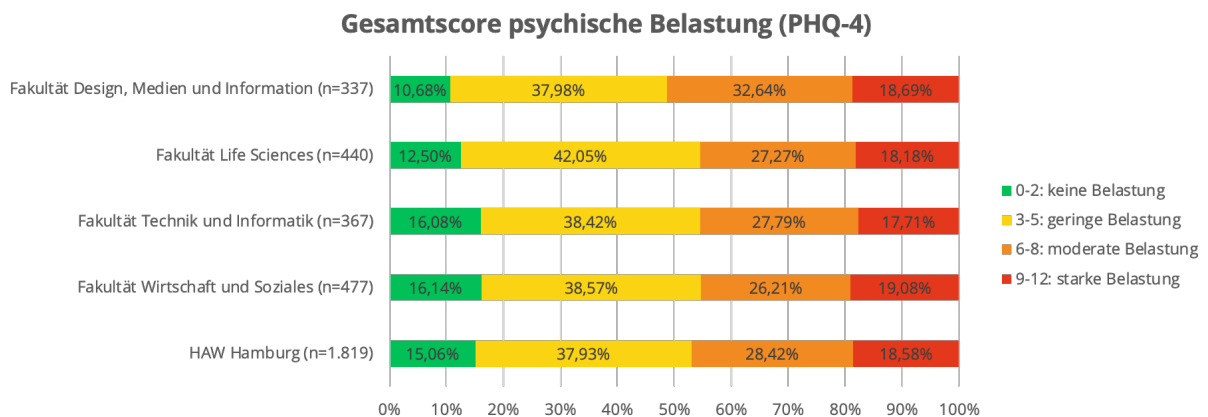


Abbildung 8: Verteilung des Gesamtscores für die psychische Belastung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass knapp jede*r zweite der befragten Studierenden der HAW Hamburg Symptome einer angstbezogenen bzw. depressiven Störung zeigt. Hinsichtlich einer psychischen Belastung geben ebenfalls knapp die Hälfte aller befragten Studierenden eine moderate bis starke Belastung an.

Der University Health Report der Technischen Universität Kaiserslautern (TUK) (2022) zeigt, dass fast jede*r vierte Studierende unter einer depressiven (24,4 Prozent) oder einer angstbezogenen Symptomatik (26,9 Prozent) leidet. Die Einordnung der Ergebnisse der TUK mit den Ergebnissen der bundesweiten Befragung Studierender in Deutschland 2017 zeigt einen signifikanten Anstieg von depressiven (24,4 Prozent vs. 16,1 Prozent) sowie angstbezogenen Symptomatiken (26,9 Prozent vs. 18,5 Prozent) (Blaszyk et al., 2022, S.66ff.). Eine Befragung unter österreichischen Studierenden ergab ähnlich hohe, positive Tendenzen zu Angststörungen (43%) und Depressionen (48%) wie unter den Studierenden der HAW Hamburg. Jede*r dritte Studierende wies hier eine Komorbidität von Angststörungen und Depressionen auf (Pickelmann, 2021).

Literatur

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P. et al. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Blaszyk, W., Lesener, T., Müller, J., Neben, D., Sprenger, M., Dastan, B. et al. (2022). *Wie gesund sind Studierende der Technischen Universität Kaiserslautern? Ergebnisbericht zur Befragung 06/21* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung 04/P21). Berlin: Freie Universität Berlin (FU Berlin). Verfügbar unter: https://www.campusplus.uni-kl.de/fileadmin/campusplus/images/Gesundheit/UHR/University_Health_Report_2021.pdf
- Dietz, P. (2021). Zehn Thesen zur Situation von Studierenden in Deutschland während der SARS-CoV-2-Pandemie. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 2021*(03), 149–153. <https://doi.org/10.17147/asu-2103-8402>
- Dogan-Sander, E., Kohls, E., Baldofski, S. & Rummel-Kluge, C. (2021). More Depressive Symptoms, Alcohol and Drug Consumption: Increase in Mental Health Symptoms Among University Students After One Year of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 790974. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790974>
- Entringer, T. M., Kroeger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J. et al. (2020). *Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil* (SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1087). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Zugriff am 26.01.2022. Verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf
- Entringer, T. M. & Kröger, H. (2021). *Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland* (SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1136). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Zugriff am 28.11.2022. Verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.819601.de/diw_sp1136.pdf

- Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse*. Zugriff am 07.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2050660/8bd39eab37ee133a2ec47e55e544abe7/gesundheit-studierenden-in-deutschland-2017-studienband-data.pdf>
- Middendorf, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S. et al. (2017). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung* (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 15.10.2021. Verfügbar unter: http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf
- Pickelmann, J. (2021). *Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf den psychischen Gesundheitszustand & die akademische Leistung von Studierenden in Österreich*. Management Center Innsbruck (MCI). Innsbruck. Zugriff am 19.04.2023. <https://research.mci.edu/de/cshi/blog/studierendebeitraege/1951-auswirkungen-der-covid-19-pandemie-auf-den-psychischen-gesundheitszustand-und-die-akademische-leistung-von-studierenden-in-oesterreich-2>
- Traus, A., Höffken, K., Thomas, S., Mangold, K. & Schröer, W. (2020). *Stu.di.Co. – Studieren digital in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie Stu.di.Co*. Hildesheim. Zugriff am 16.10.2021. <https://doi.org/10.18442/150>

5 Gesundheitskompetenz

Einleitung

Zur Gesundheitskompetenz finden sich unterschiedliche Definitionen und Konstrukte in den Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen des Forschungsprojektes CamPuls wurde die Definition aus Public-Health-Perspektive nach Lenartz gewählt. Gesundheitskompetenz wird demnach als die Gesamtheit der Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Individuums beschrieben, welche das Individuum im Alltag und im Umgang mit dem Gesundheitssystem so handeln lässt, dass es sich positiv auf die Gesundheit auswirkt (Lenartz, 2012). Die Gesundheitskompetenz nach Lenartz besteht aus sechs Dimensionen, welche das Potenzial haben, das individuelle Gesundheitsverhalten zu verbessern, was wiederum zu einer besseren psychischen und physischen Gesundheit führen kann (Lenartz, 2012). Gesundheitskompetenz gilt als Schlüsselkompetenz für ein positives Gesundheitsverhalten, daher ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz eine wichtige Aufgabe im Bildungsbereich (Schaeffer et al., 2018).

Erste Untersuchungen unter Studierenden zeigen, dass ein Großteil über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt (Reick & Hering, 2018; Schrickler et al., 2020). Personen mit geringer Gesundheitskompetenz verhalten sich weniger gesundheitsförderlich, weisen mehr Krankheitstage auf und nehmen das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch. Zudem gehören Personen im Alter von 18 bis 29 Jahren zur vulnerablen Gruppe bezogen auf die Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2021). Die Autoren*innen des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ empfehlen, Erziehungs- und Bildungssysteme als Förderer der Gesundheitskompetenz zu etablieren. Eine feste Verankerung von Gesundheitskompetenz in die Bildungs- und Lehrpläne sowie die Durchführung von Projektwochen zur Gesundheitskompetenz an Hochschulen wird darüber hinaus gefordert (Schaeffer et al., 2018; Schaeffer, Gille, Hurrelmann, 2020).

Methodisches Vorgehen

Die Gesundheitskompetenz der Studierenden wurde mit dem Fragebogen zur Gesundheitskompetenz nach Lenartz gemessen (Lenartz, 2012). Dieser misst mit 29 Items die sechs Dimensionen der Gesundheitskompetenz (Selbstregulation (SR), Selbstkontrolle

(SK), Selbstwahrnehmung (SW), Verantwortungsübernahme (VÜ), Kommunikation und Kooperation (KUK), Umgang mit Gesundheitsinformationen (UMGI). Für jede Dimension lassen sich Skalenmittelwerte berechnen, die von eins („trifft überhaupt nicht zu“) bis vier („trifft genau zu“) ausgeprägt sein können. Ein höherer Mittelwert spricht für eine höhere Ausprägung der Dimension. Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Die Mittelwerte der sechs Dimensionen der befragten Studierenden der HAW Hamburg sind in Abbildung 9 dargestellt. Folgende Mittelwerte liegen für die Studierenden der HAW Hamburg vor: Verantwortungsübernahme $M=2,76$ ($SD=0,58$), Selbstwahrnehmung $M=2,74$ ($SD=0,53$), Umgang mit Gesundheitsinformationen $M=3,03$ ($SD=0,56$), Selbstkontrolle $M=2,47$ ($SD=0,61$), Selbstregulation $M=2,23$ ($SD=0,57$), Kommunikation und Kooperation $M=2,49$ ($SD=0,65$).

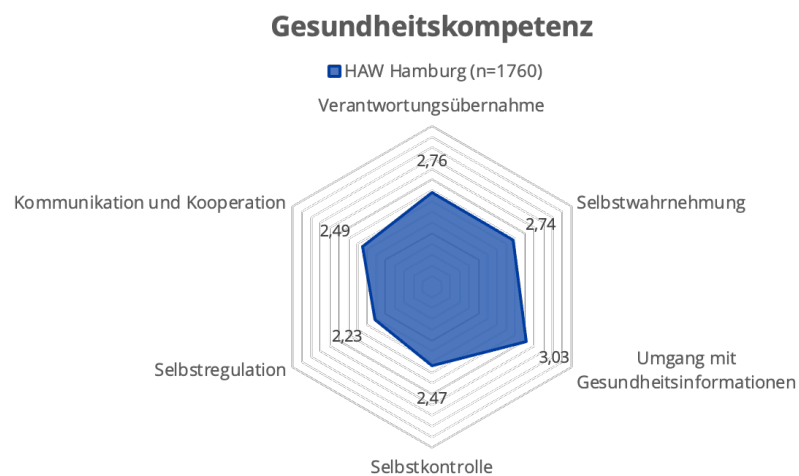


Abbildung 9: Verteilung der Dimensionen der Gesundheitskompetenz für die HAW Hamburg

Einordnung der Ergebnisse

Je niedriger der Wert, desto geringer die Ausprägung der Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012). Die Schlussfolgerung nach Lenartz gibt eindeutige Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse der Gesundheitskompetenz. Die Normstichprobe von Lenartz mit $n=337$ Erwachsenen weist in allen sechs Dimensionen höhere Werte auf. Dies zeigt, dass

unter den befragten Studierenden der HAW Hamburg eine geringere Gesundheitskompetenz im Vergleich zur Vergleichsstichprobe nach Lenartz vorliegt.

Im Vergleich mit einer studentischen Stichprobe (n=108) aus dem Jahr 2021 zeigt sich, dass die Studierenden der HAW Hamburg auch hier niedrigere Mittelwerte und somit eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Die befragten Studierenden erreichten folgenden Werte: Verantwortungsübernahme M=3,11, Selbstwahrnehmung M= 2,94, Umgang mit Gesundheitsinformationen M=3,21, Selbstkontrolle M=2,75, Selbstregulation M=2,47, Kommunikation und Kooperation M= 2,67 (Hohensee & Schiemann, 2022).

Der Vergleich mit den Ergebnissen von Lenartz sowie von Hohensee und Schiemann weisen auf eine geringere Gesundheitskompetenz der Studierenden der HAW Hamburg hin. Gesundheitskompetenz ist ein entscheidender Bestandteil für ein gesundheitsförderliches Verhalten, welches zu Gesundheit führt. Schließlich ist festzuhalten, dass die Gesundheitskompetenz der Studierenden der HAW Hamburg Bedarf zur Förderung aufweist.

Literatur

- Hohensee, E., & Schiemann, S. (2022). Gesundheitskompetenz und Gesundheit von Studierenden unter besonderer Betrachtung der Lehramtsstudierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(2), 224–231. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00849-6>
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. V&R unipress, University Press.
- Reick, S., & Hering, T. (2018). Health literacy of students. Results of an online survey at the Bochum health university (Germany) / Gesundheitskompetenz Studierender – Ergebnisse einer Online-Befragung an der Hochschule für Gesundheit Bochum. *International Journal of Health Professions*, 5(1), 44–52. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0007>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2* (S. 5180909 bytes) [Application/pdf]. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950305>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*.
- Schricker, J., Kotarski, C., Haja, J.-M., Dadaczynski, K., Diehl, K., & Rathmann, K. (2020). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Studierenden: Assoziationen mit der Gesundheitskompetenz. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(4), 354–362. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00764-2>

6 Anforderungen und Belastungsfolgen

Einleitung

Die psychosoziale Gesundheit von Studierenden wird erheblich von der Studiensituation und dem individuellen Stresserleben beeinflusst (Lesener et al., 2020). Dies kann im Studienverlauf sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben. Die vielfältigen studienspezifischen Anforderungen (z.B. hohe Arbeitslast, nicht optimale Studiumumgebungen, Umgang mit schwierigen Lehrenden und Kommiliton*innen u.v.m.) an die Studierenden können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Gusy et al., 2016).

Im Rahmen der ersten GBE an der HAW Hamburg wurden die Studierenden zu den Anforderungen und Auswirkungen innerhalb ihres Studiums befragt. Es wurden zum einen die quantitativen und emotionalen Anforderungen und zum anderen das Verbergen von Emotionen erhoben. Hinsichtlich der Auswirkungen wurden die Studierenden nach Gedanken an einen Hochschulwechsel, der Arbeitszufriedenheit, Präsentismus (arbeiten bzw. studieren trotz Erkrankung), ihrer Unfähigkeit abzuschalten und Burn-Out-Symptomen befragt.

Das ursprünglich in Arbeitskontexten beobachtete Phänomen des Burn-Outs beschreibt ebenso im Studienkontext den durch das Studium hervorgerufenen anhaltenden Zustand der Erschöpfung (Maslach et al., 2001). Unter Umständen kann dies in einer Ablehnung bzw. Entfremdung des Studiums resultieren und mit Gefühlen der Inkompetenz in Bezug auf das Studium einhergehen. Mit einem Burn-Out besteht das erhöhte Risiko einer späteren psychischen und/oder körperlichen Erkrankung (Maske et al., 2016).

Methodisches Vorgehen

Die Anforderungen und Belastungsfolgen im Studium wurden mit der dritten Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaires (COPSOQ III) gemessen (Burr et al., 2019). Um für die Gesundheitsberichterstattung relevante Aspekte zu berücksichtigen, wurden für den Fragebogen der Gesundheitsberichterstattung einzelne Skalen des COPSOQs aus den Bereichen „Anforderungen“ und „Auswirkungen“ ausgesucht, die zu der Zielgruppe Studierende passen und Belastungen im Studium abdecken. Insgesamt wurden 23 Items

abgefragt, die auf einer Antwortabstufung von eins (meiste Zustimmung) bis fünf (geringste Zustimmung) beantwortet werden konnten. Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Die Ergebnisse für die drei Skalen „Quantitative Anforderungen“, „Emotionale Anforderungen“ und „Emotionen verbergen“ aus dem Bereich Anforderungen werden in Abbildung 10 für die die HAW Hamburg und die vier Fakultäten dargestellt. Die quantitativen Anforderungen wurden von den befragten Studierenden der HAW Hamburg (n=1.905) im Durchschnitt mit $M=2,76$ ($SD=0,76$) beantwortet. Die emotionalen Anforderungen wurden von den befragten Studierenden der HAW Hamburg (n=1.906) im Durchschnitt mit $M=3,41$ ($SD=0,96$) beantwortet und die Skala „Emotionen verbergen“ wurde im Durchschnitt mit $M=3,90$ ($SD=0,1,01$) beantwortet (n=1.906). Demnach wurden der Skala „Quantitative Anforderungen“ im Durchschnitt von den befragten Studierenden eher zugestimmt.

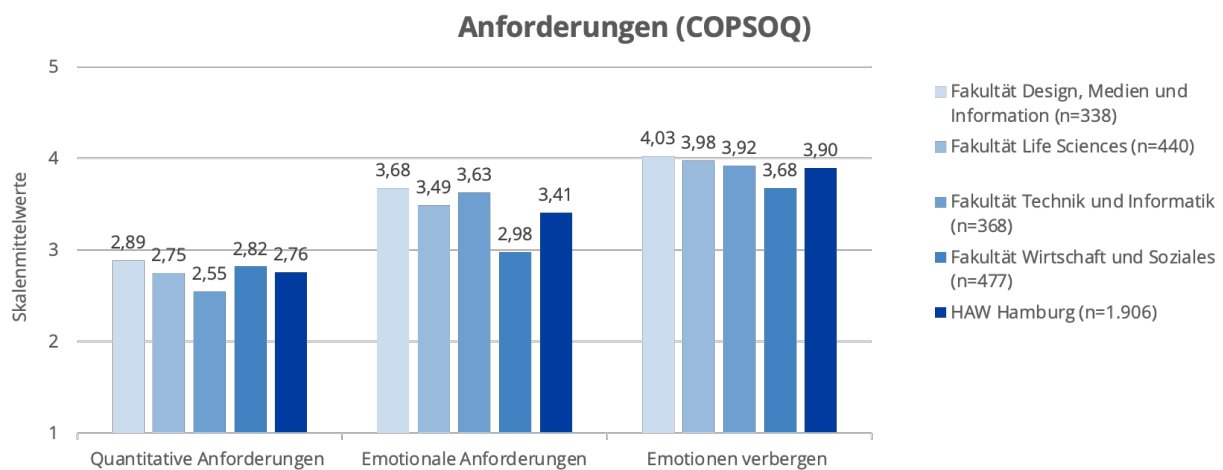


Abbildung 10: Verteilung der Anforderungen durch das Studium für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Die Ergebnisse für die fünf Skalen aus dem Bereich Auswirkungen werden in Abbildung 11 für die die HAW Hamburg und die vier Fakultäten dargestellt. Hierbei fallen die beiden Skalen „Burn-Out Symptome“ und „Unfähigkeit abzuschalten“ auf. Burn-Out Symptome

wurde von den befragten Studierenden der HAW Hamburg im Durchschnitt mit $M=2,44$ ($SD=0,76$) beantwortet, sodass dieser Skala im Durchschnitt eher zugestimmt wurde. Die Skala „Unfähigkeit abzuschalten“ wurde im Durchschnitt von den befragten Studierenden der HAW Hamburg mit $M=2,63$ ($SD=1,19$) beantwortet und somit im Durchschnitt auch eher zugestimmt.

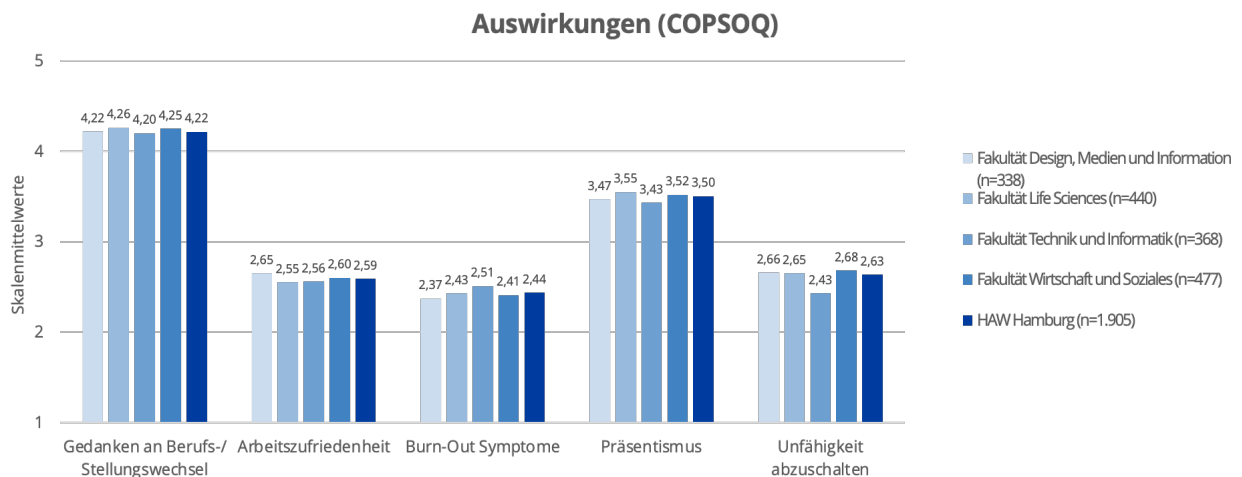


Abbildung 11: Verteilung der Auswirkungen durch das Studium für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass unter den befragten Studierenden vor allem die quantitativen Anforderungen zutreffen. Diese beinhalten, dass schnell gearbeitet werden muss und Aufgaben nicht in der vorgesehenen Zeit erledigt werden können. Bei den Auswirkungen fällt die Skala Burn-Out Symptome auf, die beinhaltet, dass die Befragten sich körperlich und emotional erschöpft und ausgelaugt fühlen. Der Skala Unfähigkeit abzuschalten, die beinhaltet, dass die Studierenden ihr Studium in der Freizeit nicht vergessen können, wurde ebenfalls eher zugestimmt.

Burn-Out im Studium ist ein Erschöpfungszustand, der durch die Anforderungen aus dem Studium entstehen, welche die Bearbeitungskapazitäten der Studierenden überfordern (Grützmaker et al., 2018). Da den quantitativen Anforderungen im Studium im Durchschnitt eher zugestimmt wurde, sind Burn-Out Symptome als Folge der Anforderungen

im Studium denkbar. In einer bundesweiten Befragung unter Studierenden berichteten ebenfalls knapp ein Viertel der befragten Studierenden, sich erschöpft zu fühlen (Grütz-macher et al., 2018). Burn-Out bei Studierenden kann zu höheren Fehlzeiten, geringerer Motivation und Studienabbrüchen führen (Yang, 2004). Daher ist es wichtig, dem entgegenzuwirken. Stressmanagementinterventionen und Zeitmanagement-Workshops für Studierende sind Ansätze, um psychisches Missbefinden bei Studierenden zu reduzieren (Lesener et al., 2022).

Literatur

- Grütz-macher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S., & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studie-render in Deutschland 2017*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29045.09449>
- Gusy, B., Wörfel, F., & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 24(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Lesener, T., Pleiss, L. S., Gusy, B. & Wolter, C. (2020). The Study Demands-Resources Framework: An empirical introduction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145183>
- Lesener, T., Blaszyk, W., Dastan, B., Gusy, B., Juchem, C., Pleiss, L. S., & Wolter, C. (2022). *Healthy Campus – Von der Bestandsaufnahme zur Intervention* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psycho- soziale Gesundheitsforschung: Nr. 01/P22). Berlin: Freie Universität Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.fu-berlin.de/sites/healthy-campus/interventionsmanual>
- Maske, U. E., Riedel-Heller, S. G., Seiffert, I., Jacobi, F., & Hapke, U. (2016). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. *Psychiatrische Praxis*, 43(01), e1–e1. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552702>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Yang, H. (2004). Factors affecting student burnout and academic achievement in multiple enrolment programs in Taiwan's technical-vocational colleges. *International Journal of Educational Development*, 24, 283-301.

7 Ressourcen

7.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Einleitung

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist eine personale Ressource im Umgang mit Herausforderungen oder schwierigen Aufgaben des Alltags (Abele et al., 2000; Bandura, 1977) und wird als subjektive Gewissheit verstanden, neue oder schwierige Anforderungssituationen mit Hilfe individueller Kompetenzen bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung beruht auf der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura, wonach kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt demnach die Überzeugung, schwierige Anforderungen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können.

Untersuchungen im Zeitraum der COVID-19-Pandemie zeigen, dass eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung unter Studierenden ein Prädiktor für einen gefährlichen Alkoholkonsum, ein höheres Maß an Essstörungssymptomen sowie eine höhere depressive Symptomatik vorhersagen (Kohls et al., 2021). Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ist positiv mit besseren Noten, höherer sportlicher Leistung und einem gesünderen Lebensstil verbunden (Erikson, 2020). Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen Selbstwirksamkeit und gesundheitsförderlichen Strategien zur Stressbewältigung, welche zudem positiv mit Lebenszufriedenheit und Studienerfolg korrelieren (Mierke & Frost, 2013).

Methodisches Vorgehen

Um die Selbstwirksamkeitserwartung der befragten Studierenden zu messen, wurde die BSW-5-Rev Skala verwendet (Knispel et al., 2021). Diese misst mit fünf Items die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung der Befragten, die auf einer vierstufigen Skala von eins („stimmt gar nicht“) bis vier („stimmt genau“) beantwortet werden können. Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Die fünf Items zur Selbstwirksamkeit wurde von $n=1.624$ Studierenden der HAW Hamburg beantwortet. Aus den Antworten lässt sich ein Mittelwert von $M=2,89$ ($SD=0,56$; Minimum=1, Maximum=4) berechnen. Abbildung 12 stellt die Verteilung für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten dar. Da der Mittelwert oberhalb der theoretischen Skalenmitte von 2,5 liegt, zeigt sich eine Tendenz zur Zustimmung bei den befragten Studierenden.

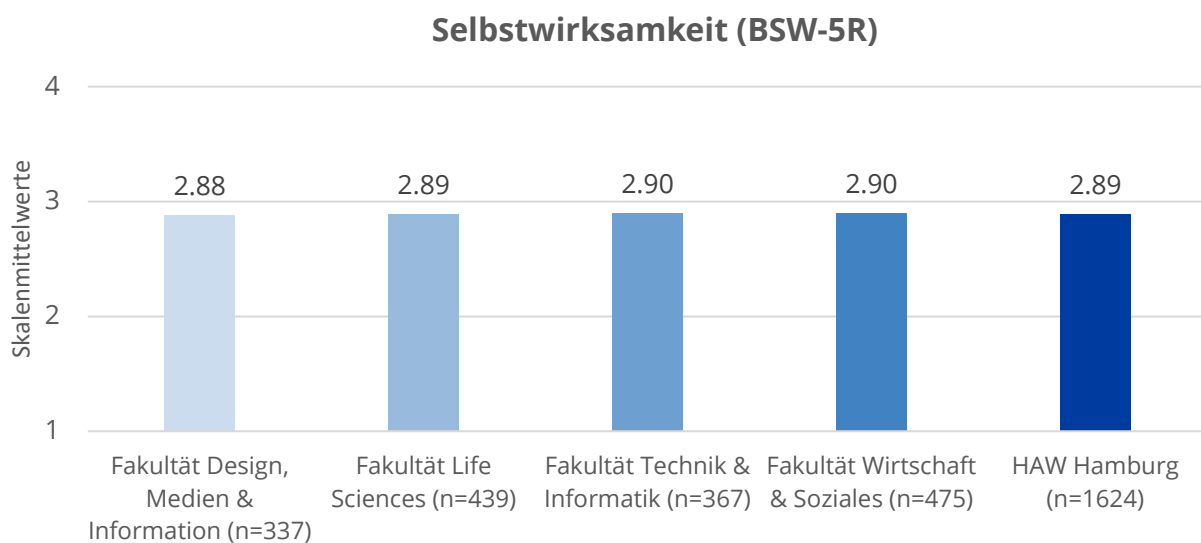


Abbildung 12: Verteilung der Selbstwirksamkeit für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Einordnung der Ergebnisse

Eine vergleichbare deutsche Stichprobe von $N = 206$ Studierenden, die ebenfalls mit dem BSW-5-Rev zur Selbstwirksamkeit befragt wurde, zeigt durchschnittlich etwas höhere Ergebnisse ($M=3,15$, $SD = 0,5$). Im direkten Vergleich zu Erwerbstätigen beurteilten sich die Studierenden signifikant als weniger beruflich selbstwirksam (Knispel et al., 2021). Auch in einer bundeweiten Befragung unter Studierenden wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung erhoben, die im Mittel als hoch eingeschätzt wurde. Dies entspricht im Mittel der einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (Grützmaker et al., 2018).

Die allgemeine Selbstwirksamkeit ist veränderbar und kann durch Angebote der Hochschule, wie zum Beispiel einem Auslandssemester, gesteigert werden (Petersdotter et al., 2017).

Literatur

- Abele, A. E., Stief, M., & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen—Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 44(3), 145–151. <https://doi.org/10.1026//0932-4089.44.3.145>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Erikson, E. (2020): Psychosocial Development in Middle Childhood - Self Concept and Self Efficacy. [https://socialsci.libretexts.org/Courses/Foothill_College/Psych_40%3A_Lifespan_Development_\(Pilati\)/06%3A_Middle_Childhood/6.05%3A_Psychosocial_Development_in_Middle_Childhood_-_Self_Concept_and_Self_Efficacy](https://socialsci.libretexts.org/Courses/Foothill_College/Psych_40%3A_Lifespan_Development_(Pilati)/06%3A_Middle_Childhood/6.05%3A_Psychosocial_Development_in_Middle_Childhood_-_Self_Concept_and_Self_Efficacy) (Letzter Zugriff: 10.03.2023).
- Grützmacher, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S., & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29045.09449>
- Kohls, E., Baldofski, S., Moeller, R., Klemm, S.-L., & Rummel-Kluge, C. (2021). Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.643957>
- Mierke, K., & Frost, B. (2013). Stresserleben und Stressbewältigung bei Studierenden. Funktionale und dysfunktionale Strategien und weitere Einflussvariablen (Stress and Coping Among Students: Functional and Dysfunctional Strategies and Further Influencing Factors). *Journal of Business and Media Psychology*, 4, 13–24.
- Petersdotter, L., Niehoff, E., & Freund, P. A. (2017). International experience makes a difference: Effects of studying abroad on students' self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 107, 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.040>
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). *Das Konzept der Selbstwirksamkeit*. <https://doi.org/10.25656/01:3930>

7.2 Studentisches Kohärenzgefühl

Einleitung

Der Fokus der Stressforschung liegt auf Krankheit und wird primär durch pathogenetische Prozesse begründet (Antonovsky, 1979). Antonovsky veröffentlichte das Konzept der Salutogenese und schaffte so die Aufmerksamkeit auf gesunderhaltende Faktoren bzw. Ressourcen. Zentral für sein Konzept ist das Kohärenzgefühl (SOC), welches durch Lebenserfahrung entsteht und aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit besteht (Antonovsky, 1997; Eriksson & Lindström, 2005). Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl erleben Situationen als erklärbar und können für die Bewältigung von Anforderungen passende Ressourcen aktivieren und empfinden somit die Situationen als bedeutsam (Blättner, 2018).

Der SOC steht im Zusammenhang mit einer protektiven Wirkung im Prozess der Stressentstehung (Hakanen et al., 2007), mit körperlichem und psychischem Wohlbefinden und gilt als wesentliche Komponente der Lebensqualität (Brähler, o. J.) und der Selbstwirksamkeitserwartung (Bengel et al., 2006; Tsuno & Yamazaki, 2007). Zudem weisen Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl ein geringeres Ausmaß an Ängstlichkeit und Depressionen auf (Bengel et al., 2006; Eriksson & Lindström, 2005).

Studierende sind im Studienalltag mit zahlreichen Anforderungen konfrontiert. Der Strukturwandel der Hochschulen sowie die fehlende Unterstützung und Zeitmangel bei der Orientierung im System Hochschule führen bei Studierenden zu Verunsicherung (Brunner et al., 2009, Eissler, 2018; Koutsoukou-Argyragi et al., 2018; Limarutti, Mir 2020).

Methodisches Vorgehen

Um das studentische Kohärenzgefühl zu messen, wurde die S-SoC-Skala verwendet (Brunner et al., 2009). Diese besteht aus 13 Items, die die drei Dimensionen Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bewältigbarkeit erheben. Alle Items lassen sich auf einer siebenstufigen Skala von eins („trifft überhaupt nicht zu“) bis sieben („trifft genau zu“) beantworten. Für die drei Skalen lassen sich Mittelwerte und ein Gesamtmittelwert bilden. Alle Items wurden bezogen auf die Departmentebene abgefragt. Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

In Abbildung 13 werden die Ergebnisse für die HAW Hamburg im Vergleich zu den Ergebnissen der vier Fakultäten dargestellt. Insgesamt beantworteten $n = 1.658$ Studierende der HAW Hamburg die Items des Studentischen Kohärenzgefühls. Die Skala Verstehbarkeit wurde im Durchschnitt mit $M=3,95$ ($SD=1,13$) von Studierenden der HAW Hamburg beantwortet. Sinnhaftigkeit wurde im Durchschnitt mit $M=3,94$ ($SD=0,86$) und Bewältigbarkeit mit $M=4,10$ ($SD=1,27$) beantwortet. Insgesamt wurde das Kohärenzgefühl von den Studierenden der HAW Hamburg mit $M=3,93$ ($SD=0,90$) beantwortet.

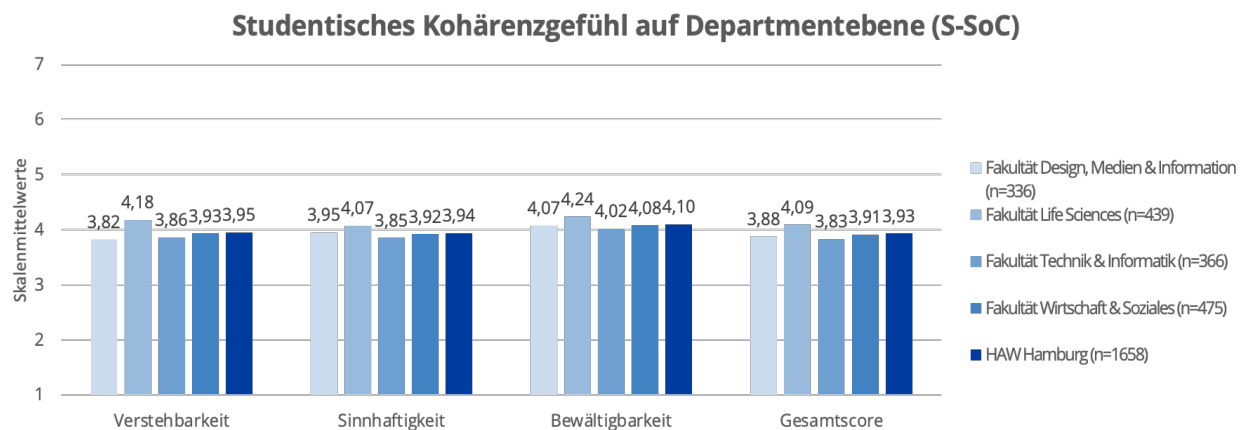


Abbildung 13: Verteilung des Studentischen Kohärenzgefühls für die HAW Hamburg und die vier Fakultäten

Einordnung der Ergebnisse

Sowohl die Mittelwerte für die beiden Skalen Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit als auch der Mittelwert des Gesamtscores liegen unterhalb der Mitte von 4. Demnach wurde diesen Skalen im Durchschnitt eher nicht zugestimmt. Da die Items in Bezug auf das Department abgefragt wurden, bedeutet dies, dass Abläufe in den Departments an der HAW Hamburg im Durchschnitt eher nicht nachvollziehbar sind (Verstehbarkeit) und Aufgabenbereiche nicht sinnvoll erscheinen (Sinnhaftigkeit). Ergebnisse unter österreichischen Studierenden zeigen, dass ein geringes Kohärenzgefühl mit einem geringeren Ausmaß an subjektiver Lebensqualität einhergeht (Brunner et al., 2009). Für die Planung von gesundheitsförderlichen Interventionen an Hochschulen ist die Erhebung des settingspezifischen

Kohärenzgefühls demnach bedeutsam, um zu erfassen, ob Strukturen und Ereignisse an Hochschulen verstanden und als sinnvoll und bewältigbar wahrgenommen werden. Eine verstärkte Teilhabe von Studierenden und die Kommunikation verlässlicher Strukturen an Hochschulen trägt zu einem gesteigerten Kohärenzgefühl bei, was sich positiv auf das Wohlbefinden und die wahrgenommene Lebensqualität der Studierenden auswirken kann (Brunner et al., 2009; Togari et al., 2008).

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: [New perspectives on mental and physical well-being]*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt-Verlag. <https://opacplus.bsb-muenchen.de/search?isbn>
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2006). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise* (Erw. Neuaufl., Aufl. 9.3.08.06). BZgA.
- Brähler, E. (o. J.). C. Angermeyer, R. Kilian & H. Matschinger: *Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM - Rezension*. Abgerufen 16. Februar 2023, von https://www.academia.edu/23509832/C_Angermeyer_R_Kilian_and_H_Matschinger_Deutschsprachige_Version_der_WHO_Instrumente_zur_Erfassung_von_Lebensqualit%C3%A4t_WHOQOL_100_und_WHOQOL_BREFM_Rezension
- Brunner, E., Maier, M., Gritsch, A., & Jenull, B. (2009). Die Universität – ein kohärentes Setting? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(1), 66–70. <https://doi.org/10.1007/s11553-008-0149-6>
- Eissler, C 2018: Studienbelastung und Gesundheit im Kontext von Persönlichkeit bei Studierenden unterschiedlicher Hochschulen. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Hakanen, J., Feldt, T., & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child Study. *Journal of Research in Personality*, 41, 602–617. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.07.001>
- Joos, T.A., Liefländer, A., Spörhase, U. (2019). Studentische Sicht auf Kohärenz im Lehramtsstudium. In: Hellmann, K., Kreutz, J., Schwichow, M., Zaki, K. (eds) *Kohärenz in der Lehrerbildung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23940-4_4

- Koutsoukou-Argraki, A., Bertolino, A. Kreß, V., Hofmann, F-H., Sperth, M., Holm-Hadulla, R. M. (2018). Veränderungen von Kohärenzgefühl, Symptombelastung und Lebenssowie Studienzufriedenheit im Verlauf psychosozialer Beratungen, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2018; 68(02): 66-74, doi: 10.1055/s-0043-118651
- Limarutti A, Mir E. (2020) Ressourcen in Krisenzeiten: Selbst- und Sozialkompetenzen bei berufsbegleitend Studierenden. *Procure*. 2020;25(4):12-13. German. doi: 10.1007/s00735-020-1188-2. Epub 2020 May 16. PMID: 32454565; PMCID: PMC7231528.
- Togari, Taisuke & Yamazaki, Yoshihiko & Takayama, Tomoko & Yamaki, Chikako & Nakayama, Kazuhiro. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*. 44. 1335-1347. 10.1016/j.paid.2007.12.002.
- Tsuno, Y., & Yamazaki, Y. (2007). A comparative study of Sense of Coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Personality and Individual Differences*, 43, 449-461. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.014>

8 Subjektiver Sozialer Status

Einleitung

In den vergangenen Jahren ist der Fokus der Public-Health-Forschung zunehmend auf die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit gerückt (Pförtner & Richter, 2011). Hierbei hat sich die Erhebung des subjektiven sozialen Status (SSS) etabliert (Cundiff & Matthews, 2017), welche die individuell wahrgenommene Position in einer „sozialen Hierarchie“ widerspiegelt (Pförtner, 2015).

Die 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks für die Region Hamburg zeigt, dass die Bildungsentscheidung mit der sozialen Herkunft zusammenhängen. Studierende der HAW Hamburg weisen häufig (40 Prozent) die Bildungsherkunft „mittel“ auf. Nur 17 Prozent gehören der Gruppe der „hohen“ Bildungsherkunft an, welche im Hamburger Durchschnitt deutlich niedriger ist (Middendorff et al., 2017).

Ein niedriger SSS kann mit Zukunftssorgen und Statusängsten verbunden sein und somit psychosozialen Stress auslösen, welcher zu einer höheren Vulnerabilität für Erkrankungen führen kann (Adler et al., 2000). Zudem ist ein niedriger SSS bei Studierenden mit depressiven Gedanken verbunden (Scott et al., 2014). Die English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) zeigte, dass Personen mit einem hohen SSS mit einer besseren subjektiven Gesundheit, einer geringeren depressiven Symptomatik und einer niedrigeren Prävalenz für fortwährende Gesundheitsprobleme assoziiert werden (Demakakos et al., 2008).

Die Studienlage weist demnach darauf hin, dass gesundheitlichen Ungleichheiten durch einen niedrigen SSS an Hochschulen aktiv entgegengewirkt werden sollte.

Methodisches Vorgehen

Zur Erfassung des SSS wurde die deutsche Version der MacArthur Skala verwendet (Euteneuer et al., 2015). Diese besteht aus einem Item, welches die Befragten dazu auffordert, sich auf einer Leiter von eins bis zehn einzuordnen. Dabei stehen ganz oben auf der Leiter (Sprosse zehn) die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs, während ganz unten (Sprosse eins) die Menschen mit dem wenigstens Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs stehen. Im Kapitel 2.2.1 *Verwendete Messinstrumente* befindet sich eine ausführliche Beschreibung des Instruments.

Ergebnisse

Die Frage zum subjektiven sozialen Status wurde von n=1.625 Studierenden der HAW Hamburg beantwortet. Der Mittelwert liegt bei M=5,72 mit einer Standardabweichung von SD=1,79. Das Minimum liegt bei eins sowie das Maximum bei zehn. Die Tabelle 2 stellt die Verteilung der Häufigkeiten der einzelnen Sprossen dar. Es zeigt sich deutlich, dass die meisten Studierenden ihren subjektiven sozialen Status zwischen der Leitersprosse vier und acht einschätzen. Die wenigsten Studierenden sehen sich auf der niedrigsten (0,49%) oder höchsten Sprosse (0,55%).

Tabelle 2: Auswertung des subjektiven sozialen Status der Studierenden der HAW Hamburg

Sprosse	Anzahl (n)	Prozentualer Anteil (%)
1	8	0,49
2	25	1,54
3	130	8,00
4	304	18,71
5	302	18,58
6	268	16,49
7	288	17,72
8	206	12,68
9	85	5,23
10	9	0,55

Einordnung der Ergebnisse

Im Durchschnitt ordneten sich die befragten Studierenden der HAW Hamburg bezüglich des subjektiven sozialen Status im oberen Mittelfeld ein (M=5,72). Die wenigsten Studierenden schätzen ihre soziale Stufung in der Gesellschaft in Bezug auf Bildung und finanziellen Möglichkeiten als sehr gering oder sehr hoch ein (1,04 %). Im Vergleich mit der

repräsentativen bundesweiten Stichprobe unter Studierenden liegen die Studierenden der HAW Hamburg unter dem Bundesdurchschnitt (M=6,0) (Grützmaker et al., 2018).

Literatur

- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(6), 586–592. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.586>
- Cundiff, J. M., & Matthews, K. A. (2017). Is subjective social status a unique correlate of physical health? A meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 36(12), 1109–1125. <https://doi.org/10.1037/hea0000534>
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine (1982)*, 67(2), 330–340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.038>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S., & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29045.09449>
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S., & Poskowsky, J. (2017). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. Zusammenfassung zur 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung*.
- Pförtner, T.-K. (2015). Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Sozioökonomischen Panel 2011. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(1), 100–107. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2080-7>
- Pförtner, T.-K., & Richter, M. (2011). Getting social: Public Health's increasing awareness of the social determinants of health. *Journal of Public Health*, 19(1), 1–2. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0392-0>
- Scott, K. M., Al-Hamzawi, A. O., Andrade, L. H., Borges, G., Caldas-de-Almeida, J. M., Fiestas, F., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Levinson, D., Lim, C. C. W., Navarro-Mateu, F., Okoliyski, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., Williams, D. R., Zakhosha, V., & Kessler, R. C. (2014). Associations between subjective social status and DSM-IV mental disorders: Results from the World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1400–1408. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1337>

9 Handlungsempfehlungen

Die vorliegenden Daten verdeutlichen einen Handlungsbedarf zur Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Studierenden der HAW Hamburg. Abbildung 14 stellt den Prozess nach der Auswertung der Daten dar. Die Vorstellung der Ergebnisse sowie die Berichtserstellung erfolgt zunächst auf Fakultäts- und Departmentebene. Eine hochschulweite Veröffentlichung der Ergebnisse an die Studierenden, sowie eine Vorstellung im Hochschulsenat, erfolgt im Anschluss. Aus den vorliegenden Ergebnissen kann dann die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen durchgeführt werden.



Abbildung 14: Folgeprozess der Gesundheitsberichterstattung

Das Team des Forschungsprojektes CamPuls ist für die Bereitstellung der Daten zuständig und bietet Beratung für den weiteren Prozess auf der Departmentebene an. Die Verantwortung für die Ableitungen liegt bei den Departmentleitungen und den Dekan*innen der Fakultäten. Um dies umzusetzen, sind verschiedene Ansätze möglich. Eine Bildung von Arbeitsgruppen auf Departmentebene zur Umsetzung von Maßnahmen, basierend auf den Bedarfen der jeweiligen Departments, ist denkbar. Eine Orientierung zur Entwicklung möglicher Maßnahmen bietet das Interventionsmanual „Von der Bestandsaufnahme zur Intervention“ der Freien Universität Berlin (Gusy et al., 2022). Für die Umsetzung von Maßnahmen können verschiedene bereits bestehende Angebote von Akteur*innen der HAW Hamburg genutzt werden, wie beispielsweise die Zentrale Studienberatung (ZSB), die Arbeitsstelle Studium und Didaktik (ASD) und das Zentrum für Karriereplanung (ZfK). Neben

den internen Akteur*innen sind beispielsweise auch das Studierendenwerk oder der Hochschulsport mögliche Ansprechpartner*innen. Eine transparente Kommunikation der erfolgten Maßnahmen an die Studierenden ist notwendig, um so eine Wirksamkeit ihrer Teilnahme an der GBE zu verdeutlichen und die Bereitschaft der Teilnahme an einer Folgebefragung 2024 zu fördern.

Das Forschungsprojekt CamPuls plant eine erneute Durchführung der GBE im Jahr 2024, um Daten im Längsschnitt betrachten zu können. Eine zukünftige Verknüpfung von Fragen aus der GBE und turnusmäßig stattfindenden Befragungen an der HAW Hamburg ist zusätzlich zu diskutieren. Eine Erhebung des Gesundheitszustandes der Studierenden ist wichtig, um Veränderungen erkennen zu können und Ansätze für Verbesserungen ihrer Gesundheitssituation und Gesundheitskompetenz zu identifizieren.

Literatur

Gusy et al., (2022). Healthy Campus – Von der Bestandsaufnahme zur Intervention. Online verfügbar unter: <https://www.fu-berlin.de/sites/healthy-campus/interventionsmanual/index.html> (letzter Zugriff am 25.04.2023)