

Gesundheit Studierender in Deutschland 2017



Ein Kooperationsprojekt zwischen dem
Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung,
der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse.

J. Grützmacher, B. Gusy, T. Lesener, S. Sudheimer, J. Willige

Gesundheit Studierender in Deutschland 2017

Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und
Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse.

„Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse.

An dem Kooperationsprojekt beteiligt waren:

Freie Universität Berlin

Dr. Dr. Burkhard Gusy (Leitung)

Tino Lesener

Wiebke Blaszczyk

Janine Schreck

Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW)

Dr. Elke Middendorff (Leitung)

Swetlana Sudheimer

Judith Grützmaker

Janka Willige

Heike Naumann

Petra Nölle

Techniker Krankenkasse

Dr. Brigitte Steinke

Sabine König

Ines Niemeyer

Zitiervorschlag:

Grützmaker, 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.

Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der Freien Universität Berlin unter www.fu-berlin.de/gesund-studieren zu finden. Dort befindet sich auch eine Auflistung der Faktenblätter zur Befragung "Gesundheit Studierender in Deutschland 2017".

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Einleitung	1
Zusammenfassung	7
Soziodemografie:	
Stichprobenbeschreibung	11
Familiensituation	17
Subjektive soziale Herkunft	24
Gesundheit:	
Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	30
Allgemeine Lebenszufriedenheit	36
Depressives Syndrom und Generalisierte Angststörung	41
Wahrgenommenes Stresserleben	48
Körperliche Beschwerden	53
Burnout im Studium	59
Engagement im Studium	65
Ressourcen und Anforderungen:	
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	70
Mitgestaltung des Studiums (Job Crafting)	75
Geistige Anforderungen	81
Soziale Unterstützung	86
Strukturelle Ressourcen des Studiums	92
Gesundheitsverhalten:	
Körperliche Aktivität	99
Sportliche Aktivität	106
Rauchen	110
Alkoholkonsum	116
Substanzkonsum	127
Medikamentenkonsum	138
Absentismus und Präsentismus	147

Abbildungsverzeichnis

Stichprobenbeschreibung:

Abbildung 1: Alter der Befragten, differenziert nach Geschlecht.....	11
Abbildung 2: Anteile der Studierenden nach Fächergruppe	12
Abbildung 3: Anteile der Studierenden nach Fächergruppen, differenziert nach Geschlecht.	13
Abbildung 4: Anteile der Studierenden nach angestrebtem Studienabschluss	14
Abbildung 5: Anteile der Studierenden nach angestrebtem Studienabschluss, differenziert nach Geschlecht	14
Abbildung 6: Anteile der Studierenden nach Studienjahren.....	15
Abbildung 7: Anteile der Studierenden nach Studienjahren, differenziert nach Geschlecht.....	15

Familiensituation:

Abbildung 1: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Geschlecht	20
Abbildung 2: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Fächergruppen.	20
Abbildung 3: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Hochschultyp	21
Abbildung 4: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Studienjahren	21
Abbildung 5: Studierende mit Kind, differenziert nach Geschlecht.....	22
Abbildung 6: Studierende mit Kind, differenziert nach Fächergruppen.....	22
Abbildung 7: Studierende mit Kind, differenziert nach Hochschultyp.	23
Abbildung 8: Studierende mit Kind, differenziert nach Studienjahren.....	23

Subjektive soziale Herkunft:

Abbildung 1: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Geschlecht	27
Abbildung 2: Subjektive soziale Herkunft auf der Sprossenleiter, differenziert nach Geschlecht.	27
Abbildung 3: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Fächergruppen.	28
Abbildung 4: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Hochschultyp.....	28
Abbildung 5: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Studienjahren	29

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes:

Abbildung 1: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Geschlecht.	34
Abbildung 2: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	34
Abbildung 3: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	35
Abbildung 4: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Studienjahren.....	35

Allgemeine Lebenszufriedenheit:

Abbildung 1: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Geschlecht	39
Abbildung 2: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Fächergruppen	39
Abbildung 3: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Hochschultyp.....	40
Abbildung 4: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Studienjahren	40

Depressives Syndrom und Generalisierte Angststörung:

Abbildung 1: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Geschlecht	45
Abbildung 2: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Fächergruppen.....	46
Abbildung 3: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Hochschultyp.....	47
Abbildung 4: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Studienjahren	47

Wahrgenommenes Stresserleben:

Abbildung 1: Hohes Stresserleben, differenziert nach Geschlecht	51
Abbildung 2: Hohes Stresserleben, differenziert nach Fächergruppen	51
Abbildung 3: Hohes Stresserleben, differenziert nach Hochschultyp.....	52
Abbildung 4: Hohes Stresserleben, differenziert nach Studienjahren	52

Körperliche Beschwerden:

Abbildung 1: Körperliche Beschwerden, differenziert nach Geschlecht	56
Abbildung 2: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Fächergruppen....	57
Abbildung 3: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Hochschultyp.....	57
Abbildung 4: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Studienjahren.....	58

Burnout im Studium:

Abbildung 1: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Geschlecht	62
Abbildung 2: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Fächergruppen	63
Abbildung 3: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Hochschultyp.....	64
Abbildung 4: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Studienjahren	64

Engagement im Studium:

Abbildung 1: Hohes Engagement, differenziert nach Geschlecht.....	68
Abbildung 2: Hohes Engagement, differenziert nach Fächergruppen	68
Abbildung 3: Hohes Engagement, differenziert nach Hochschultyp	69
Abbildung 4: Hohes Engagement, differenziert nach Studienjahren	69

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung:

Abbildung 1: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht73

Abbildung 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen73

Abbildung 3: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.....74

Abbildung 4: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren74

Mitgestaltung des Studiums (Job Crafting):

Abbildung 1: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Geschlecht.....78

Abbildung 2: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Fächergruppen79

Abbildung 3: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Hochschultyp 80

Abbildung 4: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Studienjahren..... 80

Geistige Anforderungen:

Abbildung 1: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Geschlecht..... 84

Abbildung 2: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Fächergruppen ... 84

Abbildung 3: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Hochschultyp 84

Abbildung 4: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Studienjahren85

Soziale Unterstützung:

Abbildung 1: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Geschlecht 89

Abbildung 2: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Fächergruppen 90

Abbildung 3: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Hochschultyp..... 91

Abbildung 4: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Studienjahren91

Strukturelle Ressourcen des Studiums:

Abbildung 1: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Geschlecht..... 96

Abbildung 2: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Fächergruppen97

Abbildung 3: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Hochschultyp 98

Abbildung 4: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Studienjahren 98

Körperliche Aktivität:

Abbildung 1: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Geschlecht	102
Abbildung 2: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Fächergruppen	102
Abbildung 3: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Hochschultyp	103
Abbildung 4: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Studienjahren	103
Abbildung 5: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Geschlecht	104
Abbildung 6: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Fächergruppen	104
Abbildung 7: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Hochschultyp	105
Abbildung 8: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Studienjahren	105

Sportliche Aktivität:

Abbildung 1: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	108
Abbildung 2: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	108
Abbildung 3: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	109
Abbildung 4: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	109

Rauchen:

Abbildung 1: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	113
Abbildung 2: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	113
Abbildung 3: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Hochschulart	114
Abbildung 4: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	114
Abbildung 5: Konsumformen bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	115

Alkoholkonsum:

Abbildung 1: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	121
Abbildung 2: Frequenz des Alkoholkonsums, differenziert nach Fächergruppen	121

Abbildung 3: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	122
Abbildung 4: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	122
Abbildung 5: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	123
Abbildung 6: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	123
Abbildung 7: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	124
Abbildung 8: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.....	124
Abbildung 9: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	125
Abbildung 10: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	125
Abbildung 11: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	126
Abbildung 12: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	126

Substanzkonsum:

Abbildung 1: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	132
Abbildung 2: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.....	133
Abbildung 3: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschulart	134
Abbildung 4: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	134
Abbildung 5: Ecstasy-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	135
Abbildung 6: Speed-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	135
Abbildung 7: Kokain-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	136
Abbildung 8: Konsum psychoaktiver Pilze bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	136
Abbildung 9: Ketamin-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	137

Medikamentenkonsument:

Abbildung 1: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsument (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.....	141
Abbildung 2: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsument (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.....	142
Abbildung 3: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsument (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	143
Abbildung 4: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsument (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.....	144
Abbildung 5: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht	144
Abbildung 6: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen	145
Abbildung 7: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp	146
Abbildung 8: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren	146

Absentismus und Präsentismus:

Abbildung 1: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Geschlecht.....	151
Abbildung 2: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Fächergruppen.....	152
Abbildung 3: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Hochschultyp.....	153
Abbildung 4: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Studienjahren	153
Abbildung 5: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Geschlecht	154
Abbildung 6: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Fächergruppen	154
Abbildung 7: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Hochschultyp	155
Abbildung 8: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Studienjahren	155

Einleitung

Das Projekt „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin sowie der Techniker Krankenkasse, in dem die spezifischen Expertisen aller drei Institutionen gebündelt wurden, um den Anforderungen an eine Gesundheitsberichterstattung umfänglich gerecht zu werden.

Mit dem Projekt liegen erstmals bundesweite, aussagekräftige und belastbare Daten zur gesundheitlichen Situation Studierender in Deutschland vor. Diese können von einzelnen Hochschulen zum Benchmarking genutzt werden, um im Rahmen einer hochschulspezifischen Gesundheitsberichterstattung Problembereiche und Risikogruppen zu gesundheitsbezogenen Themen (z. B. Medikamentenkonsum, Rauschtrinken, körperliche Beschwerden, Burnouterleben) zu identifizieren. Darüber hinaus lässt sich anhand der Ergebnisse ein generelles Bild zur gesundheitlichen Situation Studierender zeichnen. Die Ergebnisse des Projektes „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ unterstreichen die Relevanz einer umfassenden hochschulspezifischen Gesundheitsberichterstattung. Sie geben insbesondere den Hochschulen wichtige Hinweise für zukünftiges hochschulpolitisches Handeln.

Wir danken allen teilnehmenden Studierenden, die sich an der HISBUS-Befragung beteiligt haben – ohne sie wäre eine Berichterstattung nicht möglich. Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir eine interessante Lektüre.

Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen

Die Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen kann an das Rahmenkonzept für eine hochschulbezogene Gesundheitsförderung (*Health Promoting Universities*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anknüpfen. Diesem Programm liegt der in der Gründungsdeklaration der WHO postulierte „positive“ Gesundheitsbegriff zugrunde, der die Abwesenheit von Krankheiten sowie ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden einschließt. Präzisiert wird dieser Gesundheitsbegriff in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung für gesundheitsbezogene Interventionen. Ziel des auf dieser Basis arbeitenden Netzwerks „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ ist es, eine gesunde Arbeits-, Lebens- und Lernumgebung für Studierende und Mitarbeitende zu schaffen (Tsouros, Dowding, Thompson & Dooris, 1998). Neben krankheitsverursachenden sowie -aufrechterhaltenden Faktoren sollen auch gesundheitsschützende bzw. -erhaltende Einflüsse abgebildet werden, um Ansatzpunkte für settingbezogene Interventionen aufzeigen zu können (Gusy, Lohmann & Wörfel, 2015). Veränderungen sollen in dieser Perspektive populationsbezogen und nicht individuenzentriert, nachhaltig (ressourcenschonend) sowie sozial ausgewogen (*Equity in Health*) sein.

Hierzu bedarf es einer stärkeren Settingorientierung der Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen, und zwar nicht nur bei der Auswahl der zu Befragenden, sondern auch bei den Inhalten. So sind auch die Rahmenbedingungen des Studiums abzubilden, um Bezüge zwischen ihnen und der Gesundheit abbilden zu können.

Zusammenfassend lassen sich folgende Anforderungen an eine Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule formulieren (Gusy, 2010):

- Erfassung der Gesundheit in ihren positiven und negativen Facetten sowie relevanter Gesundheitsverhaltensweisen
- Erhebung von Merkmalen des Studiums
- Entwicklung und Evaluation von Wirkmodellen, die Bezüge zwischen förderlichen und hemmenden Merkmalen des Studiums sowie positiven und negativen Facetten von Gesundheit ermöglichen
- Anlage der Erhebungen auf Wiederhol- und Vergleichbarkeit, um gegebenenfalls Veränderungen im Zeitverlauf abbilden und die Ergebnisse einordnen zu können

Um diesen Anspruch einzulösen, entwickelte die UHR-Projektgruppe der Freien Universität Berlin ein Konzept für eine Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden, um ausgehend von dieser Bestandsaufnahme datengestützt Maßnahmen und Interventionen abzuleiten (Gusy et al., 2015). Sie wählte dazu passende Erhebungsinstrumente aus, passte sie an und entwickelte sie in Teilen neu (Gusy, Wörfel & Lohmann, 2016). Die Instrumente wurden psychometrisch geprüft und validiert, sodass sich mit ihnen auch weiterhin periodisch Daten zur Gesundheit Studierender erfassen lassen. Dieses Konzept wurde bereits an diversen Hochschulen (z. B. Freie Universität Berlin, Technische Universität Kaiserslautern, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Hochschule Coburg) erfolgreich implementiert und optimiert.

Erhebung bundesweiter Befunde zur „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“

Im Rahmen des Projektes „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ wurden über das HISBUS-Studierendenpanels erstmals bundesweite Daten zur gesundheitlichen Situation Studierender in Deutschland erhoben. Diese können von einzelnen Hochschulen zum Benchmarking genutzt werden, um im Rahmen einer hochschulspezifischen Gesundheitsberichterstattung Problembereiche und Risikogruppen zu gesundheitsbezogenen Themen (z. B. Medikamentenkonsum, Rauschtrinken, körperliche Beschwerden, Burnout-erleben) zu identifizieren. Darüber hinaus lässt sich anhand der Ergebnisse ein generelles Bild zur gesundheitlichen Situation Studierender zeichnen. Da das Studium für viele Studierende eine von Unsicherheiten geprägte Lebensphase darstellt, z. B. durch den Auszug aus dem Elternhaus, den Übergang zwischen Schule und Beruf sowie der Identitätsfindung (Kriener, Schwerdtfeger, Deimel & Köhler, 2016) sind in dieser Zielgruppe Unterschiede im Gesundheitszustand sowohl zu Gleichaltrigen als auch zur allgemeinen Bevölkerung in Deutschland zu erwarten. Daher werden die Daten – wenn möglich – mit repräsentativen Bevölkerungsdaten des Robert Koch-Instituts (RKI) in Beziehung gesetzt.

Durchführung des Projektes über das HISBUS-Studierendenpanel

Das HISBUS-Studierendenpanel¹ ist ein seit 2001 bestehendes Online-Access-Panel, mit dem bundesweite Befunde zu unterschiedlichen Themenstellungen für die Studierenden erhoben werden. In der Regel führt das Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) jedes Jahr bis zu vier Befragungen zu verschiedenen Themen rund um Hochschule und Studium über das HISBUS-Studierendenpanel durch. Die studentischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Online-Panels werden ausschließlich in anderen Befragungen des DZHW rekrutiert, das heißt die Panelrekrutierung und -zusam-

¹ Weitere Informationen: www.hisbus.de

mensetzung erfolgt methodisch kontrolliert. In einer Anpassungsgewichtung werden Abweichungen in zentralen soziodemografischen und studienspezifischen Merkmalen zwischen dem Rücklauf der Panelstichprobe und Grundgesamtheit ausgeglichen und damit Aussagekraft und Belastbarkeit der Befunde für weitergehende Analysen sichergestellt.

Die Online-Befragung „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ wurde zwischen dem 12.06.2017 und dem 23.08.2017 durchgeführt. Während der Feldzeit wurden die Studierenden drei Mal per E-Mail an die Befragungsteilnahme erinnert. Insgesamt wurden 24.679 Studierende des HIBSUS-Panels per E-Mail kontaktiert und um Teilnahme gebeten (Brutto-Stichprobe). Insgesamt haben sich 7.394 Studierende durch Aktivieren ihres Teilnahmelinks an der Befragung beteiligt (Brutto-Rücklauf von 30 %). Nach Plausibilisierung und Bereinigung der Daten (z. B. Ausschluss von unzureichend ausgefüllten Fragebögen) beträgt der Nettorücklauf 25 %.

Rücklauf

	<i>N</i>	<i>Prozent</i>
Brutto-Stichprobe	24.679	
Brutto- Rücklauf	7.394	30,0
Rücklauf (bereinigt)	6.198	25,1

Im Anschluss an die Bereinigung und Plausibilisierung der Daten wurde der Rücklauf anhand zentraler soziodemografischer und studienspezifischer Strukturmerkmale geprüft und den entsprechenden Verteilungen in der Grundgesamtheit gegenübergestellt. Als Grundgesamtheit wurde hierbei auf die Verteilungen der amtlichen Statistik zurückgegriffen. Bei der Prüfung ergaben sich hinsichtlich einiger Merkmale geringfügige Unterschiede in den Verteilungen der Stichprobe zu denen in der Grundgesamtheit. Beispielsweise haben sich weibliche Studierende gegenüber ihren männlichen Kommilitonen überproportional an der Befragung beteiligt, ebenso wichen die Anteile Studierender von Fachhochschulen und Universitäten in geringem Umfang von den Relationen in der Grundverteilung ab. Um diese Abweichungen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit auszugleichen und zu gewährleisten, dass die befragte Stichprobe den Verteilung in der Grundgesamtheit entspricht, wurden im Rahmen einer Anpassungsgewichtung entsprechende Gewichtungsfaktoren berechnet und diese erneut einer sorgfältigen methodischen und inhaltlichen Prüfung unterzogen. In die Anpassungsgewichtung einbezogen wurden schließlich die folgenden Merkmale: Geschlecht, Hochschulart (Universitäten/Fachhochschulen), Region (West-/Ost-Länder), Fächergruppen und Hochschulsesemester (gruppiert).

Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt – in Anlehnung an die Vorgehensweise des RKI – in Form von voneinander unabhängigen Faktenblättern. Dies erleichtert die Orientierung in einzelnen Themenbereichen und deren Aufbereitung für Diskussions- und Gestaltungsprozesse. Folgende wesentliche Themenbereiche werden dabei gesondert adressiert:

- Soziodemografie
- Gesundheit
- Ressourcen und Anforderungen im Studium
- Gesundheitsbezogenes Verhalten

Zum Themenbereich Soziodemografie gehört das Faktenblatt Stichprobe, in dem die Merkmale Geschlecht der Befragten, Alter, Staatsangehörigkeit und Studienstatus dargestellt werden. Es folgen Faktenblätter zur Familiensituation und der subjektiven sozialen Herkunft der befragten Studierenden.² Der Themenbereich Gesundheit bündelt allgemeine und studienspezifische Gesundheitsindikatoren. Dazu zählen die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit, der Lebenszufriedenheit, Angaben zu Depressivität und der generalisierten Angststörung sowie zu Stress und körperlichen Beschwerden der Studierenden. Darüber hinaus wird mit den Faktenblättern zu Burnout und zum Engagement explizit die studienspezifische Gesundheit dargestellt. Ressourcen und Anforderungen im Studium bilden den dritten Themenbereich, in dem strukturelle Ressourcen des Studiums sowie die soziale Unterstützung durch Kommiliton(inn)en oder Lehrende eine wesentliche Rolle einnehmen. Außerdem werden die geistigen Anforderungen der Studierenden, die proaktive Mitgestaltung durch Studierende sowie deren Selbstwirksamkeitserwartung als personale Ressource näher betrachtet. Der letzte Themenbereich Gesundheitsbezogenes Verhalten umfasst als Faktenblätter einerseits die körperliche und sportliche Aktivität und andererseits Rauchen, Alkoholkonsum, Substanzkonsum und Medikamentenkonsum. Ferner wird dem Präsentismus und krankheitsbedingten Fehlzeiten ein Faktenblatt gewidmet.

Innerhalb der themenspezifischen Faktenblätter werden die Ergebnisse jeweils nach vier Auswertungsmerkmalen differenziert dargestellt: Geschlecht, Fächergruppen, Hochschultyp sowie Studienjahre. Die Faktenblätter sind voneinander unabhängig und weisen eine einheitliche Struktur auf. In der Einleitung wird nach einer kurzen Definition des jeweiligen Themas dessen Public Health-Relevanz beschrieben, insbesondere die Bedeutsamkeit für Studierende. Dargestellt werden Aspekte der Verbreitung, die Schweregrade und mögliche Folgen. Es folgt die Erläuterung der gewählten Methode mit der Beschreibung der Fragestellung(en) und der Operationalisierung des Themas. Die signifikanten Unterschiede, z. B. zwischen männlichen und weiblichen Studierenden bzw. Studierenden verschiedener Fächergruppen, werden unter dem Abschnitt Kernaussagen stichpunktartig

² Für darüber hinaus gehende Informationen zur Situation Studierender, z. B. zur Studienfinanzierung, zu den Einnahmen, Mietausgaben oder auch zum wöchentlichen Zeitaufwand/Workload kann auf die Ergebnisse der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt vom deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung zurückgegriffen werden (Middendorff et al., 2017). Auf diese Quelle seien insbesondere Hochschulen verwiesen, die die hochschulischen Befunde hinsichtlich dieser Merkmale mit der Grundgesamtheit aller Studierenden abgleichen möchten (Referenzwerte).

zusammengefasst und durch eine bläuliche Schattierung optisch hervorgehoben. Im Abschnitt Ergebnisse werden die zentralen Befunde ausführlicher beschrieben. Sofern verfügbar, werden die Ergebnisse mit thematisch passenden Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen ähnlicher Altersgruppen in Beziehung gesetzt. Es schließen sich Literaturangaben sowie die grafische Ergebnisdarstellung in Form von Diagrammen an.

In den Diagrammen und Tabellen sind 95-Prozent-Konfidenzintervalle sowohl für Mittelwerte als auch Prävalenzen der erhobenen Variablen dargestellt. Das Konfidenzintervall beschreibt in diesem Bericht den Wertebereich, in dem die (nicht bekannten) Werte der Grundgesamtheit aller Studierenden mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit liegen. Die Daten wurden dafür häufig zusammenfassend gruppiert, d. h. anhand von Schwellen- oder Grenzwerten einer von zwei Ausprägungen zugewiesen (z. B. hoch vs. niedrig), um die Prävalenzen anschaulich und die Konfidenzintervalle überhaupt berichten zu können. Für die Berechnung von Konfidenzintervallen der Mittelwerte wurde außerdem eine ausreichend große Stichprobe von $n \geq 30$ für die jeweils betrachtete Variable vorausgesetzt. Für die Berechnung von Konfidenzintervallen im Rahmen der Prävalenzen wurden eine ausreichend große Gesamtstichprobe (n) und ausreichend große relative Anteile (p , q) von dieser (Ausprägung vorhanden vs. nicht vorhanden) vorausgesetzt. Das Verhältnis von der Gesamtstichprobe (n) sowie den Anteilswerten (p , q) musste dabei groß genug sein; als Kriterium wurde ein Wert ≥ 9 eingesetzt ($n \cdot p \cdot q \geq 9$). Waren diese Voraussetzungen nicht erfüllt, wurde kein Konfidenzintervall berichtet.

Den Anregungen der Studierenden sowie den Kontroversen zum Genderbegriff folgend, wurde der bislang dichotomen Einteilung (Frau/Mann) eine weitere Kategorie („Ich möchte/kann mich keinem der beiden Geschlechter zuordnen.“) hinzugefügt. 30 Befragte (0,5 %) ordneten sich dieser Kategorie zu. Da diese Gruppe vergleichsweise klein und in sich sehr heterogen ist, wurde in der Darstellung der Ergebnisse keine gesonderte Auswertung vorgenommen.

Literatur

- Gusy, B. (2010). Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 250–256. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0237-2>
- Gusy, B., Lohmann, K. & Wörfel, F. (2015). Gesundheitsmanagement für Studierende - eine Herausforderung für Hochschulen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. (Fehlzeiten-Report, Bd. 2015, S. 249–258). Berlin: Springer. Verfügbar unter doi 10.1007/978-3-662-47264-4_22
- Gusy, B., Wörfel, F. & Lohmann, K. (2016). Erschöpfung und Engagement im Studium. Eine Anwendung des Job Demands-Resources Modells. *European Journal of Health Psychology (Zeitschrift für Gesundheitspsychologie)*, 24(1), 41–53. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000153>
- Kriener, C., Schwerdtfeger, A., Deimel, D. & Köhler, T. (2016). Psychosoziale Belastungen, Stressempfinden und Stressbewältigung von Studierenden der Sozialen Arbeit: Ergebnisse einer quantitativen Studie. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108643>
- Middendorff, 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). Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/21._Sozialerhebung_2016_Hauptbericht.pdf
- Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (1998). *Health promoting universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization.

Zusammenfassung

Der vorliegende Gesundheitsbericht „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ zeichnet erstmalig ein repräsentatives Bild der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens Studierender sowie deren Wahrnehmung und Bewertung der Anforderungen und Ressourcen ihres Studiums an deutschen Hochschulen. Das Projekt wurde in Kooperation zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin sowie der Krankenkasse Die Techniker durchgeführt.

Studierende gehören, auch aufgrund ihres Lebensalters, zu einer eher gesunden Bevölkerungsgruppe (Robert Koch-Institut [RKI], 2014). Da sie überwiegend aus sozial besser gestellten Haushalten kommen (Middendorff et al., 2017), die einen vergleichsweise besseren subjektiven Gesundheitszustand aufweisen, wäre anzunehmen, dass Studierende einen noch besseren Gesundheitszustand aufweisen als altersgleiche junge Erwachsene, die nicht studieren.

An der HISBUS-Online-Befragung, die von Juni bis August 2017 durchgeführt wurde, nahmen insgesamt 6.198 Studierende teil. Das mittlere Alter der Befragten lag bei 26,4 Jahren, der Frauenanteil bei 49,7 %. Der Fragebogen bündelt demografische Angaben, unterschiedliche Gesundheitsmaße, wahrgenommene Ressourcen und Anforderungen des Studiums sowie ausgewählte Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen. Eingesetzt wurden etablierte, in Vorstudien evaluierte, Messinstrumente.

Für die vorliegende Zusammenfassung wurden einige zentrale Aspekte der Befragung ausgewählt: In Bezug auf die Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten wurde der Fokus auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern gelegt, bezogen auf die Ressourcen und Anforderungen im Studium lag er auf Unterschieden zwischen Universitäten und Fachhochschulen. Eine differenzierte Auswertung nach Geschlecht, Fächergruppen, Hochschultyp sowie Studienjahren erfolgt innerhalb der jeweiligen Themenbereiche. Der vorliegende Gesundheitsbericht kann als Grundlage genutzt werden, um Gesundheitspotenziale und -risiken Studierender zu identifizieren sowie Stärken aus- und Schwächen abzubauen.

Gesundheit

Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird die Gesundheit in ihren positiven und negativen Facetten abgebildet. Neben allgemeinen positiven Gesundheitsmaßen wie der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (WHO) sowie der subjektiven Lebenszufriedenheit wurden auch studienspezifische Gesundheitsmaße berücksichtigt, insbesondere Engagement sowie Burnout im Studium. Darüber hinaus wurden mit körperlichen Beschwerden sowie Ängstlichkeit und Depressivität auch explizit beeinträchtigende Gesundheitsmaße aufgegriffen.

Mit nahezu 82 % schreibt sich zwar der weit überwiegende Teil der befragten Studierenden eine gute oder sehr gute Gesundheit zu. Dieser Wert liegt jedoch deutlich unter dem einer altersgleichen repräsentativen Stichprobe (RKI, 2014). Insbesondere weibliche Studierende berichten vielfältige physische und psychische Beschwerden: 21,2 % von ihnen leiden unter Symptomen einer generalisierten Angststörung, mehr als drei Viertel haben mindestens ein paar Mal im Monat körperliche Beschwerden, wie z. B. Kopf-, Glieder- oder Rückenschmerzen, und mehr als ein Viertel klagt über ein hohes Maß an Erschöpfung – dem Initialsymptom von Burnout. Ihren männlichen Kommilitonen geht es zwar physisch und

psychisch vergleichsweise besser, sie berichten allerdings anteilig seltener, mit ihrem Leben weniger zufrieden zu sein (♀: 77,4 % vs. ♂: 71,6 %). Es gibt aber auch Positives hervorzuheben: Insgesamt zeigt sich mit 47,5 % fast die Hälfte der Studierenden hoch engagiert im Studium – ein Maß des studienbezogenen Wohlbefindens.

Ressourcen und Anforderungen im Studium

Darüber hinaus wurden Merkmale der Studiensituation erfasst, die möglicherweise einen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der Studierenden haben. Neben den geistigen Anforderungen wurden insbesondere soziale Ressourcen (durch Studierende und Lehrende) sowie strukturelle Ressourcen (z. B. Handlungs- und Zeitspielraum) des Studiums erfasst. Des Weiteren wurde erhoben, welchen Einfluss die Studierenden proaktiv auf die Gestaltung ihres Studiums ausüben und inwiefern sie über Selbstwirksamkeit verfügen, um beispielsweise mit studienbezogenem Stress umzugehen.

Die Studierenden fühlen sich durch ihr Studium „oft“ geistig herausgefordert, wobei Studierende an Universitäten ihr Studium als anspruchsvoller bewerten als jene an Fachhochschulen. Die wahrgenommenen strukturellen Ressourcen des Studiums sind moderat ausgeprägt. Hier wiederum berichten Studierende an Fachhochschulen, dass sie in ihrem Studium vergleichsweise mehr Schlüsselqualifikationen für ihre berufliche Zukunft erwerben; Studierende an Universitäten verfügen dagegen über mehr Freiräume und Wahlmöglichkeiten in ihrem Studium. Auch die wahrgenommene Unterstützung durch Studierende und durch Lehrende ist moderat ausgeprägt und wird von Studierenden an Fachhochschulen höher bewertet. Hinsichtlich der Mitgestaltung des Studiums sind die Studierenden vorwiegend darin engagiert, ihre strukturellen Ressourcen auszubauen und ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Vergleichsweise weniger initiieren sie neue herausfordernde Anforderungen und bemühen sich um den Ausbau ihrer sozialen Ressourcen. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung entspricht im Mittel in etwa der einer bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006).

Gesundheitsbezogenes Verhalten

Unter gesundheitsbezogenem Verhalten werden im vorliegenden Gesundheitsbericht diverse Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen verstanden. Gesundheitsverhalten ist jedes präventive Verhalten, das die Gesundheit fördert, langfristig erhält und Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert, und somit die Lebenserwartung verlängert, wie z. B. körperliche bzw. sportliche Aktivität. Risikoverhalten dagegen schädigt die Gesundheit und schränkt gegebenenfalls die Leistungsfähigkeit ein, wie z. B. Rauchen, der Konsum von Alkohol und Medikamenten sowie illegaler Drogen, aber auch die krankheitsbedingte Abwesenheit sowie die Anwesenheit an der Hochschule trotz gesundheitlicher Beschwerden.

Die Daten des Projekts wurden – wenn möglich – mit Daten aus bevölkerungsrepräsentativen Studien verglichen, insbesondere denen des RKI sowie der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Studierende verhalten sich in vielen Aspekten ungesünder als altersgleiche junge Erwachsene, die nicht studieren. Sie trinken häufiger und exzessiver Alkohol und konsumieren häufiger Cannabis (RKI, 2014). Auch der Konsum von Kokain und psychoaktiven Pilzen ist unter Studierenden weiter verbreitet als bei Nichtstudierenden, insbesondere unter weiblichen (Orth, 2016). Zudem treiben Studierende – männliche wie

weibliche – weniger Sport als der altersgleiche Durchschnitt. Lediglich der Anteil an Raucher(inne)n ist unter Studierenden geringer als in der altersgleichen repräsentativen Stichprobe (RKI, 2014). Darüber hinaus haben mehr als die Hälfte im vergangenen Monat Schmerzmittel eingenommen. Hier ist die Prävalenz mit 67,9 % bei weiblichen Studierenden deutlich höher als bei männlichen Studierenden. Antidepressiva werden von etwas mehr als fünf Prozent eingenommen, Betablocker scheinen dagegen kein gravierendes Problem darzustellen. Ungefähr zwei Tage fehlten Studierende im Monat vor der Befragung krankheitsbedingt; einen weiteren Tag haben sie für das Studium gearbeitet, obwohl sie dies aufgrund von Krankheit nicht hätten tun sollen.

Resümee

Die Ergebnisse des Gesundheitsberichts zeigen, dass Studierende sich weder gesünder beschreiben noch gesünder verhalten als der altersgleiche Anteil der Bevölkerung, der nicht studiert. Studierende bewerten im Vergleich zu Gleichaltrigen ihre Gesundheit schlechter und weisen häufiger physische und psychische Beschwerden auf – insbesondere weibliche Studierende. Darüber hinaus zeigen sie vermehrt gesundheitsschädigendes Verhalten, wie z. B. problematischen Konsum von Alkohol, diverser illegaler Drogen sowie Schmerzmitteln. Hinzu kommt, dass sie weniger Sport treiben. Der Anteil an Raucher(inne)n ist dagegen wesentlich geringer als im altersgleichen Durchschnitt.

Zu klären bleibt, welchen Einfluss die moderat ausgeprägten Anforderungen und Ressourcen, die das Studium bietet, auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben, und welche Möglichkeiten sich für Hochschulen daraus ergeben, die Gesundheit ihrer Studierenden substantziell zu verbessern.

Literatur

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52(1), 26–32.

Middendorff, 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). Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/21._Sozialerhebung_2016_Hauptbericht.pdf

Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 09.02.2018. Verfügbar unter http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/DAS_2015_Basis-Bericht_fin.pdf

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). RKI, Berlin. Zugriff am 09.02.2018. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile

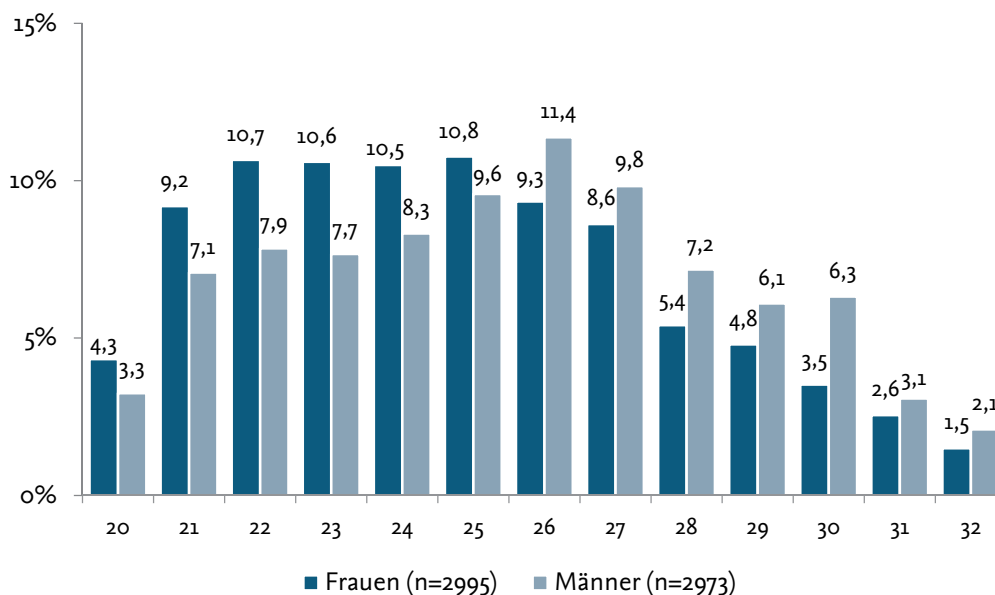
Stichprobenbeschreibung

Nach Plausibilisierung und Bereinigung der Daten konnten die Antworten von insgesamt 6.198 Studierenden in der Auswertung berücksichtigt werden.

Weibliche und männliche Studierende sind unter den Teilnehmenden gleich verteilt (49,7 % vs. 49,8 %), 0,5 % der befragten Studierenden möchten sich keinem Geschlecht zuordnen.

Das Durchschnittsalter liegt bei 26,4 Jahren. Die jüngsten Studierenden sind zum Befragungszeitpunkt 17 Jahre, die ältesten 69 Jahre alt. Bis zum Alter von 25 Jahren sind weibliche Studierende unter den Befragten überrepräsentiert, ab 26 Jahren dreht sich das Verhältnis um.

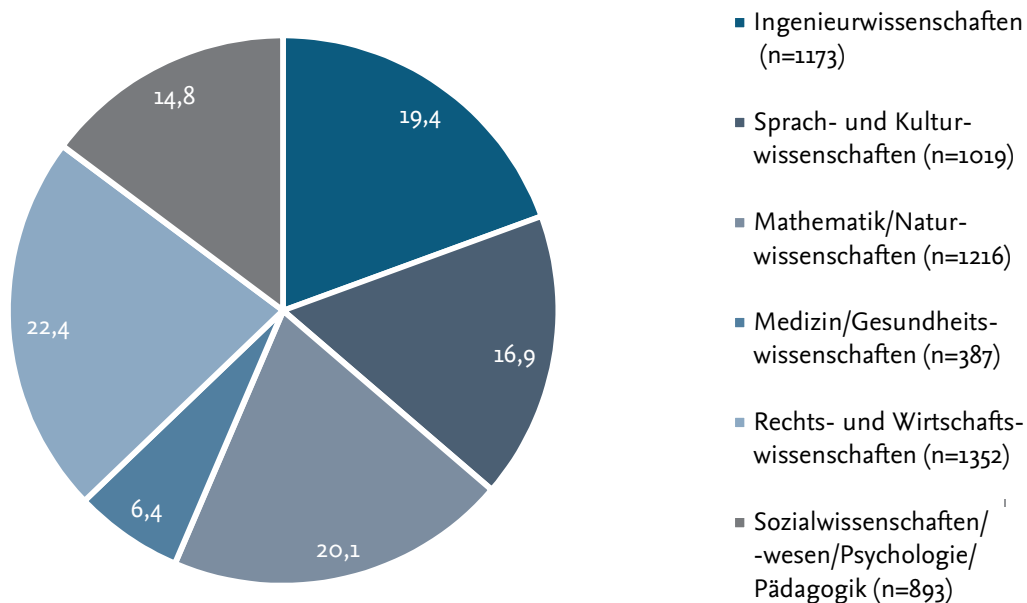
Abbildung 1: Alter der Befragten, differenziert nach Geschlecht.



Anmerkung: Die gering besetzten Altersstufen 18-19 und 33-69 sind in dieser Grafik aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

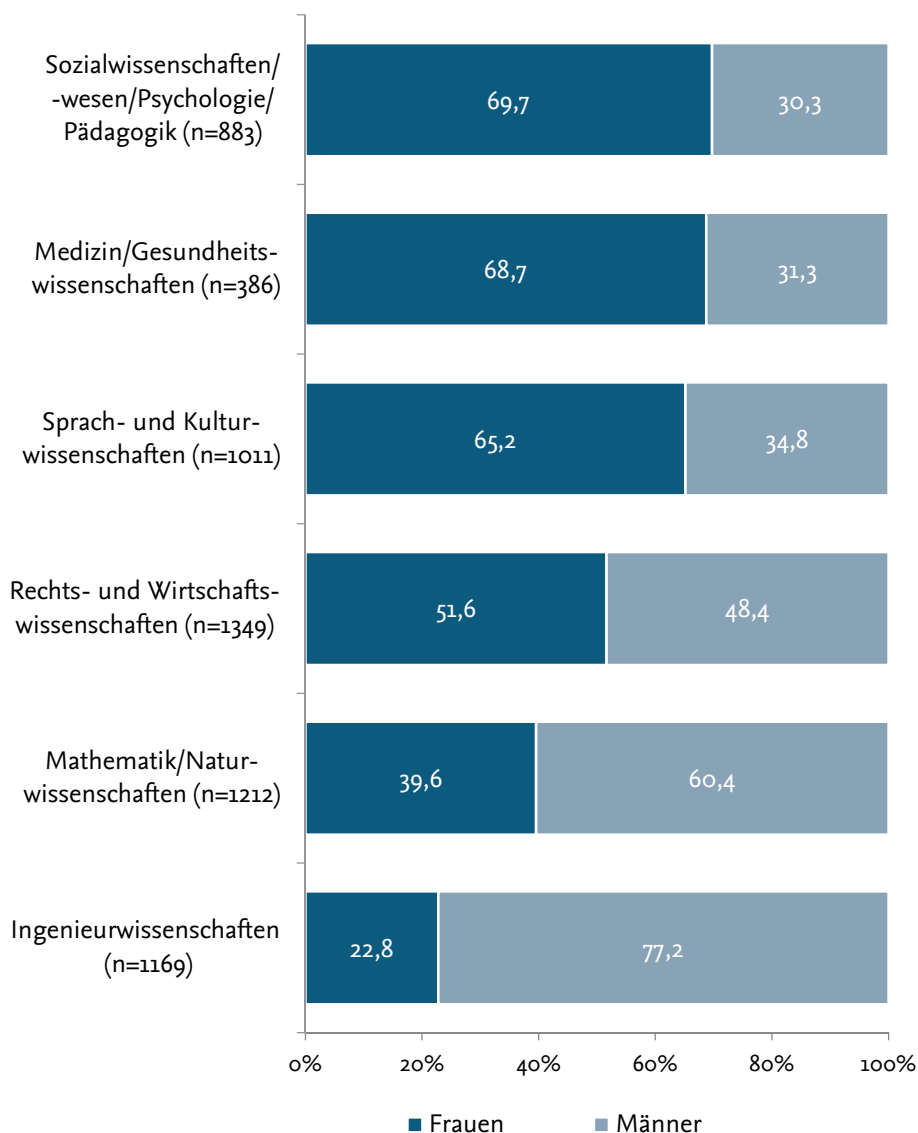
Die meisten Befragten studieren ein Fach innerhalb der Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (22,4 %), Mathematik und Naturwissenschaften (20,1 %) sowie der Ingenieurwissenschaften (19,4 %). Studierende der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften sind hingegen am seltensten vertreten (6,4 %).

Abbildung 2: Anteile der Studierenden nach Fächergruppen.



Innerhalb der Fächergruppen ist die Zusammensetzung nach Geschlecht sehr unterschiedlich: Der Anteil weiblicher Studierender ist besonders hoch in der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (69,7 %), im Bereich Medizin/Gesundheitswissenschaften (68,7 %) sowie in den Sprach- und Kulturwissenschaften (65,2 %). In der Fächergruppe Rechts- und Wirtschaftswissenschaften ist das Verhältnis fast ausgewogen (der Anteil der weiblichen Studierenden beträgt 51,6 %). In den Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften sowie Ingenieurwissenschaften sind männliche Studierende überproportional stark vertreten (60,4 % bzw. 77,2 %).

Abbildung 3: Anteile der Studierenden nach Fächergruppen, differenziert nach Geschlecht.



Knapp die Hälfte der teilnehmenden Studierenden ist in einem Bachelorstudiengang (49,7 %), etwas weniger als ein Drittel in einem Masterstudiengang eingeschrieben (31,4 %). Etwa jeder zehnte Studierende (10,7 %) strebt zum Befragungszeitpunkt ein Staatsexamen an, 5,5 % befinden sich in der Promotionsphase. Zu den Diplomstudierenden gehören nur 1,6 % aller Befragten.

Unter den Befragten sind weibliche Studierende im Staatsexamen (56,8 %), in den Promotionsstudiengängen (55,3 %) sowie in den Diplomstudiengängen (53,2 %) anteilig häufiger als männliche, in Bachelor- und Masterstudiengängen hingegen seltener als diese vertreten (43,5 % bzw. 32,8 %).

Abbildung 4: Anteile der Studierenden nach angestrebtem Studienabschluss.

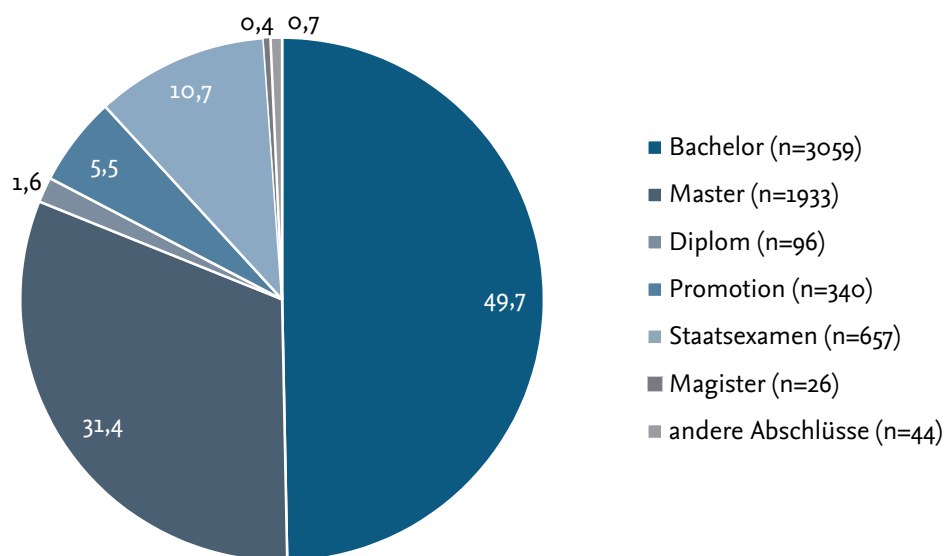
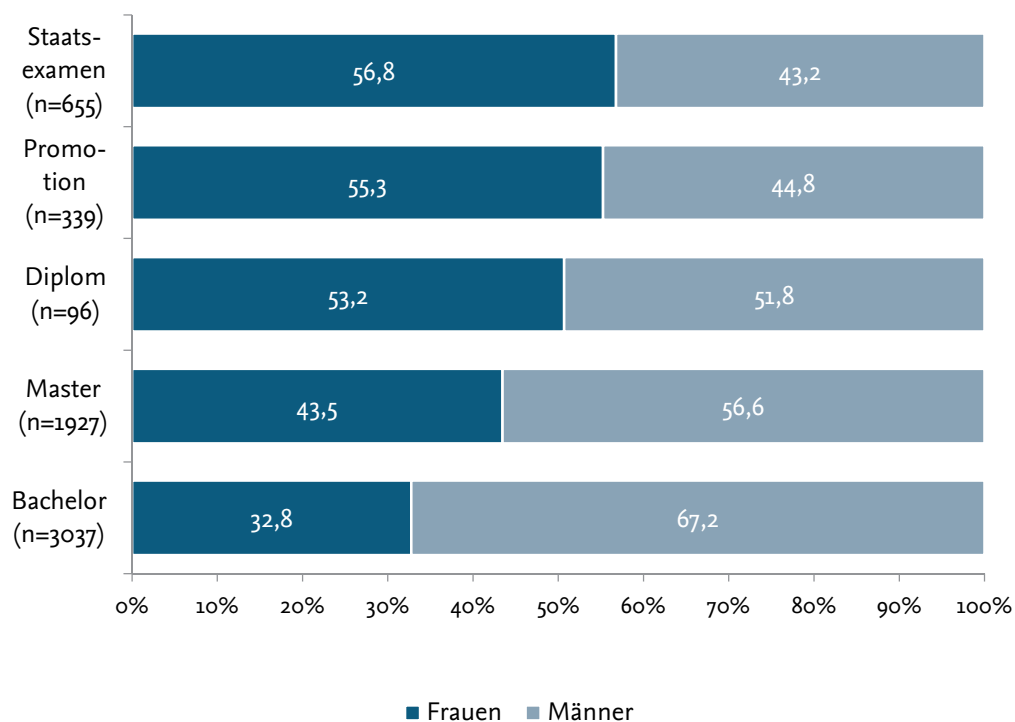


Abbildung 5: Anteile der Studierenden nach angestrebtem Studienabschluss, differenziert nach Geschlecht.



Anmerkung: Der Magisterabschluss bleibt wegen zu kleiner Fallzahlen in der Abbildung unberücksichtigt.

Die Zusammensetzung der Stichprobe nach Studienjahren zeigt, dass das erste Studienjahr unterdurchschnittlich³, das zweite hingegen überdurchschnittlich stark vertreten ist. Etwas weniger als die Hälfte der teilnehmenden Studierenden (43,4 %) ist maximal im dritten Studienjahr.

Die Verteilung nach Geschlecht in den Studienjahren zeigt, dass der Anteil weiblicher Studierender bis zum dritten Studienjahr über dem Anteil der Männer liegt und sich dann wieder deutlich annähert. Im sechsten und ab dem achten Studienjahr haben anteilig etwas mehr männliche als weibliche Studierende an der Befragung teilgenommen.

Abbildung 6: Anteile der Studierenden nach Studienjahren.

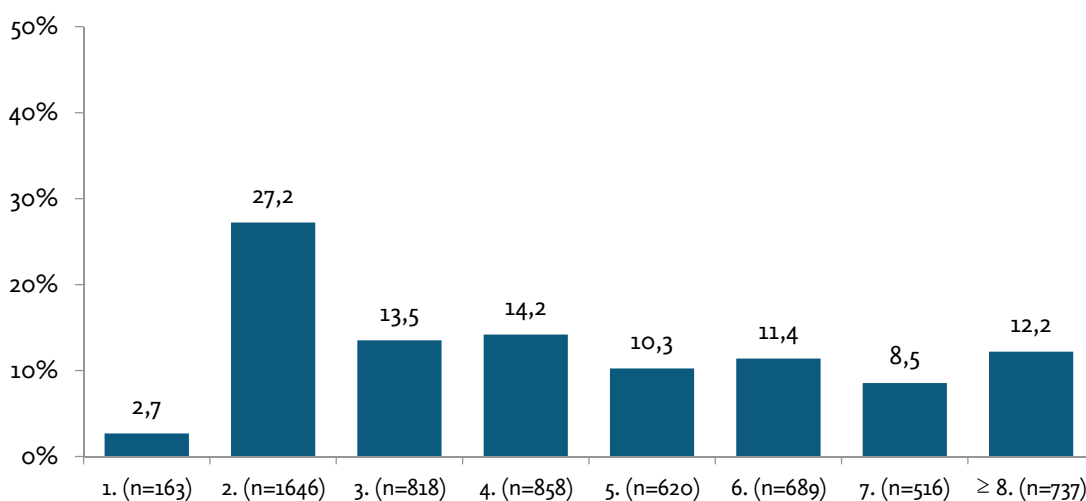
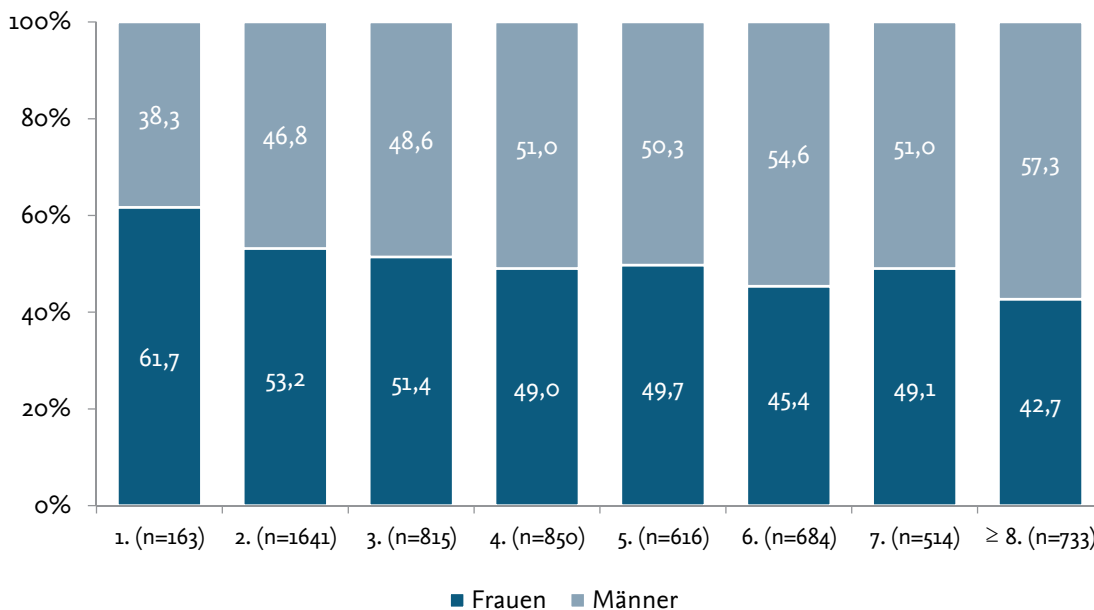


Abbildung 7: Anteile der Studierenden nach Studienjahren, differenziert nach Geschlecht.



³ Daher werden die Werte des ersten Studienjahres im gesamten Projekt mit Vorsicht interpretiert.

Die absolute Mehrheit der Teilnehmenden besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (91,9 %). Jeweils sehr geringe Anteile der Befragten haben die deutsche und eine andere Staatsbürgerschaft (4,5 %) oder eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft (3,6 %). Die Differenzierung nach Geschlecht zeigt hier nahezu keine Unterschiede.

Familiensituation

Einleitung

Die Familiensituation der Studierenden übt – als wichtige soziale Rahmenbedingung außerhalb der Hochschule – besonderen Einfluss auf die Gesundheit, die Wahrnehmung des Studiums und den Studienverlauf aus. Neben dem familiären Umfeld der Studierenden, einer eigenen Familie und Freunden, gilt eine stabile Partnerschaft als bedeutsame Quelle sozialer Unterstützung (Knoll & Schwarzer, 2005; Taylor, 2011), mit positiver Wirkung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (für eine Übersicht: Carr & Springer, 2010). Fehlende soziale Unterstützung durch nahestehende Personen steht bei Studierenden in starkem Zusammenhang mit Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Fehlernährung und mangelnder Bewegung sowie depressiven Symptomen (Allgöwer, Wardle & Steptoe, 2001). Stabile Beziehungen sind somit einerseits individuelle Ressourcen, die das Leben bereichern, aber auch die Stressbewältigung unterstützen.

Andererseits können familiäre Gegebenheiten, z. B. das Studieren mit Kind⁴, auch verstärkt Ressourcen erfordern. Eltern unterbrechen deutlich häufiger als ihre kinderlosen Mitstudierenden ihr Studium und bewerten zudem öfter die zeitliche Belastung durch das Studium als (zu) hoch, weshalb sie vermehrt in Teilzeit studieren (Middendorff et al., 2017). Diese relativ kleine Gruppe Studierender (2012: 5 %, 2016: 6 %; Middendorff et al., 2017) unterscheidet sich in vielen soziodemografischen Merkmalen, wie Erwerbstätigkeit, Einkommen oder Stellenwert des Studiums, erheblich von ihren Mitstudierenden (Middendorff, Apolnarski, Poskowsky, Kandulla & Netz, 2013).

Methode

Zur Einschätzung der familiären Situation wurden die Studierenden gefragt, ob sie in einer festen Partnerschaft leben und ob sie Kinder haben. Studierende mit Kind wurden ergänzend nach deren Anzahl sowie nach dem Alter des jüngsten Kindes gefragt.

⁴ „Studierende mit Kind“ bezeichnet alle, die ein Kind oder mehrere Kinder haben, unabhängig davon, wie alt diese sind, und ob sie mit den Eltern/dem Elternteil zusammenleben (gemäß dem Glossar der Sozialerhebung: http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_glossar.pdf)

Kernaussagen

- Deutlich mehr als die Hälfte der befragten Studierenden leben in einer festen Partnerschaft bzw. sind verheiratet (58,5 %).
- Weibliche Studierende geben zu 62,9 % an, in einer festen Partnerschaft zu leben bzw. verheiratet zu sein, unter den männlichen Studierenden sind es dagegen 54,0 %.
- Feste Partnerschaften finden sich zu besonders hohen Anteilen in der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaft (53,5 %), wohingegen es unter den Studierenden der Fächergruppe Rechts- und Wirtschaftswissenschaften nur 40,8 % sind.
- 6,2 % der Studierenden haben (mindestens) ein Kind.

Ergebnisse

58,5 % der Studierenden leben in einer festen Partnerschaft bzw. sind verheiratet. Eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass signifikant mehr weibliche als männliche Studierende in einer festen Partnerschaft leben oder verheiratet sind (♀: 62,9 %; ♂: 54,0 %). Insbesondere in der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften gibt mehr als jede(r) zweite Studierende an, in einer festen Partnerschaft zu leben (53,5 %), beinahe ebenso groß ist der Anteil in den Sprach- und Kulturwissenschaften (50,8 %) und den Ingenieurwissenschaften (50,3 %), demgegenüber sind es in den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften nur 40,8 % der Studierenden. Hinsichtlich der Hochschulart gibt es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Beziehungsstatus (an Universitäten geben 59,0 % der Studierenden an, in einer festen Partnerschaft zu leben bzw. verheiratet zu sein, an Fachhochschulen sind es 57,5 %). Werden die Befunde nach Studienjahren betrachtet, zeigt sich, dass insbesondere Studierende des ersten Studienjahres den Status feste Partnerschaft bzw. Ehe angeben (68,1 %)⁵, weniger Studierende dagegen im zweiten bis vierten Studienjahr, ab dem fünften Studienjahr ist dagegen ein erneuter Anstieg der Prozentzahl auszumachen (62,2 % im fünften Studienjahr und 65,5 % im sechsten Studienjahr).

6,2 % der Studierenden haben mindestens ein Kind. Weibliche und männliche Studierende unterscheiden sich bei dieser Angabe nicht. Mehr als die Hälfte der Studierenden mit Kind hat ein Kind (53,4 %), mehr als ein Drittel gibt an, zwei Kinder zu haben (37,2 %). Ein vergleichsweise höherer Anteil Studierender mit Kind findet sich in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (9,6 %) und Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (8,8 %), am geringsten ist der Anteil in der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften (4,6 %). Der Anteil Studierender mit Kind unterscheidet sich nicht signifikant nach Art der besuchten Hochschule (5,5 % der Studierenden an Universitäten haben (mindestens) ein Kind, an Fachhochschulen sind es mit 7,6 % geringfügig mehr). Nach Studienjahren zeigt sich, dass insbesondere Studierende des ersten Studienjahres wie auch des achten und höheren Studienjahres angeben, (mindestens) ein Kind zu haben, die letztgenannte Gruppe unterscheidet sich hinsichtlich dieses Status` zudem signifikant von den Gruppen des zweiten bis siebten Studienjahres.

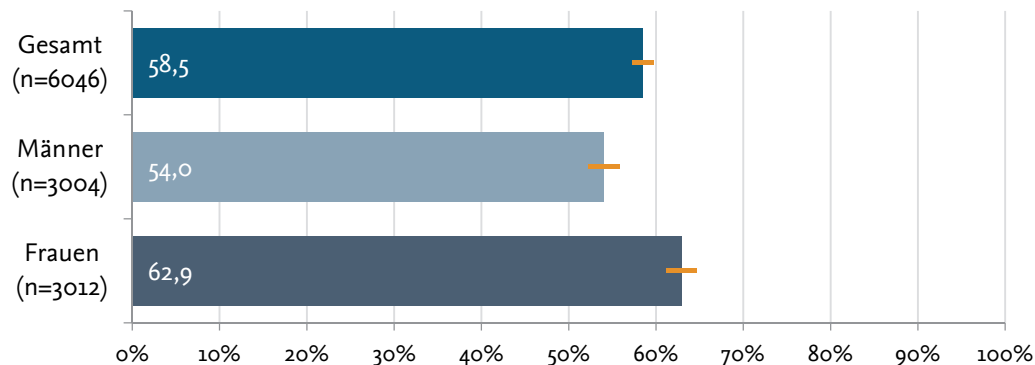
⁵ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Literatur

- Allgöwer, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology, 20* (3), 223–227.
- Carr, D. & Springer, K. W. (2010). Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and the Family, 72* (3), 743–761.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1, S. 333–349). Göttingen: Hogrefe.
- Middendorff, 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). Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/21._Sozialerhebung_2016_Hauptbericht.pdf
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Poskowsky, J., Kandulla, M. & Netz, N. (2013). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks - durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem* (Wissenschaft). Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. In M. S. Friedman (Hrsg.), *The Handbook of Health Psychology* (S. 189–214). New York: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009>

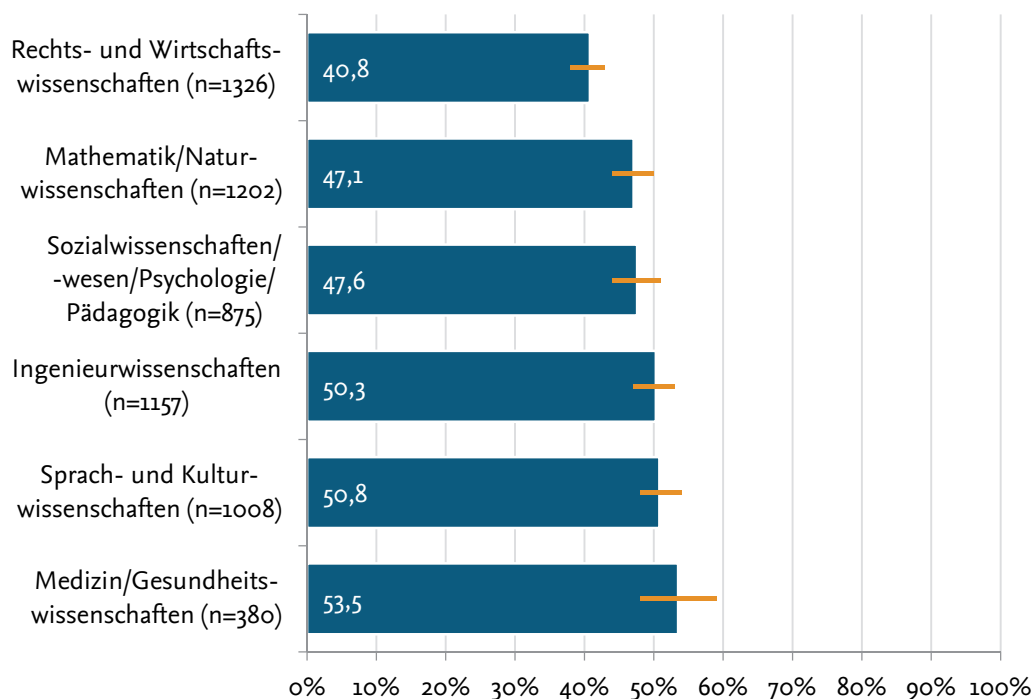
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Geschlecht.



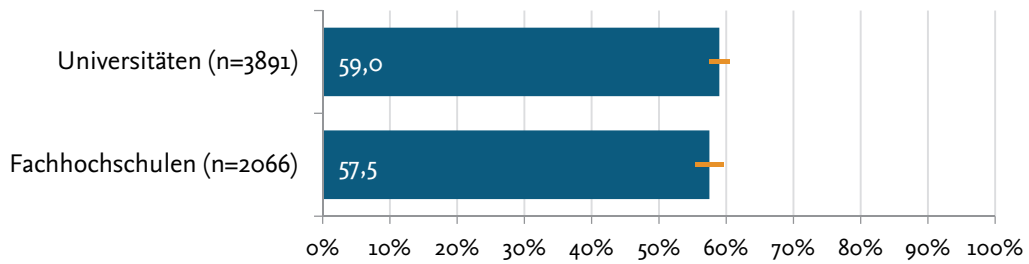
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die in einer festen Partnerschaft sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Fächergruppen.



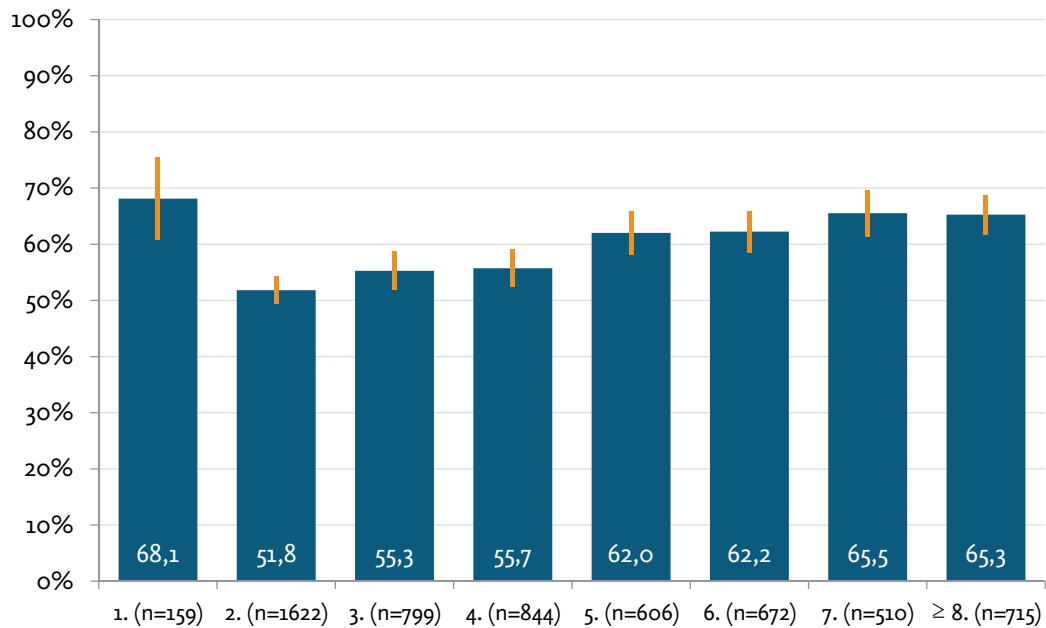
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die in einer festen Partnerschaft sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Hochschultyp.



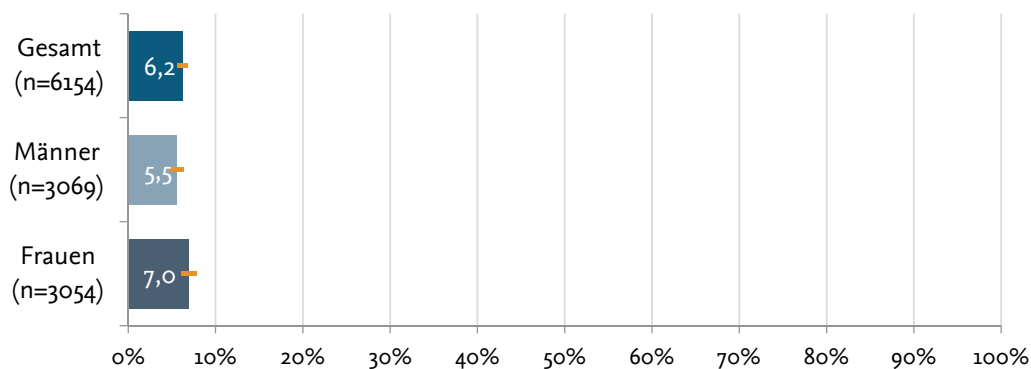
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die in einer festen Partnerschaft sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Studierende in fester Partnerschaft, differenziert nach Studienjahren.



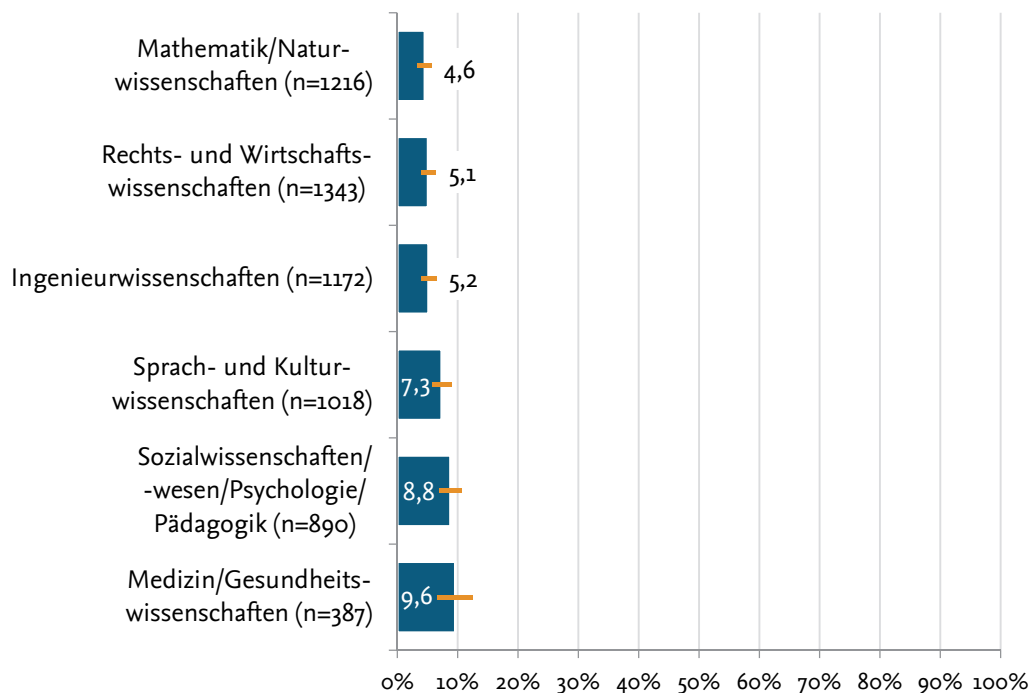
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die in einer festen Partnerschaft sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Studierende mit Kind, differenziert nach Geschlecht.



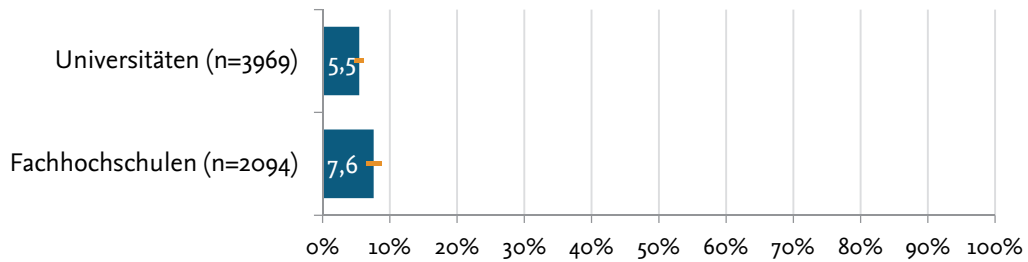
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens ein Kind haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Studierende mit Kind, differenziert nach Fächergruppen.



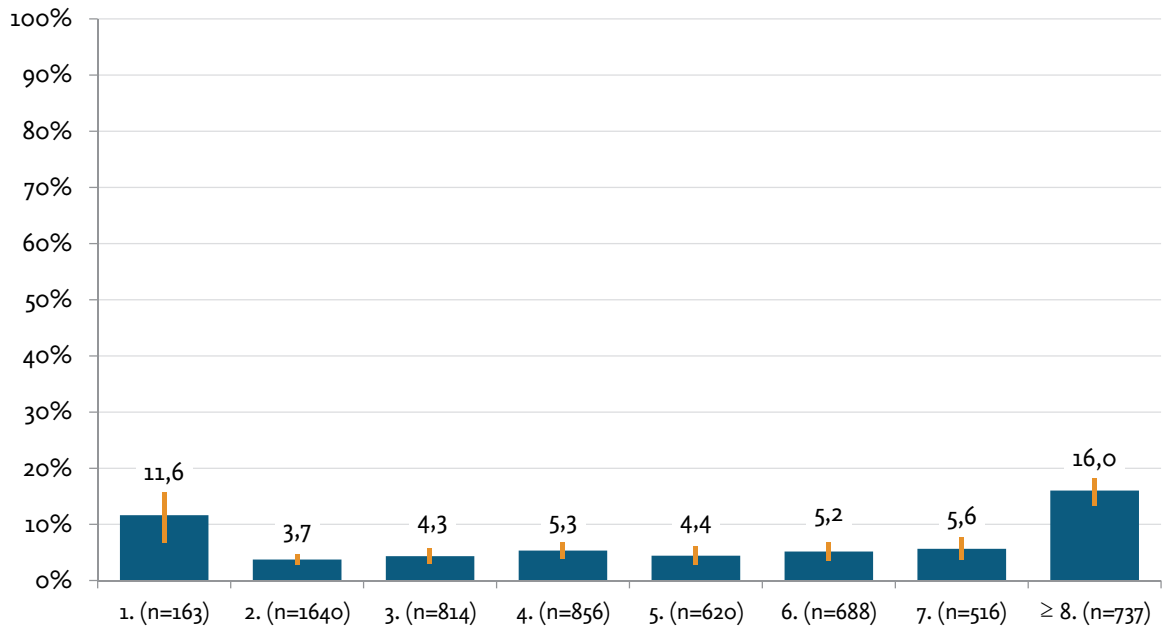
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens ein Kind haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Studierende mit Kind, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens ein Kind haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Studierende mit Kind, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens ein Kind haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Subjektive soziale Herkunft

Einleitung

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und sozialem Status gilt als gut belegt. Der soziale Status wird meist objektiv über Merkmale wie Einkommen, Bildung und Beruf bestimmt, in den letzten Jahren aber auch zunehmend über die subjektive Bewertung, Gewichtung und Bedeutung dieser objektiven Faktoren. Als Vorteil der Bestimmung des subjektiven sozialen Status (SSS) wird die größere Breite an statusbezogenen Informationen (Singh-Manoux, Marmot & Adler, 2005) angeführt, da er auch Gefühle sozialer Benachteiligung und unfairer Behandlung umfasst. So weisen zahlreiche Studien aus unterschiedlichen Ländern einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem SSS und einer großen Bandbreite an körperlichen und psychischen Gesundheitsindikatoren sowie gesundheitlichen Risikofaktoren nach (Euteneuer, 2014; Hegar & Mielck, 2010). Das bedeutet, dass ein niedriger SSS – auch nach statistischer Kontrolle objektiver Statusmerkmale wie Bildung oder Einkommen – mit größeren gesundheitlichen Belastungen bzw. ein höherer SSS mit gesteigerter Gesundheit einhergeht (Adler & Stewart, 2007). Insbesondere in Bezug auf den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, die psychische Gesundheit und das Stresserleben gibt es konsistente Hinweise.

Bei Studierenden konnte unter anderem gezeigt werden, dass ein niedriger SSS mit depressiven Gedanken und Grübeln assoziiert ist (Schubert, Süßenbach, Schäfer & Euteneuer, 2016); ein Zusammenhang, der auch länderübergreifend besteht (Scott et al., 2014). Zudem wurde der SSS als ein Prädiktor für die Anzahl sozialer Kontakte im Studium identifiziert, die wiederum die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflusst (Rubin, Evans & Wilkinson, 2016).

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden wird als Indikator für den SSS die (subjektive) soziale Herkunft verwendet, da Studierende weder über eine abgeschlossene Bildungskarriere verfügen noch – bis auf seltene Fälle – einen Beruf ausüben. Der soziale Status des Elternhauses gilt für Studierende als prägend für den Bildungsweg, den späteren Beruf sowie für gesundheitsbezogenes Verhalten.

Der enge Zusammenhang zwischen Bildungsentscheidungen und sozialer Herkunft wurde auch in den Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks wiederholt bestätigt. Studierende aus bildungsferneren Familien sind an Hochschulen unterrepräsentiert (Middendorff et al., 2017).

Methode

Zur Erfassung der subjektiven sozialen Herkunft wurde auf die deutsche Übersetzung der MacArthur Scale of Subjective Social Status (Adler, Epel, Castellazzo & Ickovics, 2000) von Hegar & Mielck (2010) zurückgegriffen, die sich international als Standard zur Bestimmung des SSS etabliert hat (Noll, 1999). Diese besteht aus einer imaginären Leiter mit zehn Sprossen, welche die soziale Stufung der Gesellschaft darstellen soll. Auf der untersten Sprosse (Skalenwert 1) sammeln sich die Menschen aus Haushalten mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs bzw. ohne Jobs. Der obersten Sprosse (Skalenwert 10) sollen sich hingegen diejenigen mit dem meisten Geld, der höch-

ten Bildung und den besten Jobs zuordnen. Die Studierenden wurden gebeten den Skalenwert anzugeben, der den Haushalt, in dem sie aufgewachsen sind, repräsentiert.

Kernaussagen

- Die überwiegende Mehrheit der Studierenden (67,5 %) ordnet ihre soziale Herkunft in der oberen Hälfte ein.
- Der Anteil Studierender, die den Haushalt, in dem sie aufgewachsen sind, mit dem Skalenwert 1 (unterster Wert) oder dem Skalenwert 10 (höchster Wert) bewerten, ist sehr gering (0,8 % bzw. 0,9 %).
- Studierende der Medizin/Gesundheitswissenschaften ($M=6,6$) ordnen sich in ihrer subjektiven sozialen Herkunft höher ein als Studierende anderer Fächergruppen.

Ergebnisse

Die Mehrheit der befragten Studierenden ordnet sich in Bezug auf die subjektive soziale Herkunft im oberen Mittelfeld ein ($M=6,1$). Bezogen auf diese Einstufung sind keine geschlechterspezifischen Unterschiede zu erkennen ($\varphi:M=6,2$; $\sigma:M=6,0$). Auf der imaginären Sprossenleiter, die die soziale Stufung der Gesellschaft bezüglich Bildung und finanzieller Möglichkeiten darstellen soll, ordnet sich nahezu ein Drittel der Studierenden (32,5 %) in der unteren Hälfte ein. Auf der jeweils niedrigsten und höchsten Stufe sehen sich indes wenige Studierende (0,8 % bzw. 0,9 %).

Studierende der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften mit der im Mittel höchsten selbst eingeschätzten subjektiven sozialen Herkunft ($M=6,6$) unterscheiden sich um 0,6 Punkte auf der Sprossenleiter von den Studierenden der Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften, Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik und Mathematik/Naturwissenschaften mit der (vergleichsweise) niedrigsten subjektiven sozialen Herkunft ($M=6,0$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Studierende an Universitäten ($M=6,2$) und Fachhochschulen ($M=6,0$) unterscheiden sich hingegen nicht signifikant in der subjektiven Einschätzung ihrer sozialen Herkunft.

Ebenso zeigen sich geringe Unterschiede bezüglich der Einstufung im Studienverlauf. Studierende des ersten Studienjahres⁶ ($M=6,4$) ordnen ihre soziale Herkunft auf der Sprossenleiter tendenziell höher ein als Studierende, die sich im achten oder höheren Studienjahr ($M=5,9$) befinden.

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, 19*(6), 586–592.

Adler, N. E. & Stewart, J. (2007). *The MacArthur Scale of Subjective Social Status*. Zugriff am 21.06.2017. Verfügbar unter <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/subjective.php>

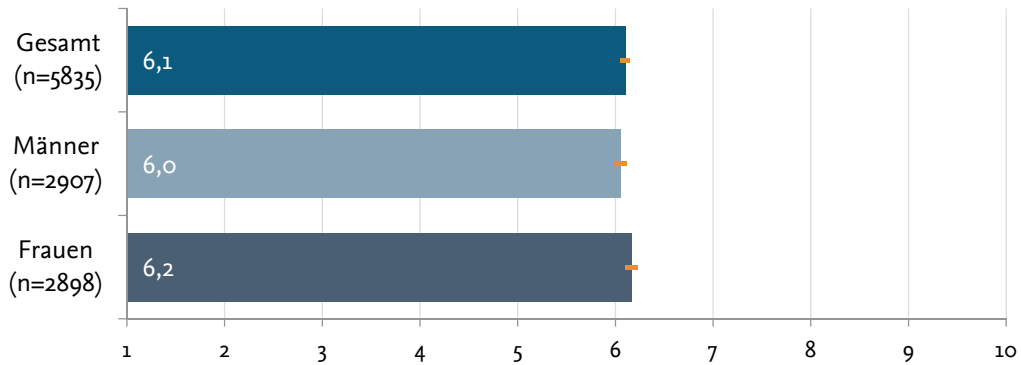
Euteneuer, F. (2014). Subjective social status and health. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(5), 337–343. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000083>

⁶ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

- Hegar, R. & Mielck, A. (2010). „Subjektiver sozialer Status“. Stellenwert für die Untersuchung und Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(4), 389–400. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0261-2>
- Middendorff, 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). Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/21._Sozialerhebung_2016_Hauptbericht.pdf
- Noll, H. H. (1999). Subjektive Schichteinstufung: Aktuelle Befunde zu einer traditionellen Frage. In W. Glatzer & I. Ostner (Hrsg.), *Deutschland im Wandel: Sozialstrukturelle Analysen* (S. 147–162). Opladen: Leske + Budrich.
- Rubin, M., Evans, O. & Wilkinson, R. B. (2016). A Longitudinal Study of the Relations Among University Students' Subjective Social Status, Social Contact with University Friends, and Mental Health and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(9), 722–737. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.9.722>
- Schubert, T., Süßenbach, P., Schäfer, S. J. & Euteneuer, F. (2016). The effect of subjective social status on depressive thinking: An experimental examination. *Psychiatry Research*, 241, 22–25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.081>
- Scott, K. M., Al-Hamzawi, A. O., Andrade, L. H., Borges, G., Caldas-de-Almeida, J. M., Fiestas, F. et al. (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>
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G. & Adler, N. E. (2005). Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic medicine*, 67(6), 855–861. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188434.52941.a0>

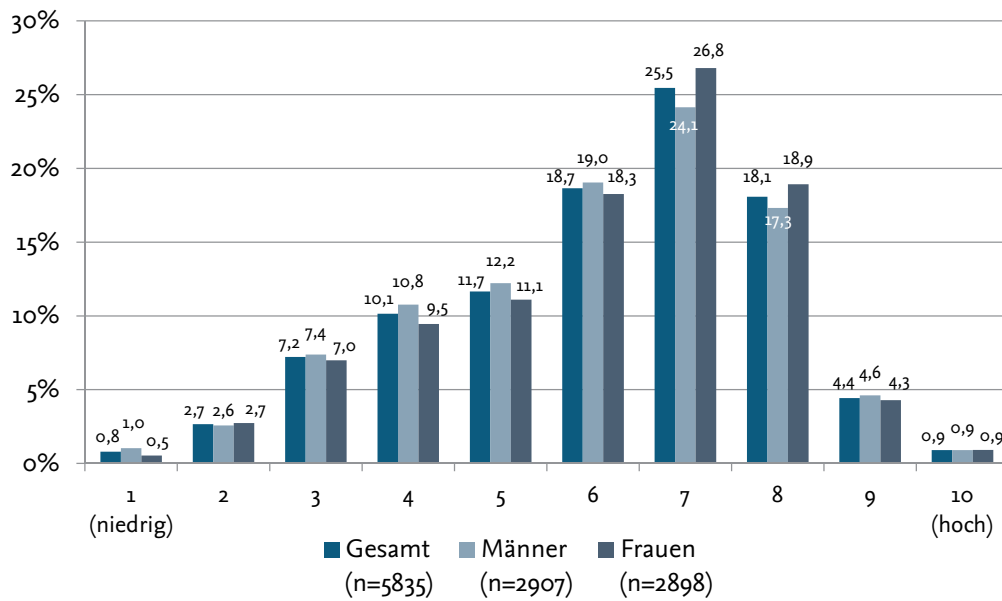
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Geschlecht.



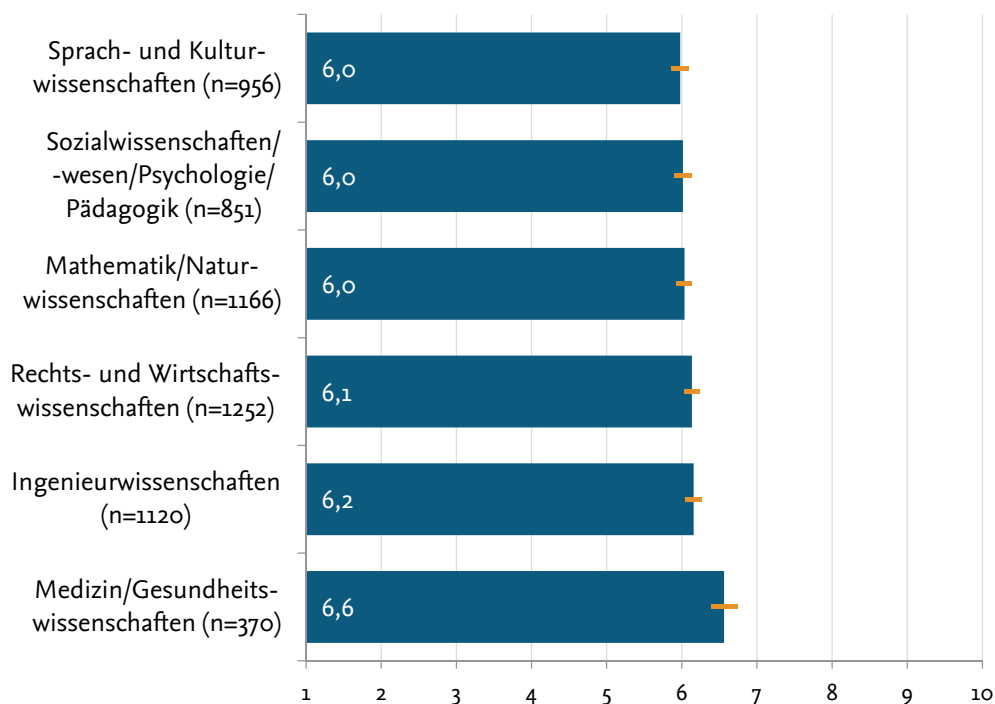
Anmerkung: Einordnung des Herkunftshaushalts im Verhältnis zu anderen Haushalten in Deutschland. Mittelwerte in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Subjektive soziale Herkunft auf der Sprossenleiter, differenziert nach Geschlecht.



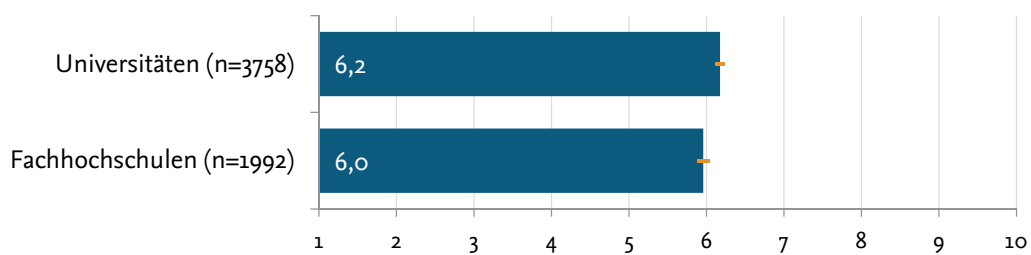
Anmerkung: Einordnung des Herkunftshaushalts im Verhältnis zu anderen Haushalten in Deutschland. Angaben in Prozent.

Abbildung 3: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Fächergruppen.



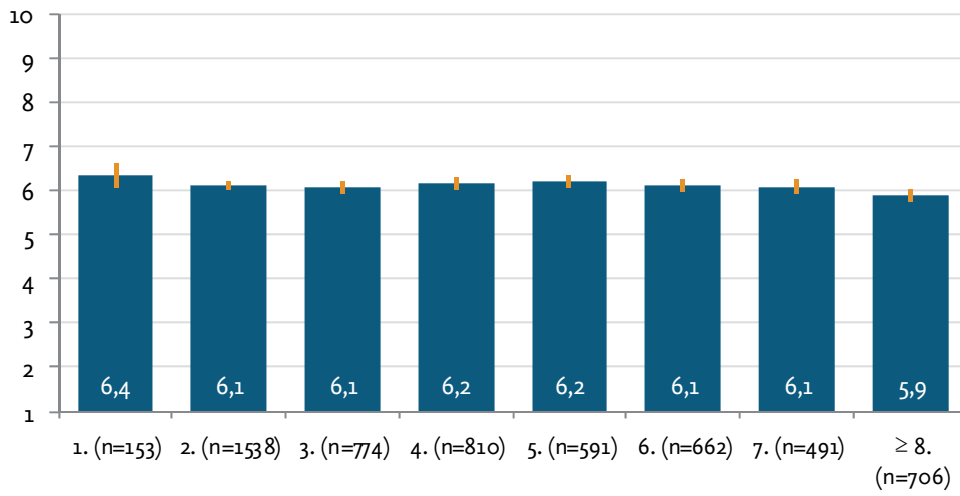
Anmerkung: Einordnung des Herkunftshaushalts im Verhältnis zu anderen Haushalten in Deutschland. Mittelwerte in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Einordnung des Herkunftshaushalts im Verhältnis zu anderen Haushalten in Deutschland. Mittelwerte in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Subjektive soziale Herkunft, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Einordnung des Herkunftshaushalts im Verhältnis zu anderen Haushalten in Deutschland. Mittelwerte in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Einleitung

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands stellt eine in Bevölkerungsstudien etablierte und international verbreitete Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit dar (Lange, M. et al., 2007). Unter „subjektiver Gesundheit“ wird der individuell erlebte Gesundheitszustand einer Person verstanden. Im Vergleich dazu wird der objektive Gesundheitszustand anhand ärztlicher Diagnosen und Laborparameter erfasst. Die subjektive Gesundheit umfasst zusätzlich Beschwerden, die keine medizinische Hilfe erfordern. Sie beinhaltet die allgemeine körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, das emotionale und psychische Wohlbefinden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2006) und bildet somit alle definitorischen Bestandteile der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 1948)⁷ ab. Allerdings scheint die physische Verfassung die wahrgenommene Gesundheit stärker zu prägen als mentale und soziale Aspekte (Mavaddat et al., 2010).

Zahlreiche Studien berichten über Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit und dem Auftreten chronischer Erkrankungen (Haseli-Mashhadi et al., 2009; Hayes et al., 2008; Riise, H. Kristin Refvik, Riise, Natvig & Daltveit, 2014; Tomten, 2007). Zudem erweist sich die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands in der Literatur als aussagekräftiger Prädiktor für das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Foti & Eaton, 2010; Vingilis, Wade & Seeley, 2007) sowie für Fehlzeiten bzw. Krankheitstage (Eriksson et al., 2008; Kivimäki et al., 2008; Laaksonen, Kaaria, Leino-Arjas & Lahelma, 2011). Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass die subjektive Gesundheit meist mit dem objektiven Gesundheitsstatus übereinstimmt (Wu et al., 2012).

Methode

Die subjektive allgemeine Gesundheit wurde mit dem von der WHO empfohlenen Item erfasst (Bruin, Picavet & Nossikov, 1996), das auch in anderen deutschsprachigen Erhebungen genutzt wurde (DEGS, GEDA, EU-SILC). Es lautet: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Das Antwortformat ist fünfstufig („sehr schlecht“ (1), „schlecht“ (2), „mittelmäßig“ (3), „gut“ (4), „sehr gut“ (5)).

Für die Auswertung wurden die Kategorien dichotomisiert und in „selbst eingeschätzte sehr gute oder gute Gesundheit“ oder „selbst eingeschätzte schlechte oder mittelmäßige Gesundheit“ eingeordnet.

⁷ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

Kernaussagen

- Die überwiegende Mehrheit (81,8 %) der Studierenden schätzt ihre Gesundheit im Allgemeinen als „gut“ oder „sehr gut“ ein.
- Unter den männlichen Studierenden ist der Anteil mit 84,2 % höher als unter den weiblichen Studierenden (79,6 %). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.
- Studierende der Fächergruppe Sprach- und Kulturwissenschaften kommen zu einem (statistisch signifikant) geringeren Anteil (77,6 %) zu einer guten oder sehr guten Einschätzung ihrer subjektiven Gesundheit.

Ergebnisse

Mit 81,8 % schätzt der Großteil der Studierenden seinen allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Unter den männlichen Studierenden ist dieser Anteil mit 84,2 % signifikant höher als unter den weiblichen Studierenden (79,6 %).

Auch zwischen den Studierenden der verschiedenen Fächergruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: So kommen Studierende des Fachbereichs Sprach- und Kulturwissenschaften zu einem (statistisch signifikant) geringeren Anteil zu einer guten oder sehr guten Einschätzung ihrer subjektiven Gesundheit (77,6 %) als Studierende der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (84,5 %), der Ingenieurwissenschaften (84,9 %) sowie der Medizin und der Gesundheitswissenschaften (85,8 %).

Studierende an Universitäten und Fachhochschulen unterscheiden sich hingegen nicht signifikant voneinander (82,1 % vs. 81,0 %).

Erneut deutliche Unterschiede gibt es hingegen im Studienverlauf: So unterscheiden sich die Studierenden im ersten Studienjahr⁸ tendenziell von Studierenden mit längerer Studienerfahrung (Studierende im 2. bis 7. Studienjahr) und bewerten anteilig seltener ihre subjektive Gesundheit als (sehr) gut (73,7 %). Auch Studierende, die im 8. oder einem höheren Studienjahr immatrikuliert sind (74,1 %), unterscheiden sich signifikant von den Studierenden im 2. bis 7. Studienjahr (deren Anteile zwischen 82,0 % und 85,1 % liegen). Aufgrund der zunehmenden Studienbelastung in der Studienabschlussphase überrascht dies nicht.

Aus den Befunden der bundesweit durchgeführten GEDA Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (Robert Koch-Institut [RKI], 2014) ergibt sich, dass rund 72 % der befragten Männer und 69 % der befragten Frauen ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen. Unter den jüngeren Befragten (bis zu 29 Jahre) wird dagegen der eigene Gesundheitszustand deutlich höher eingeschätzt: 92 % der Männer und 88 % der Frauen schätzen ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Damit schätzt eine etwa altersgleiche Vergleichsgruppe ihren Gesundheitszustand besser ein, als die Gruppe der Studierenden. Folglich besteht bei Studierenden ein erhöhter Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit.

⁸ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

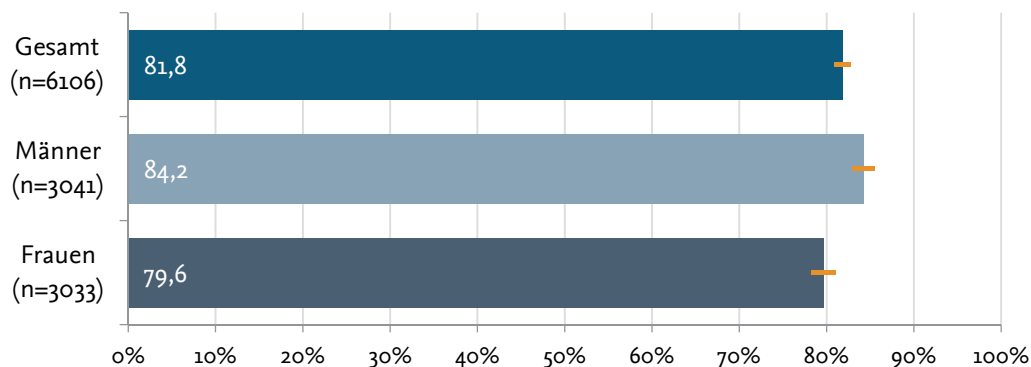
Literatur

- Bruin, A. d., Picavet, H. S. J. & Nossikov, A. (1996). *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments* (WHO regional publications. European series, no. 58). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte* (S. 321–338). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eriksson, H.-G., Celsing, A.-S. von, Wahlstrom, R., Janson, L., Zander, V. & Wallman, T. (2008). Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*, 8, 426. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-426>
- Foti, K. & Eaton, D. (2010). Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. *Public Health Reports*, 125(5), 771–781. <https://doi.org/10.1177/003335491012500522>
- Haseli-Mashhadi, N., Pan, A., Ye, X., Wang, J., Qi, Q., Liu, Y. et al. (2009). Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health*, 9, 368. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-368>
- Hayes, A. J., Clarke, P. M., Glasziou, P. G., Simes, R. J., Drury, P. L. & Keech, A. C. (2008). Can self-rated health scores be used for risk prediction in patients with type 2 diabetes? *Diabetes Care*, 31(4), 795–797. <https://doi.org/10.2337/dco7-1391>
- Kivimäki, M., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J., Singh-Manoux, A., Marmot, M. G. et al. (2008). Low medically certified sickness absence among employees with poor health status predicts future health improvement: the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(3), 208–210. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.033407>
- Laaksonen, M., Kaaria, S.-M., Leino-Arjas, P. & Lahelma, E. (2011). Different domains of health functioning as predictors of sickness absence--a prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 213–218. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3131>
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 578–589. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0219-5>
- Riise, H. K. R., Riise, T., Natvig, G. K. & Daltveit, A. K. (2014). Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. *Quality of Life Research*, 23(1), 145–153. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0453-2>

- Robert Koch-Institut. (2014). *Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"* (Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 23.01.2018. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/subjektive_gesundheit.pdf;jsessionid=1848A7DCBB498EDBB4C8887E8oD57Do2.2_cid381?__blob=publicationFile
- Tomten, S. E. (2007). Self-rated health showed a consistent association with serum HDL-cholesterol in the cross-sectional Oslo Health Study. *International Journal of Medical Sciences*, 4 (5), 278–287. <https://doi.org/10.7150/ijms.4.278>
- Vingilis, E., Wade, T. & Seeley, J. (2007). Predictors of adolescent health care utilization. *Journal of Adolescence*, 30 (5), 773–800. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.10.001>
- World Health Organization (Hrsg.). (1948). *WHO definition of Health*. Zugriff am 23.01.2018. Verfügbar unter <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

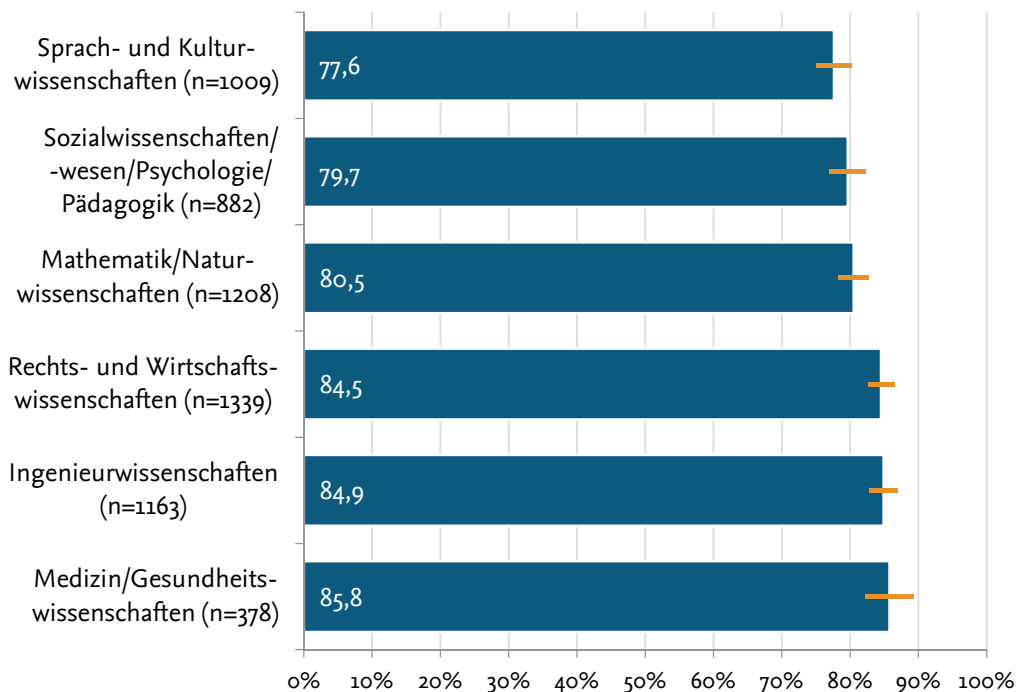
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



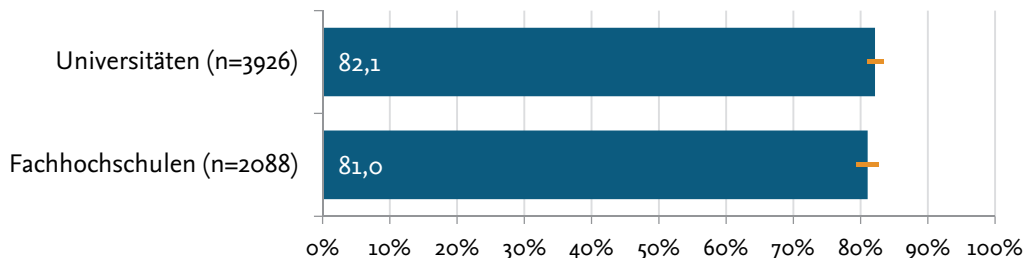
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die ihre allgemeine Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



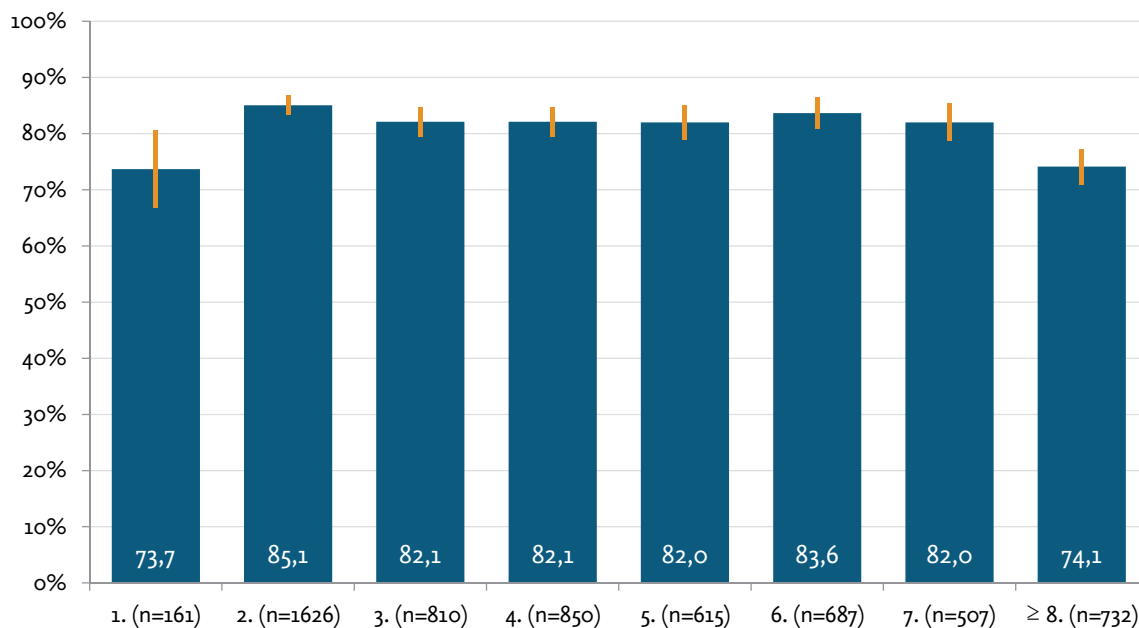
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die ihre allgemeine Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die ihre allgemeine Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Subjektive allgemeine Gesundheit der Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die ihre allgemeine Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Allgemeine Lebenszufriedenheit

Einleitung

Lebenszufriedenheit stellt eine kognitive Evaluation des eigenen Lebens bzw. spezifischer Lebensbereiche (z. B. Familie, Freunde, Beruf/Studium) dar (Gilman & Huebner, 2003). Einerseits verkörpert sie das eigene Wohlbefinden, andererseits spiegelt sie die Bewertung der eigenen Lebensumstände wider, denn sie basiert auf einem Abgleich mit selbst gesetzten Standards. Sie umfasst die globale (allgemeine) und die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit. Anders als die emotionale Komponente des Wohlbefindens ist Lebenszufriedenheit zeitlich stabil (Pavot & Diener, 2009).

Studierende sind durch ihre Einbindung in das straffe Bachelor- und Mastersystem häufig von Zeit- und Leistungsdruck sowie Angst vor Überforderung betroffen (Bargel, Heine, Multrus & Willige, 2014; Multrus & Ramm, 2015). Zudem leben sie mit unsicheren Zukunftsperspektiven, da ihnen beispielsweise mögliche Berufswege unklar sind. Somit ist für die Beurteilung der Lebenszufriedenheit der genannten Gruppe die Zufriedenheit mit ihren akademischen Leistungen von herausragender Rolle (Schimmack, Diener & Oishi, 2009). Durch das Studium ausgelöster Stress spielt nachweislich eine Rolle bei der Lebenszufriedenheit Studierender (Alleyne, M., Alleyne & Greenidge, 2010; Weinstein & Lavergnetta, 2009).

Methode

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde mit einer deutschsprachigen Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS) erfasst, die im Kontext der Theorie des subjektiven Wohlbefindens entwickelt wurde (Diener, Emmons, Larden & Griffin S., 1985; Schuhmacher, 2003). Die SWLS erfragt die Lebenszufriedenheit anhand von fünf Aussagen (z. B. „Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.“), denen jeweils in sieben Abstufungen mehr oder weniger zugestimmt werden kann („extrem unzufrieden“, „unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „neutral“, „eher zufrieden“, „zufrieden“, „extrem zufrieden“). In der Auswertung wurden die Antwortwerte summiert.

Im Folgenden werden die Studierenden betrachtet, die mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ sind, ergo auf der siebenstufigen Skala mindestens eine fünf für ihren Grad an Lebenszufriedenheit angeben.

Kernaussagen

- Knapp drei Viertel (74,4 %) der Studierenden sind mit ihrem Leben im Allgemeinen „eher zufrieden“, „zufrieden“ oder „extrem zufrieden“.
- Weibliche Studierende geben mit 77,4 % signifikant häufiger an, mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein, als ihre männlichen Kommilitonen mit 71,6 %.
- Der Anteil lebenszufriedener Studierender ist in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften signifikant höher als in allen anderen befragten Fächergruppen.
- Studierende, die acht oder mehr Jahre studieren, sind signifikant unzufriedener mit ihrer Lebenssituation als alle anderen Studierenden.

Ergebnisse

Der überwiegende Teil der Studierenden (74,4 %) berichtet, mit der Lebenssituation mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Weibliche Studierende geben mit 77,4 % signifikant häufiger an, mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein, als männliche Studierende mit 71,6 %.

Ferner gibt es zwischen den verschiedenen Fächergruppen deutliche Unterschiede. Der geringste Anteil lebenszufriedener Studierender findet sich in der Fächergruppe der Sprach- und Kulturwissenschaften (69,9 %), der höchste in der Gruppe der Studierenden aus der Medizin und Gesundheitswissenschaften (84,1 %). Dabei ist der Anteil lebenszufriedener Studierender in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften signifikant höher als in allen anderen befragten Fächergruppen. Vor dem Hintergrund, dass die Bewertung der Lebenssituation bei Studierenden auch in den Studienerfolg einfließen kann (Schimmack et al., 2009), sollten insbesondere Fachbereiche mit einem geringeren Anteil lebenszufriedener Studierender diesen Umstand prüfen.

Im Hinblick auf die Hochschultypen sind indes keine Unterschiede vorhanden: Universitäten sowie Fachhochschulen weisen mit rund 74 % einen sich mit der Gesamtheit der Studierenden deckenden Anteil lebenszufriedener Studierender auf.

Im Studienverlauf zeigt sich insbesondere, dass die Lebenszufriedenheit bei Studierenden, die mehr als acht Jahre studieren signifikant niedriger ist als bei allen anderen betrachteten Gruppen. So geben beispielsweise Studierende im ersten Studienjahr zu 80,1 % und Studierende, die mindestens seit acht Jahren studieren zu 64,4 % an, mit ihrer Lebenssituation mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Eine höhere Lebenszufriedenheit im fünften Studienjahr könnte auf den Wechsel vom Bachelor- ins Masterstudium hinweisen, allerdings ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant.

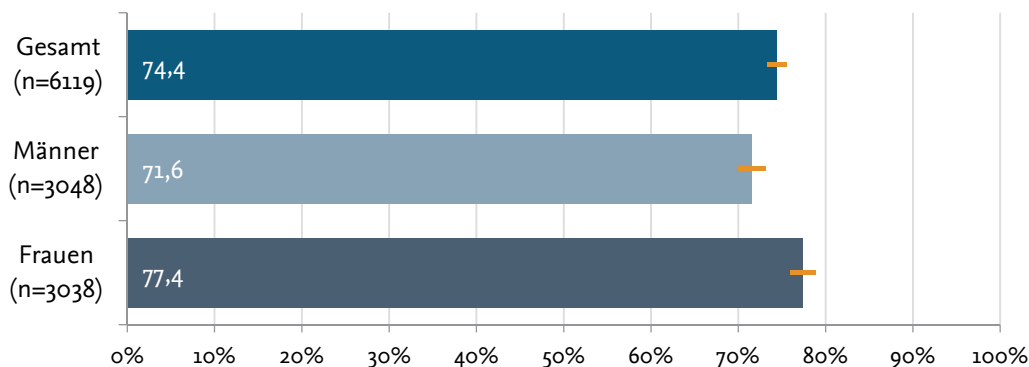
⁹ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Literatur

- Alleyne, M., Alleyne, O. & Greenidge, D. (2010). Life Satisfaction and perceived stress among university students in Barbados. *Journal of Psychology in Africa, 20* (2), 291–297.
- Bargel, T., Heine, C., Multrus, F. & Willige, J. (2014). *Das Bachelor- und Masterstudium im Spiegel des Studienqualitätsmonitors. Entwicklungen der Studienbedingungen und der Studienqualität 2009 bis 2012: Forum Hochschule 02|2014.*
- Diener, E., Emmons, R., Larden, R. L. & Griffin S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49* (1), 71–75.
- Gilman, R. & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly, 18* (2), 192–205.
<https://doi.org/10.1521/scpq.18.2.192.21858>
- Multrus, F. & Ramm, M. (2015). *Das Masterstudium: Ergebnisse des 12. Studierendensurveys an Universitäten und Fachhochschulen* (Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung Nr. 81). Arbeitsgruppe Hochschulforschung, Universität Konstanz. Zugriff am 11.01.2018. Verfügbar unter http://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/31983/Multrus_o-303573.pdf?sequence=3&jsAllowed=y
- Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. In E. Diener (Ed.), *Assessing Well-Being* (Social Indicators Research Series, Bd. 39, pp. 101–117). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5
- Schimmack, U., Diener, E. & Oishi, S. (2009). Life-Satisfaction Is a Momentary Judgment and a Stable Personality Characteristic: The Use of Chronically Accessible and Stable Sources. In E. Diener (Hrsg.), *Assessing Well-Being* (Social Indicators Research Series, Bd. 39, S. 181–212). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_9
- Schuhmacher, J. (2003). SWLS: Satisfaction with life scale. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Eds.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Diagnostik für Klinik und Praxis, vol. 2). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Weinstein, L. & Laverghetta, A. (2009). College student stress and satisfaction with life. *College Student Journal, 43* (4), 1161–1162.

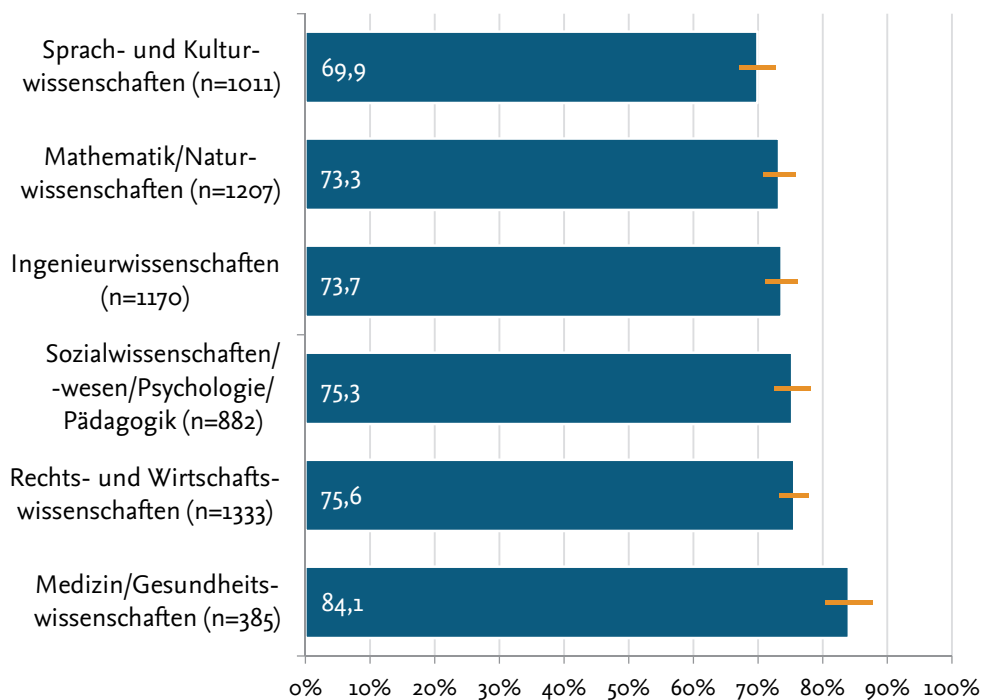
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Geschlecht.



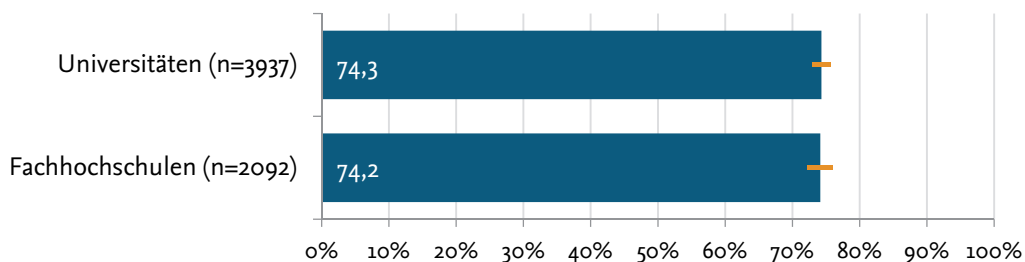
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die angeben mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Fächergruppen.



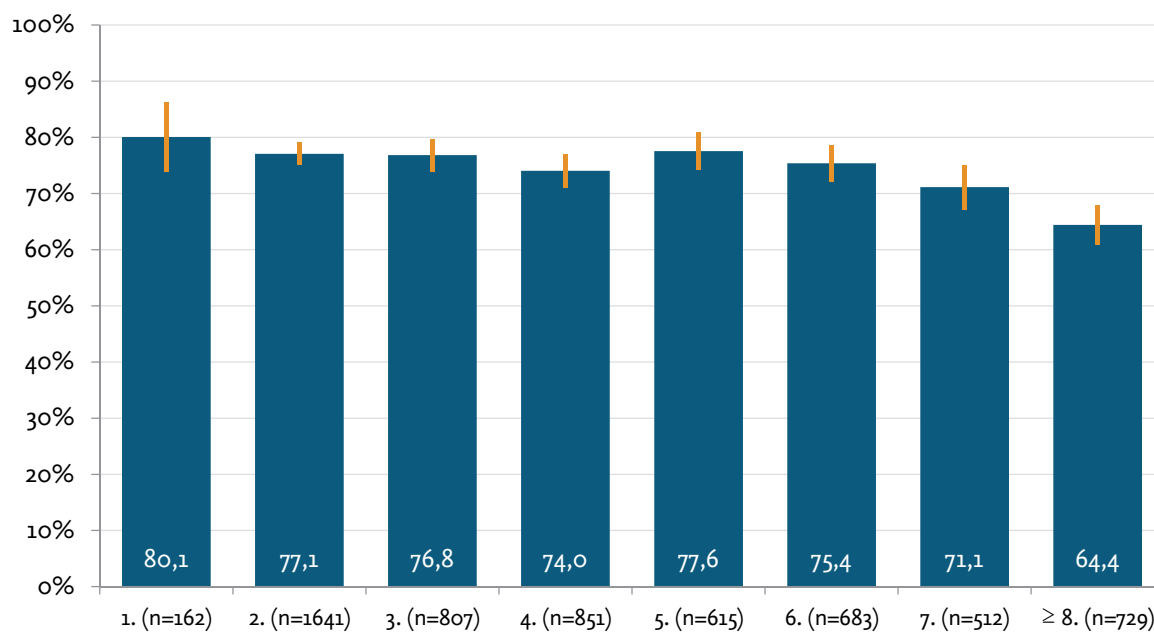
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die angeben, mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die angeben, mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Allgemeine Lebenszufriedenheit, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die angeben, mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ zu sein. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Depressives Syndrom und Generalisierte Angststörung

Einleitung

Unter dem Begriff depressives Syndrom werden verschiedene Symptome zusammengefasst, die auch typisch für eine klinische Depression sind, jedoch nicht notwendigerweise als solche eingestuft werden. Dazu zählen Freud-, Interessens- und Energieverlust, Schwermut oder Gefühle von Wertlosigkeit (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013). Während akuter Stressphasen treten derartige Symptome mit größerer Wahrscheinlichkeit auf (Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010; Simon, 2010). Das depressive Syndrom zählt zusammen mit der klinischen Depression zu den häufigsten Gesundheitsproblemen unter Studierenden (Lyubomirsky, Kasri & Zehm, 2003). Kurzfristige Folgen sind schlechtere akademische Leistungen sowie das erhöhte Risiko eines Studienabbruchs (Harvey et al., 2011). Langfristig können Probleme in dieser Lebensphase – durch ihren Einfluss auf Berufsperspektiven und soziale Beziehungen (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen & Lönnqvist, 2001; Newman et al., 1996) – bis ins späte Erwachsenenalter hinein negative Konsequenzen haben (Hysenbegasi, Hass & Rowland, 2005). Aufgrund der erhöhten Prävalenz des depressiven Syndroms unter Studierenden und der erheblichen Folgen sollte einer frühzeitigen Erkennung hohe Aufmerksamkeit zukommen.

Oftmals sind mit depressiven Symptomen auch Ängste verbunden (Schuster, 2017), insbesondere Affektive Störungen sowie Andere Angststörungen sind unter Studierenden häufiger als unter jungen Erwerbstätigen (Grobe & Steinmann, 2015). Eine spezifische Form – die generalisierte Angststörung – bezeichnet stark belastende, überdauernde Sorgen und Ängste bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Sowohl für die Entstehung als auch für die Dauer einer Angststörung ist der Umgang mit diesen Sorgen entscheidend (Helbig-Lang, Cammin & Petermann, 2011). Hier können Beratungsangebote an Hochschulen prüfungs- und leistungsbezogene Ängste abbauen.

Methode

Grundlage der Erhebung von Symptomen, die auf ein depressives Syndrom oder eine generalisierte Angststörung hinweisen, war der Patient Health Questionnaire 4 (PHQ 4; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Als Kurzversion des Patient Health Questionnaire (PHQ; Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004) erfragt er mit insgesamt vier Items jeweils zwei der im DSM-V¹⁰ festgelegten diagnostischen Kernkriterien einer Depression sowie einer generalisierten Angststörung. Ein depressives Syndrom wurde über den „Verlust von Interesse und Freude“ sowie über „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“ erfasst. Leitsymptome der generalisierten Angststörung wurden anhand von „Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“ sowie über einen „Mangel an Kontrolle über die eigenen Sorgen“ erfragt.

¹⁰ Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ist ein Klassifikations- und Diagnostiksystem für psychische Störungen, herausgegeben von der American Psychiatric Association.

Die Studierenden wurden gebeten, auf einer vierstufigen Skala anzugeben, wie oft sie sich in den vergangenen zwei Wochen durch derartige Beschwerden beeinträchtigt gefühlt haben („überhaupt nicht“ (1), „an einzelnen Tagen“ (2), „an mehr als der Hälfte der Tage“ (3), „beinahe jeden Tag“ (4)). Zur Auswertung wurde für beide Dimensionen (depressives Syndrom, generalisierte Angststörung) die jeweilige Summe der Antwortwerte gebildet, wobei ab einem Wert von drei von einem Vorliegen der entsprechenden Störung ausgegangen wurde.

Kernaussagen

- Sowohl für das depressive Syndrom als auch für die generalisierte Angststörung liegt die Prävalenz unter den befragten Studierenden bei etwa einem Sechstel.
- Sowohl bezogen auf das depressive Syndrom (♀: 16,9 %; ♂: 14,0 %) als auch auf die generalisierte Angststörung (♀: 21,2 %; ♂: 13,5 %) ist der Anteil weiblicher Studierender mit Symptomen signifikant höher als der Anteil männlicher Studierender.
- Die Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften sowie Ingenieurwissenschaften weisen die geringsten Anteile an Studierenden mit depressivem Syndrom (10,6 %/13,4 %) und generalisierter Angststörung (14,8 %/13,8 %) auf.
- In der Fächergruppe Sprach- und Kulturwissenschaften zeigen sich sowohl hinsichtlich des depressiven Syndroms (18,3 %) als auch der generalisierten Angststörung (22,5 %) die größten Anteile an Studierenden mit Symptomen.

Ergebnisse

Insgesamt zeigen 15,6 % der befragten Studierenden Symptome eines depressiven Syndroms. Ein ähnlicher Wert ergibt sich mit 17,4 % für die generalisierte Angststörung. Dabei sind weibliche Studierende jeweils signifikant häufiger betroffen als männliche Studierende (Depressives Syndrom: ♀: 16,9 %; ♂: 14,0 %; Generalisierte Angststörung: ♀: 21,2 %; ♂: 13,5 %).

Einige Fächergruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Symptomprävalenzen. Auffällig sind hierbei die Sprach- und Kulturwissenschaften, die auf beiden Dimensionen die höchsten Werte aufweisen (Depressives Syndrom: 18,3 %; Generalisierte Angststörung: 22,5 %). Damit liegt der Anteil der Studierenden mit depressivem Syndrom bzw. generalisierter Angststörung in dieser Gruppe signifikant über dem in der Gruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften (Depressives Syndrom: 10,6 %; Generalisierte Angststörung: 14,8 %), in welcher sich die niedrigste bzw. zweit-niedrigste Prävalenz des depressiven Syndroms bzw. der generalisierten Angststörung zeigt.

Im Vergleich der Hochschultypen ergibt sich bei den Studierenden an Universitäten ein tendenziell höherer Anteil mit depressivem Syndrom (16,6 %) gegenüber den Studierenden an Fachhochschulen (13,8 %). Bezogen auf die generalisierte Angststörung gibt es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Studierenden der Universitäten und Fachhochschulen (17,6 % vs. 17,1 %).

Die Prävalenzen des depressiven Syndroms sowie der generalisierten Angststörung unterscheiden sich zwischen Studierenden verschiedener Studienjahre nur unwesentlich.¹¹ Le-

¹¹ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

diglich Studierende ab dem achten Studienjahr zeigen tendenziell häufiger Symptome eines depressiven Syndroms (17,7 %) bzw. einer generalisierten Angststörung (21,0 %) als Studierende der anderen Studienjahre.

Der Anteil an Studierenden mit depressivem Syndrom liegt über dem altersgleichen Durchschnitt (♀: 16,4 %; ♂: 8,6 %; Bretschneider, Kuhnert & Hapke, 2017)¹². Anhand der Ergebnisse werden Hochschulen dazu angehalten zu prüfen, inwieweit ihre Studienbedingungen das Risiko erhöhen, ein depressives Syndrom zu entwickeln. Darüber hinaus können auf individueller Ebene Maßnahmen zum besseren Umgang mit Stress und Belastungen initiiert werden.

Literatur

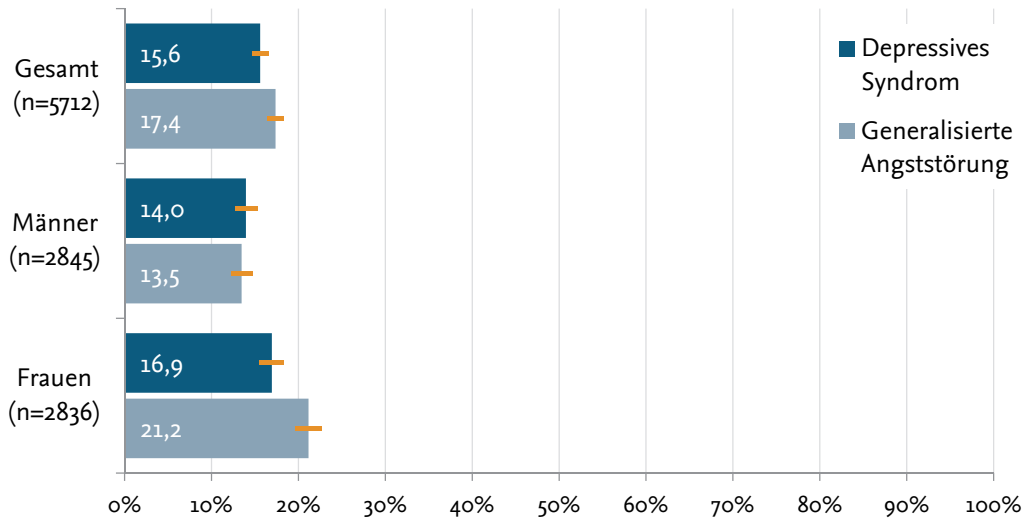
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2001). One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychological Medicine*, 31 (5), 791–801.
- Bretschneider, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (3), 81–88. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- Busch, M. A., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50 (4), 171–181.
- Grobe, T. & Steinmann, S. (2015). *Gesundheitsreport 2015. Gesundheit von Studierenden* (Techniker Krankenkasse, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 22.02.2018. Verfügbar unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/940482/Datei/62963/Preview-Fehlzeiten.pdf>
- Harvey, S. B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K. et al. (2011). Depression and work performance: An ecological study using web-based screening. *Occupational Medicine*, 61 (3), 209–211.
- Helbig-Lang, S., Cammin, S. & Petermann, F. (2011). Angstbezogene Verhaltensweisen in einer nicht-klinischen Stichprobe. Geschlechtsspezifische Zusammenhänge zu Risikofaktoren für Angststörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (2), 145–154. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000064>
- Hoyer, J. & Beesdo-Baum, K. (2011). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch, 2., überarb. und erw. Aufl., S. 937–952). Heidelberg: Springer-Medizin. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_42

¹² In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde der PHQ-8 verwendet.

- Hysenbegasi, A., Hass, S. L. & Rowland, C. R. (2005). The Impact of Depression on the Academic Productivity of University Students. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(3), 145–151.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B. & Prichard, J. R. (2010). Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in a Large Population of College Students. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine.*, 46(2), 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>
- Lyubomirsky, S., Kasri, F. & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 309–330.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552–562.
- Schuster, B. (2017). *Angststörungen und Prüfungsangst. Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48392-3>
- Simon, A. (2010). Psychische Belastungen im Studium (2). Bin ich krank? – Signallichter der Trübsal. *Via Medici*, 15(05), 23. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268770>

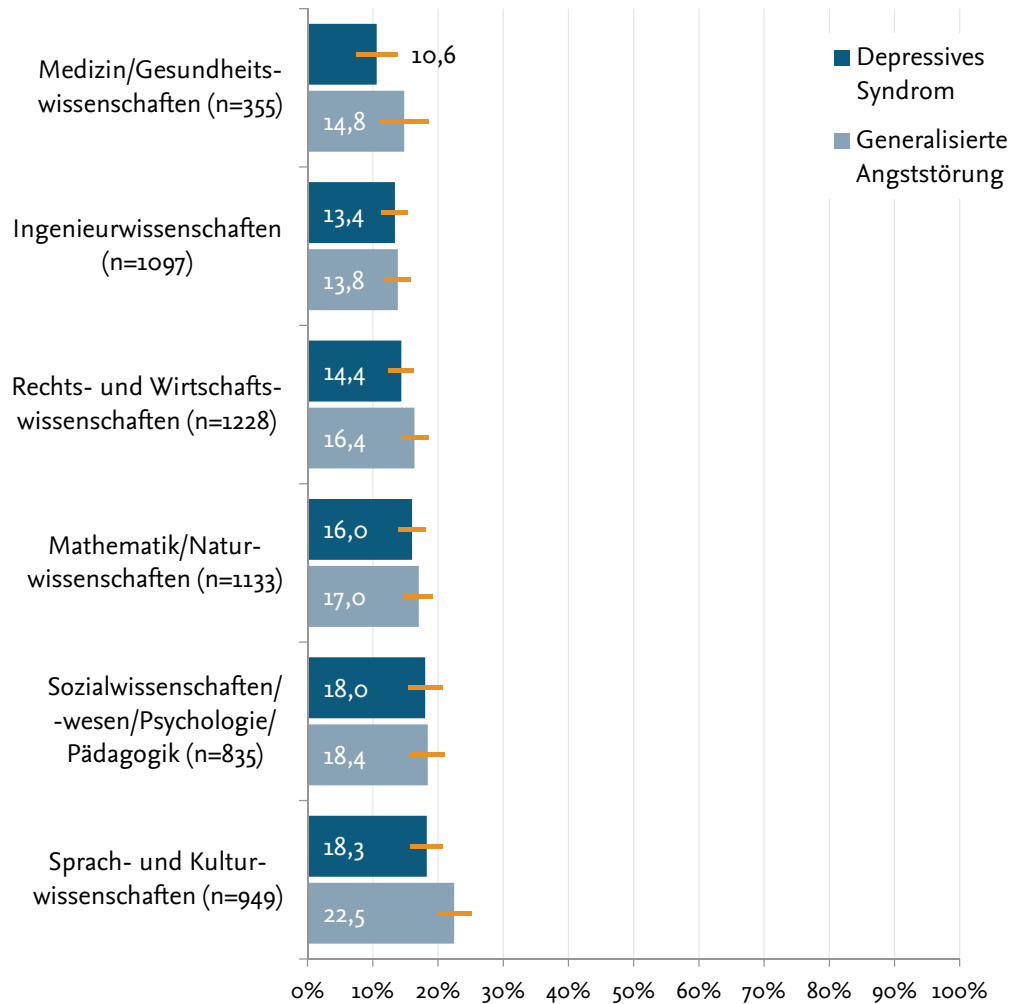
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Geschlecht.



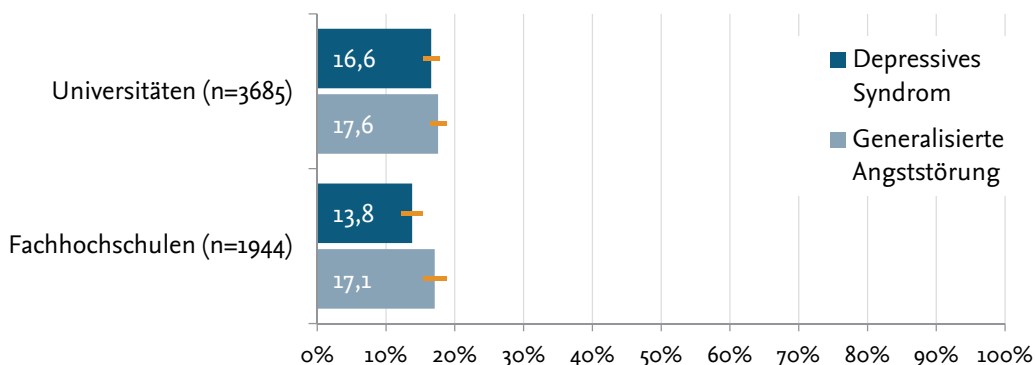
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die zwei Symptome des depressiven Syndroms bzw. der generalisierten Angststörung an mindestens der Hälfte der letzten 14 Tage erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Fächergruppen.



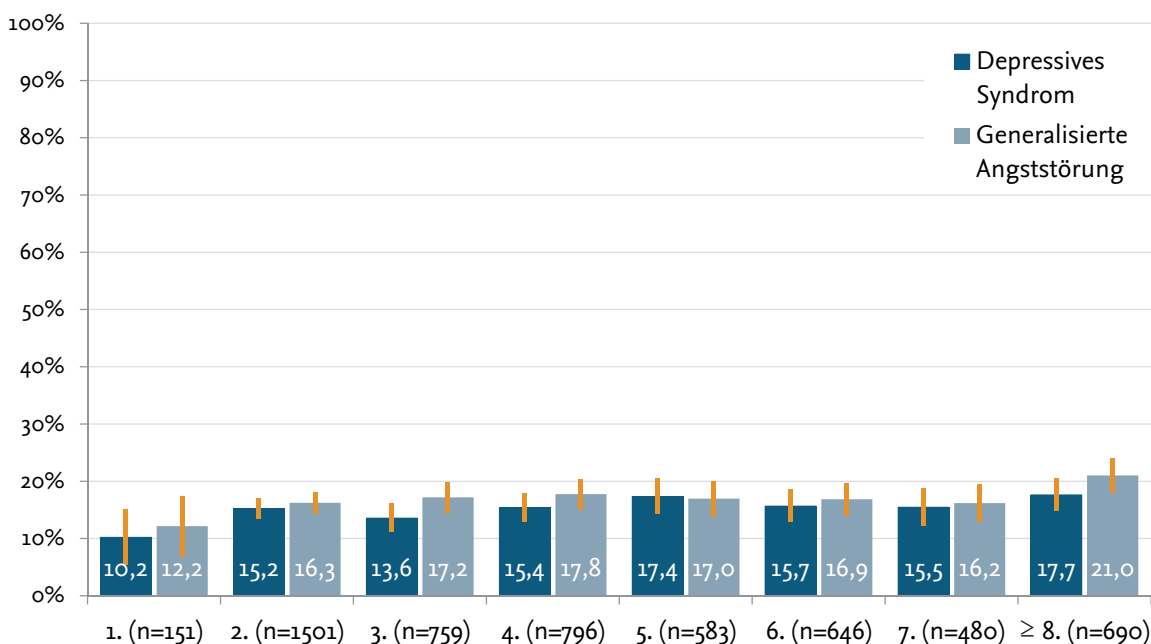
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die zwei Symptome des depressiven Syndroms bzw. der generalisierten Angststörung an mindestens der Hälfte der letzten 14 Tage erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die zwei Symptome des depressiven Syndroms bzw. der generalisierten Angststörung an mindestens der Hälfte der letzten 14 Tage erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Symptome des depressiven Syndroms und der generalisierten Angststörung, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die zwei Symptome des depressiven Syndroms bzw. der generalisierten Angststörung an mindestens der Hälfte der letzten 14 Tage erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Wahrgenommenes Stresserleben

Einleitung

Stress wird als Zustand erhöhter Alarmbereitschaft beschrieben, welcher durch eine erhöhte Aufmerksamkeit und Leistungsbereitschaft gekennzeichnet ist. Diese Stressreaktion stellt eine normale Reaktion auf Anforderungen dar, die das (innere) Gleichgewicht stören. Gefährden die Anforderungen dauerhaft das innere Gleichgewicht, kommt es zu chronischem Stress. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Stress eine der größten Gefahren für die Gesundheit.

Das Studium ist für viele Studierende eine von Unsicherheiten geprägte Lebensphase, in der der Auszug aus dem Elternhaus, der Übergang zwischen Schule und Beruf sowie die Identitätsfindung als Erwachsener erfolgt (Kriener, Schwerdtfeger, Deimel & Köhler, 2016). Hinzu kommt, dass insbesondere durch die Modularisierung der Studiengänge die Anforderungen und Prüfungsleistungen verdichtet sowie der Leistungsdruck erhöht wurden. Dementsprechend berichten Bachelorstudierende ein höheres Stresserleben als Diplomstudierende (Sieverding, Schmidt, Obergfell & Scheiter, 2013), was jedoch nicht durch den zeitlichen Aufwand für das Studium, sondern vielmehr durch die studienbezogenen Anforderungen, wie z. B. Zeitdruck oder geistige Anforderungen, bedingt ist (Schmidt, Sieverding, Scheiter & Obergfell, 2015). Persönliche Ressourcen wie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie Achtsamkeit gehen dagegen mit weniger Stress unter Studierenden einher (Büttner & Dlugosch, 2013).

Ein erhöhtes Stresserleben ist mit geringerer Zufriedenheit mit dem Studium assoziiert (Sieverding et al., 2013). Darüber hinaus wird Stress mit diversen psychischen und physischen Beschwerden in Verbindung gebracht, wie beispielsweise depressiven Episoden, somatoformen Störungen sowie Kopf- oder Rückenschmerzen (für eine Übersicht, siehe Heinrichs, Stächele & Domes, 2015).

Methode

Das subjektiv wahrgenommene Stresserleben der Studierenden wurde mithilfe der aus drei Items bestehenden Heidelberger Stressskala (HEI-STRESS, Schmidt & Obergfell, 2011) erfasst. Ein Beispielitem ist: „Auf die letzten 4 Wochen bezogen: Wie gestresst fühlten Sie sich durch Ihr Studium?“. Der Gesamtscore der Skala konnte Werte zwischen 0 (gar nicht gestresst) und 100 (sehr gestresst) annehmen. Für die Auswertung wurden die Werte dichotomisiert in „niedriges bis moderates“ Stresserleben sowie „hohes“ Stresserleben (Mittelwert ≥ 75 , d. h. jene, die sich mindestens „ziemlich“ bzw. „häufig“ gestresst fühlen).

In den folgenden Auswertungen werden ausschließlich die Studierenden mit einem hohen Stresserleben betrachtet.

Kernaussagen

- Gut ein Viertel der Studierenden berichtet ein hohes Stresserleben (25,3 %).
- 29,2 % der weiblichen Studierenden und 21,4 % der männlichen Studierenden erleben ein hohes Ausmaß an Stress. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Ergebnisse

Insgesamt berichten 25,3 % der Studierenden ein hohes Stresserleben. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: Der Anteil der hoch gestressten weiblichen Studierenden (29,2 %) ist bedeutsam größer als der hoch gestresster männlicher Studierender (21,4 %).

Keine Unterschiede zeigen sich bezogen auf die verschiedenen Fächergruppen: Zwar ist der Anteil der Studierenden mit hohem Stresserleben in den Fächergruppen Ingenieurwissenschaften (23,3 %) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (23,5 %) tendenziell etwas geringer als in den anderen Fächergruppen. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Betrachtet man diese Ergebnisse im Hinblick auf die verschiedenen Hochschultypen, so ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Studierenden an Universitäten (25,0 %) und Fachhochschulen (26,2 %).

Der Anteil an Studierenden mit hohem Stresserleben unterscheidet sich zwischen Studierenden verschiedener Studienjahre nur unwesentlich¹³. Der Anteil hoch gestresster Studierender ist bis zum vierten Studienjahr (27,9 %) tendenziell etwas höher als im Jahrgang zuvor, wohingegen die Anteile hoch gestresster Studierender zwischen dem fünften und siebten Studienjahr (23,3 % - 24,1 %) vergleichsweise geringer sind. Der Anteil hoch gestresster Studierender ab dem achten Studienjahr ist mit 27,0 % dagegen wieder leicht höher als in den Jahrgängen zuvor. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Literatur

- Büttner, T. R. & Dlugosch, G. E. (2013). Stress im Studium. Die Rolle der Selbstwirksamkeitserwartung und der Achtsamkeit im Stresserleben von Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-012-0369-7>
- Heinrichs, M., Stächele, T. & Domes, G. (2015). *Stress und Stressbewältigung* (Fortschritte der Psychotherapie, Band 58). Göttingen: Hogrefe.
- Kriener, C., Schwerdtfeger, A., Deimel, D. & Köhler, T. (2016). Psychosoziale Belastungen, Stressempfinden und Stressbewältigung von Studierenden der Sozialen Arbeit: Ergebnisse einer quantitativen Studie. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108643>
- Schmidt, L. I. & Obergfell, J. (2011). *Zwangsjacke Bachelor?! Stressempfinden und Gesundheit Studierender. Der Einfluss von Anforderungen und Entscheidungsfreiräumen bei Bachelor- und Diplomstudierenden nach Karaseks Demand-Control-Modell* (neue Ausg.). Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

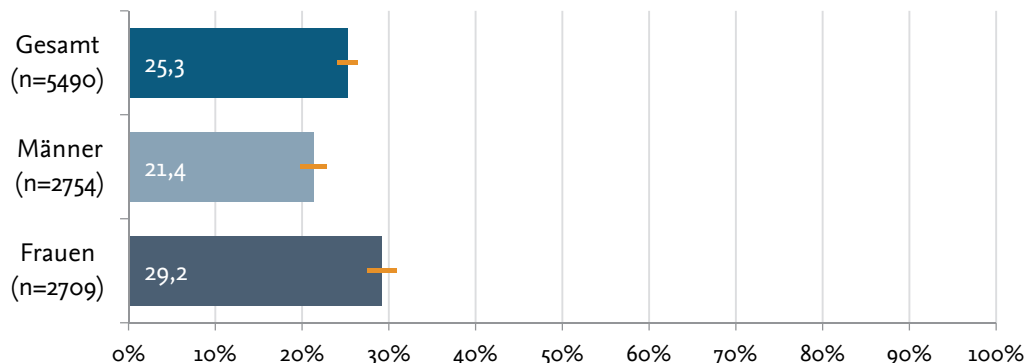
¹³ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Schmidt, L. I., Sieverding, M., Scheiter, F. & Obergfell, J. (2015). Predicting and explaining students' stress with the Demand-Control Model: does neuroticism also matter? *Educational Psychology, 35*(4), 449–464. <https://doi.org/10.1080/01443410.2013.857010>

Sieverding, M., Schmidt, L. I., Obergfell, J. & Scheiter, F. (2013). Stress und Studienzufriedenheit bei Bachelor- und Diplom-Psychologiestudierenden im Vergleich. *Psychologische Rundschau, 64*(2), 94–100. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000152>

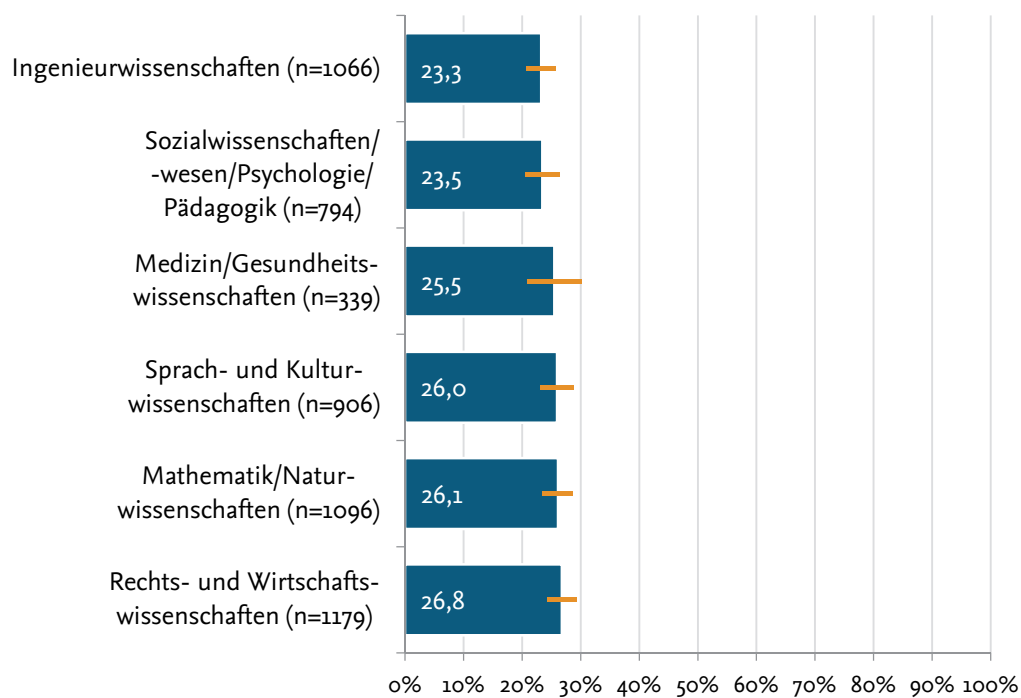
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Hohes Stresserleben, differenziert nach Geschlecht.



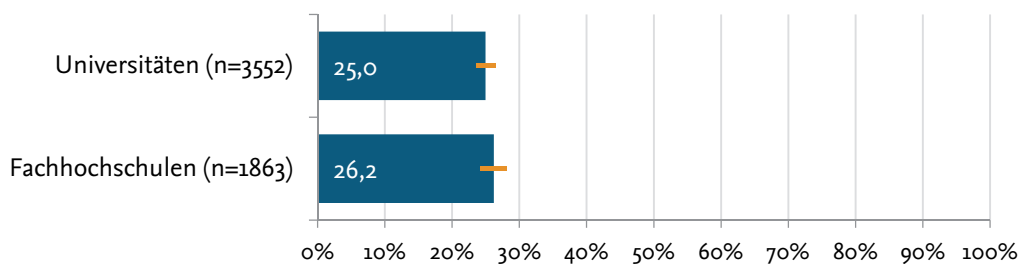
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die sich mindestens „ziemlich“/„häufig“ gestresst fühlen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Hohes Stresserleben, differenziert nach Fächergruppen.



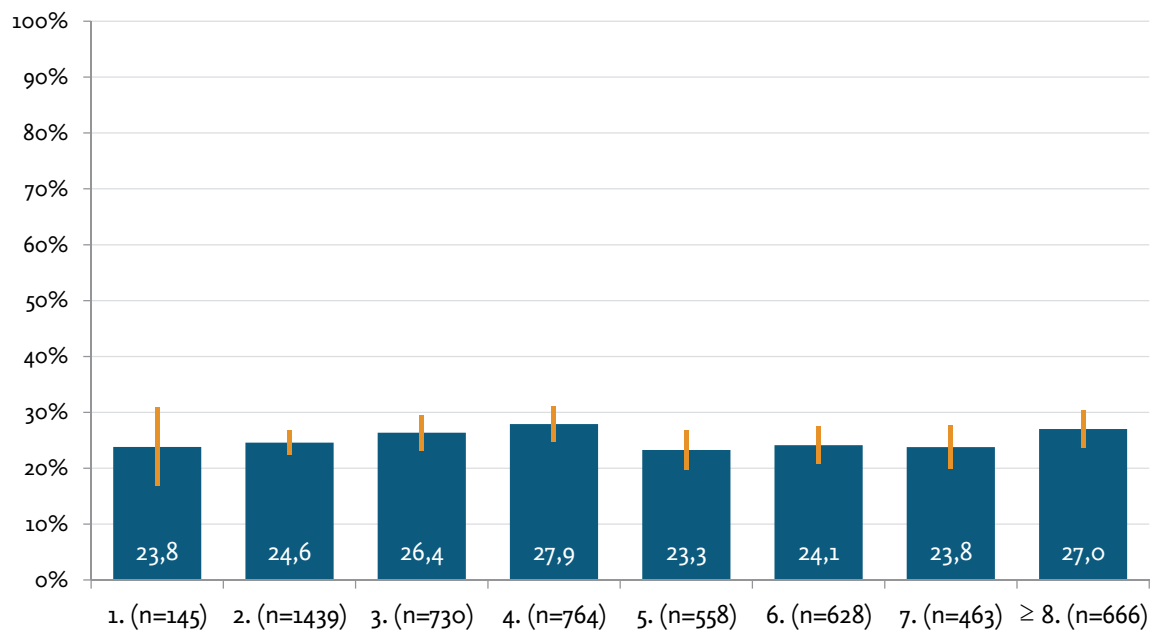
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die sich mindestens „ziemlich“/„häufig“ gestresst fühlen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Hohes Stresserleben, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die sich mindestens „ziemlich“/„häufig“ gestresst fühlen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Hohes Stresserleben, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die sich mindestens „ziemlich“/ häufig“ gestresst fühlen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Körperliche Beschwerden

Einleitung

Im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung sollten sowohl positive als auch negative Facetten von Gesundheit abgebildet werden (Gusy, 2010; World Health Organization, 1998). Während Lebenszufriedenheit und Engagement salutogene, d. h. fördernde und erhaltende Aspekte der Gesundheit darstellen, gehören die hier beschriebenen körperlichen Beschwerden zu den pathogenen, d. h. krankheitserregenden Aspekten.

Belastende und stressreiche Lebensumstände von Studierenden können sich im Zuge von Somatisierungsprozessen in unterschiedlichen physischen Beschwerden niederschlagen (wie etwa die Entwicklung eines Reizdarmsyndroms; Gulewitsch, Enck, Hautzinger & Schlarb, 2011). Hoher Workload und Leistungsdruck im Studium, finanzielle Probleme und die Planung eines eigenständigen Lebens fernab des Elternhauses stellen nur einen kleinen Ausschnitt der Herausforderungen dieses Lebensabschnitts dar (Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009). Dementsprechend überrascht es nicht, dass Studierende auch eine Vielzahl somatischer Beschwerden erfahren. So berichten beispielsweise Medizinstudierende verglichen mit Personen ihrer Altersgruppe, die nicht studieren, von höheren Belastungen durch körperliche Beschwerden (Hannöver et al., 2011). Insbesondere Prüfungszeiträume – oftmals vulnerable Phasen für psychosozialen Stress – haben einen bedeutsamen Einfluss auf das Auftreten unterschiedlicher körperlicher Symptome (Zunhammer, Eberle, Eichhammer & Busch, 2013).

Um körperliche Beschwerden abzubilden, wurde die Häufigkeit des Auftretens von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens sowie allgemeiner Anspannungsgefühle (Verkrampfung, Schweißausbrüche) erfragt. Körperliche Anspannung äußert sich darüber hinaus häufig auch durch Glieder-, Schulter-, Rücken-, Nacken- oder Kopfschmerzen.

Methode

Diese Beschwerden wurden entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens durch Items einer Kurzsкала zur Erfassung körperlicher Beschwerden erhoben, die weitgehend dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG; Dlugosch & Krieger, 1995) entstammen. Für diese Befragung wurde die Skala um die Kategorie Kopfschmerzen ergänzt.

Folgende Symptome wurden erfragt:

- 1.) Herz-Kreislauf-Beschwerden (z. B. Herzklopfen, unregelmäßiger Herzschlag, Enge in der Brustgegend),
- 2.) Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Völlegefühl, Magenschmerzen, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall),
- 3.) Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen,
- 4.) Beeinträchtigtes Allgemeinbefinden (z. B. schnelles Ermüden, Appetitmangel, Schwindel, Wetterfühligkeit),
- 5.) Anspannung (z. B. Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Verkrampfungen),
- 6.) Kopfschmerzen.

Die Antwortwerte waren auf sieben Stufen verbal verankert – von „nie“ (1) über „ein paar Mal im Jahr oder seltener“ (2), „einmal im Monat oder weniger“ (3), „ein paar Mal im Monat“ (4), „einmal pro Woche“ (5), „ein paar Mal pro Woche“ (6) bis zu „jeden Tag“ (7).

Im Folgenden werden die Studierenden fokussiert, die mindestens ein paar Mal im Monat von den jeweiligen körperlichen Beschwerden betroffen sind. Im Interesse der Übersichtlichkeit wurden für die Auswertungen nach Fächergruppen, Hochschultyp und Studienjahr die diversen Beschwerden zu einer neuen Variablen summiert, die angibt, ob mindestens eine dieser körperlichen Beschwerden mindestens ein paar Mal im Monat auftrat.

Kernaussagen

- Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen sind die am häufigsten auftretende Beschwerden und werden von der Hälfte der Studierenden genannt (53,1 %).
- Für alle Arten körperlicher Beschwerden geben deutlich mehr weibliche als männliche Studierende an, diese mehrmals im Monat zu erleben.
- Knapp drei Viertel aller Studierenden (73,8 %) leiden mindestens ein paar Mal im Monat, die Hälfte der Studierenden sogar mindestens einmal pro Woche (49,6 %), an mindestens einer körperlichen Beschwerde.
- Studierende der Fächergruppe Ingenieurwissenschaften weisen die mit Abstand niedrigste Prävalenz körperlicher Beschwerden (66,5 %) auf.

Ergebnisse

Knapp über die Hälfte der befragten Studierenden (53,1 %) geben an, mindestens ein paar Mal im Monat von Glieder-, Schulter-, Rücken oder Nackenschmerzen betroffen zu sein. Damit werden diese Beschwerden am häufigsten genannt, gefolgt von einem beeinträchtigten Allgemeinbefinden (43,7 %) und Kopfschmerzen (37,2 %). Am seltensten wird von Herz-Kreislauf-Beschwerden berichtet (12,3 %). Alle körperlichen Beschwerden werden von weiblichen Studierenden signifikant häufiger genannt als von männlichen.

Summiert man alle körperlichen Beschwerden, ergibt sich eine sehr hohe Prävalenz: bei fast drei Viertel der Studierenden (73,8 %) tritt mindestens ein paar Mal pro Monat eine körperliche Beschwerde auf. Darüber hinaus gibt die Hälfte aller Studierenden (49,6 %) an, mindestens einmal pro Woche mindestens eine Form von körperlichen Beschwerden zu erleben.

Im Vergleich der Fächergruppen fällt auf, dass der Anteil an Studierenden mit körperlichen Beschwerden in den Ingenieurwissenschaften deutlich geringer ausgeprägt ist als in den anderen Fächergruppen. Bei allen Arten körperlicher Beschwerden weisen die Studierenden der Ingenieurwissenschaften jeweils die niedrigsten Werte auf. In der Summe der körperlichen Beschwerden liegen sie mit einem Anteil von 66,5 % betroffener Studierender signifikant unter den Studierenden der Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (74,8 %), Medizin/Gesundheitswissenschaften (75,6 %), Sprach- und Kulturwissenschaften (78,7 %) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (79,4 %).

Studierende an Universitäten und Fachhochschulen unterscheiden sich weder in der Prävalenz der einzelnen noch der summierten körperlichen Beschwerden signifikant voneinander.

Auch nach Studienjahren differenziert zeigen sich keine markanten Unterschiede zwischen den Studierenden.¹⁴

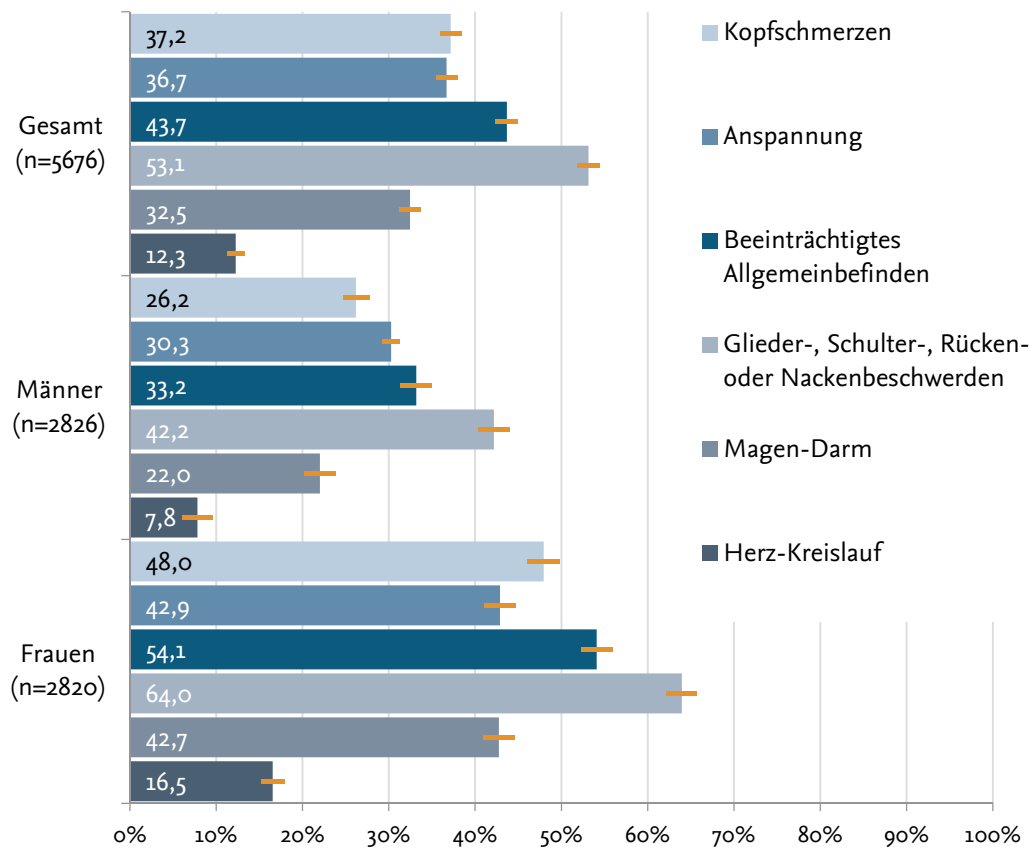
Literatur

- Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Handanweisung*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Gulewitsch, M. D., Enck, P., Hautzinger, M. & Schlarb, A. A. (2011). Irritable bowel syndrome symptoms among German students: prevalence, characteristics, and associations to somatic complaints, sleep, quality of life, and childhood abdominal pain. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 23(4), 311–316. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e3283457b1e>
- Gusy, B. (2010). Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 250–256. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0237-2>
- Hannöver, W., Wiesmann, U., Lemke, A., Drews, U., Haugk, J., Hecht, J. et al. (2011). Körperliche Beschwerden aufgrund von Belastungsphasen bei Medizinstudierenden im vorklinischen Studienabschnitt: Eine Anwendung des Gießener Beschwerdebogens (GGB-24). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 20(3), 99–107. <https://doi.org/10.3233/ZMP-2011-2022>
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Vergleich von Feldstichproben mit Klienten und Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapeut*, 54(5), 346–356. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0693-3>
- World Health Organization. (1998). Health promoting universities: Concept, experience and framework for action. Zugriff am 18.11.2015. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P. & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PLoS One*, 8(12), e84911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084911>

¹⁴ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

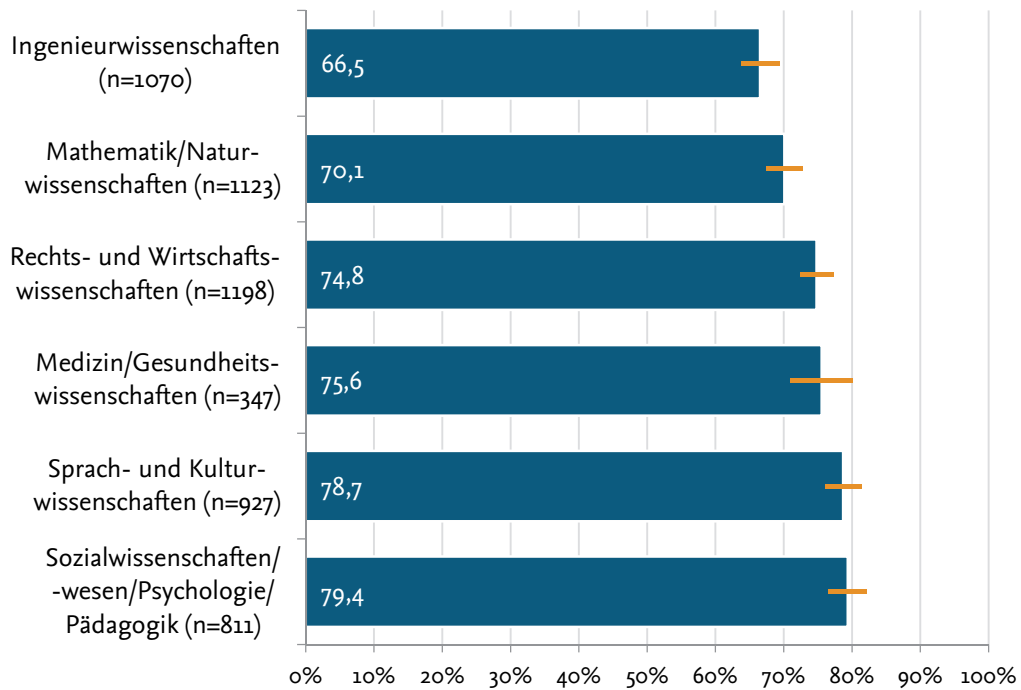
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Körperliche Beschwerden, differenziert nach Geschlecht.



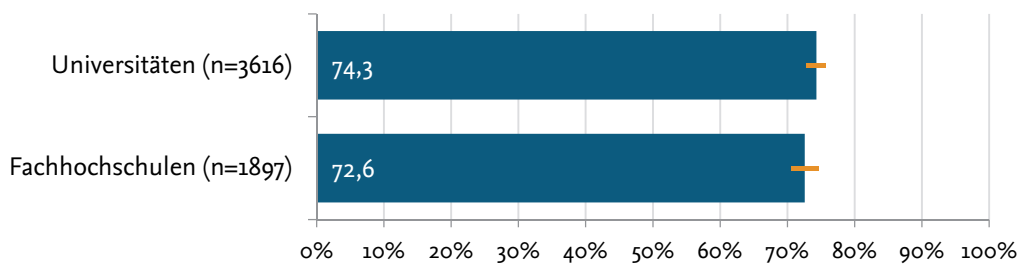
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die die angegebenen körperlichen Beschwerden mindestens ein paar Mal im Monat erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Fächergruppen.



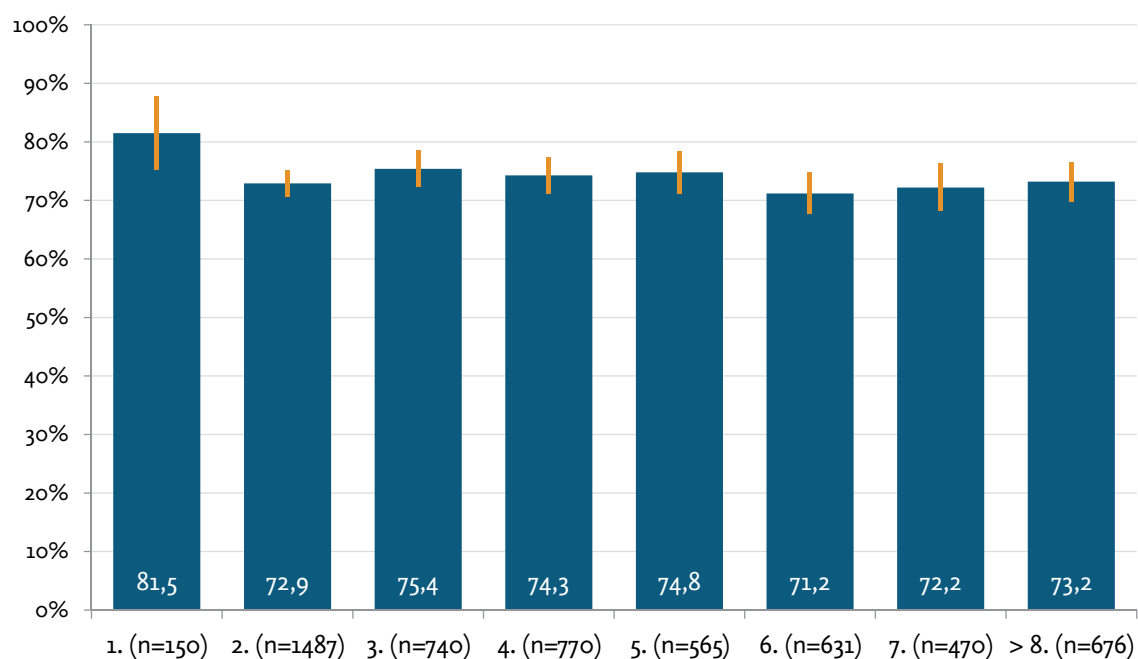
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens eine der körperlichen Beschwerden mindestens ein paar Mal im Monat erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens eine der körperlichen Beschwerden mindestens ein paar Mal im Monat erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Summierte körperliche Beschwerden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens eine der körperlichen Beschwerden mindestens ein paar Mal im Monat erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Burnout im Studium

Einleitung

Unter „Burnout“ im Studium wird ein Zustand der Erschöpfung in Folge zu hoher Studienanforderungen verstanden, der zur Ablehnung und Entfremdung einer Person von ihrem Studium führt und mit einem Gefühl von Inkompetenz in Bezug auf das Studium verbunden wird (Wörfel, Gusy, Lohmann & Kleiber, 2015). Damit wird Burnout zum Antagonisten von Engagement im Studium, welches sich durch hohe Tatkraft, Ausdauer, Leidenschaft und Hingabe zum Studium auszeichnet (Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker, 2002).

Burnout im Studium kennzeichnet einen Erschöpfungszustand, der Anforderungen aus dem Studium geschuldet ist, welche die Bearbeitungskapazität der Studierenden überfordern. Dieser Zustand kann kurzfristig sein, ist aber eine Erholung nicht möglich, führt anhaltende Erschöpfung zum Verlust des Interesses und der Begeisterung für das Studienfach. Ist auch dieser Zustand progredient, mündet dies in ein Gefühl studienbezogene Anforderungen nicht bewältigen zu können bzw. keinen bedeutsamen Beitrag im Studium mehr leisten zu können.

Burnout geht mit Absentismus, Studienabbruch und niedrigerer Motivation einher (Yang, 2004). Geringe Selbstwirksamkeitserwartungen, unzureichende Unterstützung durch Lehrende, hohe akademische Anforderungen und riskante Bewältigungsstrategien sind bedeutsame Prädiktoren für Burnout im Studium (Salanova, Schaufeli, Martinez & Breso Esteve, 2010). Auch physische Faktoren wie Schlaf- und Bewegungsmangel stehen im Zusammenhang mit Burnout bei Studierenden (Wolf & Rosenstock, 2017).

Da Burnout das Risiko für spätere psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen erhöht (Robert Koch-Institut [RKI], 2015), ist es wichtig, präventiv entgegenzuwirken.

Methode

Das Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS-KF) umfasst die drei Dimensionen von Burnout: Erschöpfung (z. B. „Durch mein Studium fühle ich mich ausgelaugt.“), Bedeutungsverlust des Studiums (z. B. „Ich zweifle an der Bedeutsamkeit meines Studiums.“) und reduziertes Wirksamkeitserleben (z. B. „Ich habe nicht das Gefühl, Studienanforderungen souverän meistern zu können.“). Mit jeweils drei Items wurde die Häufigkeit der beschriebenen Gefühle und Gedanken siebenstufig erfasst: „nie“ (1), „einige Male im Jahr und seltener“ (2), „einmal im Monat“ (3), „einige Male im Monat“ (4), „einmal pro Woche“ (5), „einige Male pro Woche“ (6), „täglich“ (7).

Die folgenden Auswertungen berichten den Anteil an Studierenden, der eine hohe Ausprägung (d. h. mindestens einmal pro Woche) der jeweiligen Burnout-Dimension angibt.

Kernaussagen

- Erschöpfung ist die am häufigsten auftretende Burnout-Dimension und betrifft knapp ein Viertel der befragten Studierenden (24,4 %).
- Ähnlich viele Studierende berichten einen Bedeutungsverlust des Studiums (22,9 %), jedoch nur wenige ein reduziertes Wirksamkeitserleben (3,1 %).
- Signifikant mehr weibliche Studierende berichten ein hohes Erschöpfungs- (25,9 %) sowie ein reduziertes Wirksamkeitserleben (3,9 %).
- Der Anteil an hoch erschöpften Studierenden ist in der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik am niedrigsten (20,5 %), in der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften dagegen am höchsten (27,8 %).
- Einen hohen Bedeutungsverlust des Studiums weisen insbesondere Studierende der Fächergruppe Sprach- und Kulturwissenschaften auf (26,7 %), wohingegen dieser Anteil in der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften am niedrigsten ist (11,9 %).
- Mehr Studierende an Universitäten berichten von Bedeutungsverlust (24,9 %) und reduziertem Wirksamkeitserleben (3,9 %) als an Fachhochschulen (Bedeutungsverlust: 19,6 %; Wirksamkeitserleben: 1,8 %).
- Je höher das Studienjahr, desto ausgeprägter ist der erlebte Bedeutungsverlust des Studiums (erstes Studienjahr: 15,9 %, ab achtem Studienjahr: 29,4 %).

Ergebnisse

Knapp ein Viertel der Studierenden (24,4 %) berichtet das Initialsymptom, sich erschöpft zu fühlen. Etwas weniger geben an, einen Bedeutungsverlust im Studium wahrzunehmen (22,9 %). Ein stark reduziertes Wirksamkeitserleben als mittel- und langfristige Folge dauerhafter Erschöpfung berichten mit durchschnittlich 3,1 % wenige Studierende. Männliche und weibliche Studierende unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich ihres Erschöpfungs- sowie ihres reduzierten Wirksamkeitserlebens: Ein höherer Anteil an weiblichen Studierenden erlebt ein hohes Maß an Erschöpfung (σ : 22,6 %, ♀ : 25,9 %) sowie an reduziertem Wirksamkeitserleben (σ : 2,4 %, ♀ : 3,9 %). Hinsichtlich des Bedeutungsverlustes gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die Studierenden der verschiedenen Fächergruppen unterscheiden sich teilweise stark in ihrem Burnouterleben. In der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften ist der Anteil an hoch erschöpften Studierenden mit 27,8 % am höchsten, während dieser Anteil in der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik mit 20,5 % am geringsten ist. Der Unterschied zwischen diesen beiden Fächergruppen ist statistisch signifikant. Der Anteil an Studierenden, die einen hohen Bedeutungsverlust im Studium erleben, ist in der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften (11,9 %) signifikant geringer als in allen anderen Fächergruppen. Auch der Anteil in den Ingenieurwissenschaften ist mit 19,0 % vergleichsweise gering, insbesondere im Vergleich zu den Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften (26,7 %) sowie Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (26,0 %). Hinsichtlich des reduzierten Wirksamkeitserlebens unterscheiden sich Studierende der verschiedenen Fächergruppen nicht signifikant voneinander.

Studierende an Universitäten weisen auf allen drei Dimensionen höhere Prävalenzen als Studierende an Fachhochschulen auf: Die Anteile sind sowohl bezogen auf das Erschöpfungserleben (25,8 % vs. 21,9 %), den Bedeutungsverlust des Studiums (24,9 % vs. 19,6 %) sowie das reduzierte Wirksamkeitserleben (3,9 % vs. 1,8 %) signifikant größer an Universitäten.

Studierende unterschiedlicher Studienjahre unterscheiden sich weder in Bezug auf das Erschöpfungs- noch auf das reduzierte Wirksamkeitserleben. Lediglich der Anteil an Studierenden mit erlebtem Bedeutungsverlust des Studiums unterscheidet sich insofern, als dass Studierende höherer Studienjahre, insbesondere ab dem achten Studienjahr (29,4 %), ein höheres Ausmaß an Bedeutungsverlust des Studiums berichten. Der Anteil ab dem achten Studienjahr ist dabei signifikant höher als in den ersten drei Studienjahren.¹⁵

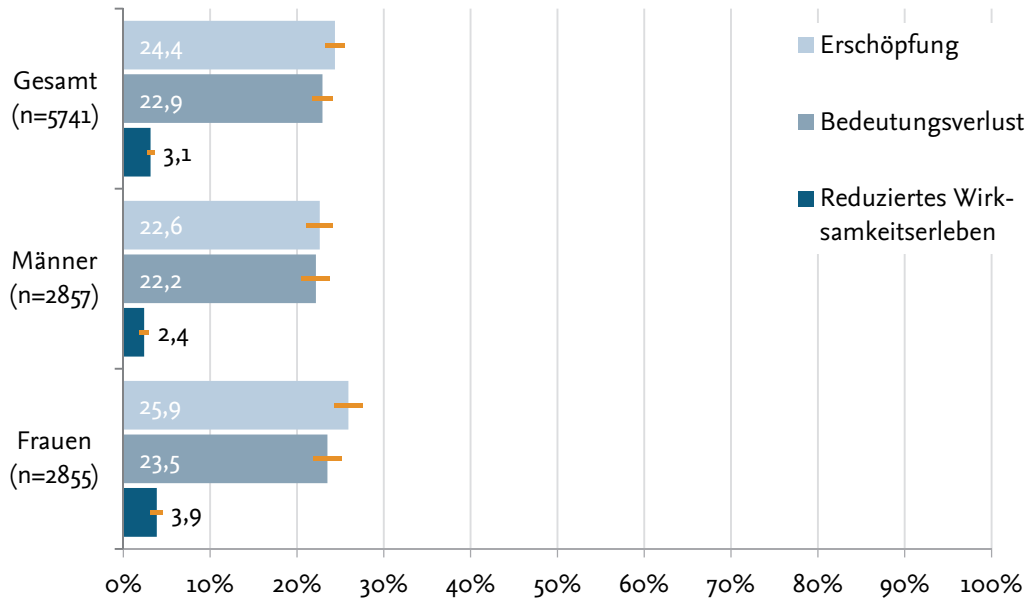
Literatur

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI Berlin. Zugriff am 01.03.2017. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Martinez, I. M. & Bresó Esteve, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 53–70.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
- Wolf, M. R. & Rosenstock, J. B. (2017). Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Academic Psychiatry*, 41(2), 174–179. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0526-y>
- Wörfel, F., Gusy, B., Lohmann, K. & Kleiber, D. (2015). Validierung der deutschen Kurzversion des Maslach-Burnout-Inventars für Studierende (MBI-SS KV). *European Journal of Health Psychology (Zeitschrift für Gesundheitspsychologie)*, 23(4), 191–196.
- Yang, H.-J. (2004). Factors affecting student burnout and academic achievement in multiple enrollment programs in Taiwan's technical-vocational colleges. *International Journal of Educational Development*, 24(3), 283–301.

¹⁵ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

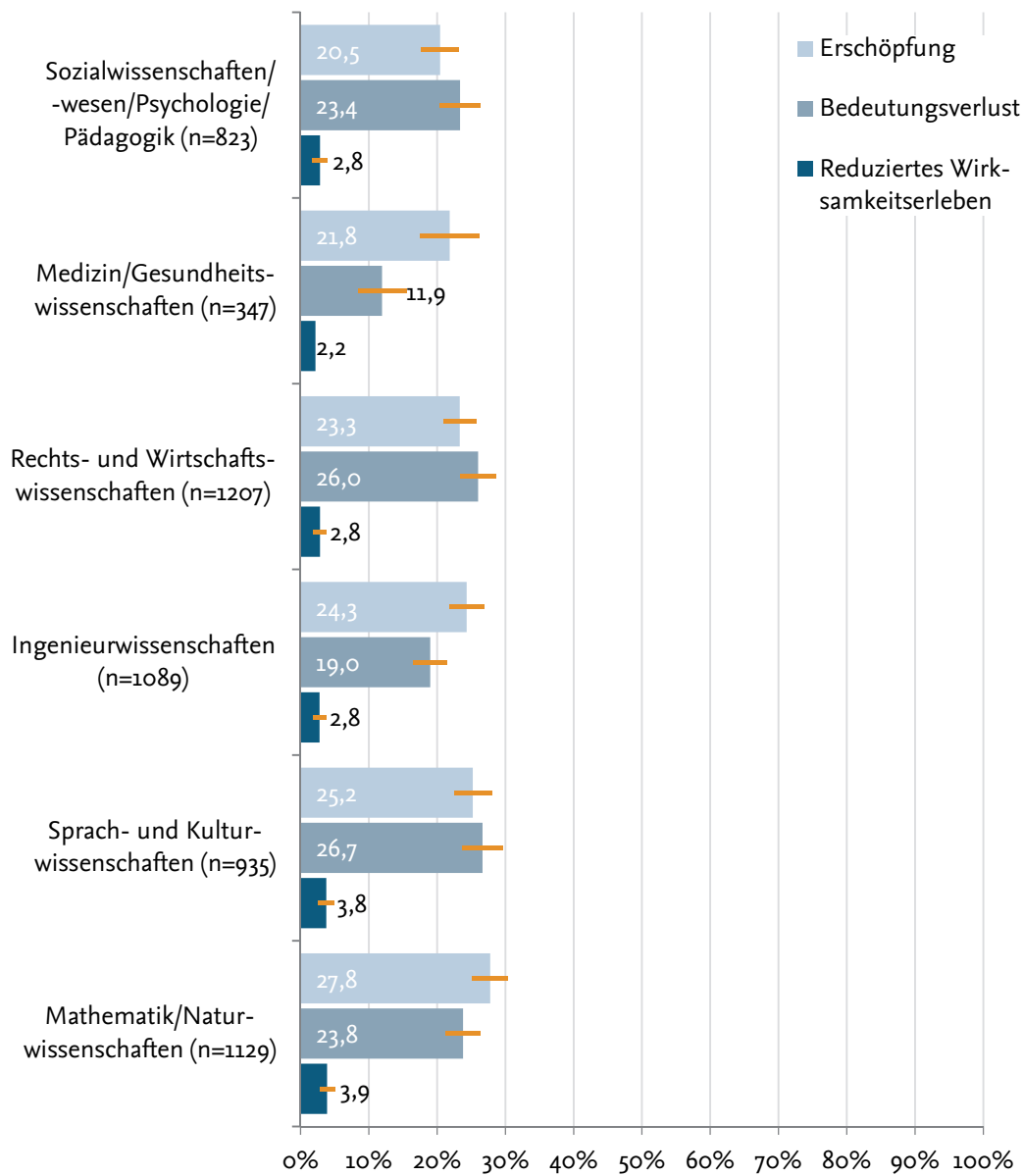
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Geschlecht.



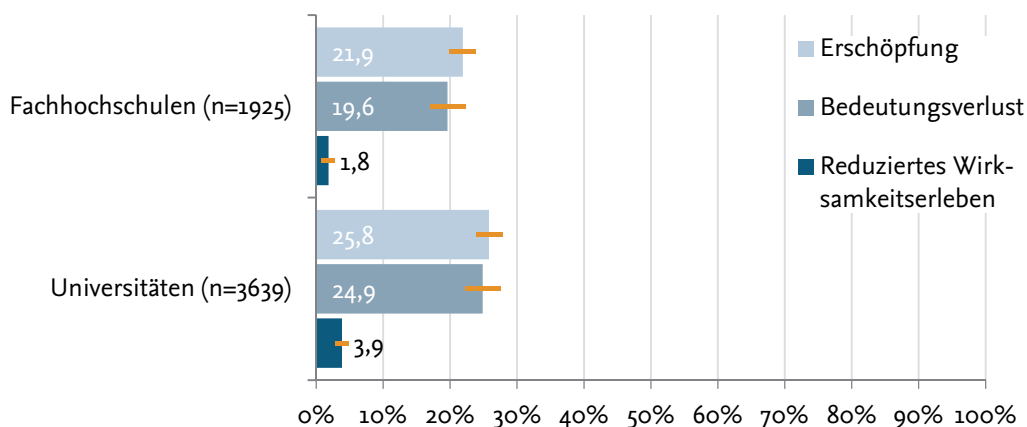
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal pro Woche die jeweilige Burnout-Dimension erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Fächergruppen.



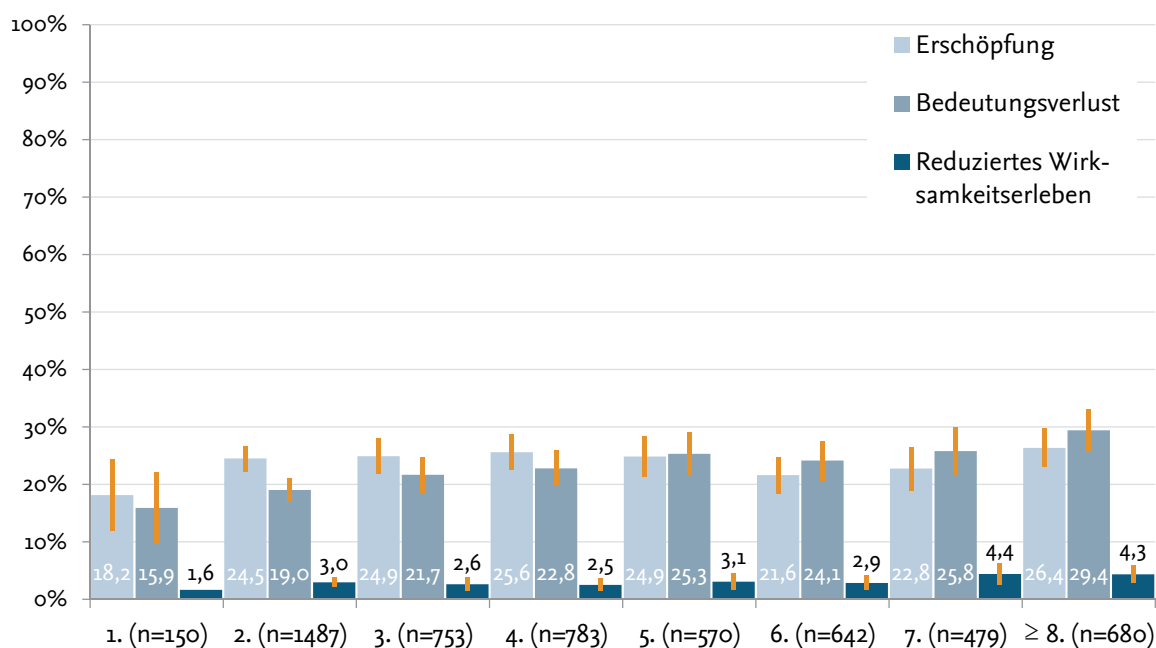
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal pro Woche die jeweilige Burnout-Dimension erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal pro Woche die jeweilige Burnout-Dimension erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Hohes Burnouterleben, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal pro Woche die jeweilige Burnout-Dimension erleben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Engagement im Studium

Einleitung

Engagement im Studium bezeichnet einen positiven und erfüllenden Gemütszustand, der sich auf das Studium, damit verbundene Inhalte und Aufgaben bezieht. Dieser äußert sich im Grad der Aufmerksamkeit, der Neugier, des Interesses sowie der Leidenschaft, die Studierende ihrem Studienfach entgegenbringen und kennzeichnet somit ihre Motivation für das gewählte Studienfach zu lernen und sich weiter zu entwickeln. Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker (2002) haben zur Messung von Engagement im Studium eine Skala entwickelt, die die drei Facetten Vitalität, Hingabe und Vereinnahmung bündelt.

Mit *Vitalität* wird eine hohe Tatkraft sowie ein großes Durchhaltevermögen im Studium bezeichnet, auch wenn man mit Schwierigkeiten konfrontiert wird. Unter *Hingabe* wird der Enthusiasmus und Einsatz für das Studium verstanden, durch den das Studium bedeutsam, inspirierend und herausfordernd wird. *Vereinnahmung* wiederum bezeichnet den Zustand hoch konzentrierten Arbeitens, der mit positiven Gefühlen und dem Verlust des Zeitgefühls während des Studierens einhergeht.

Engagement im Studium korreliert mit guten akademischen Leistungen (Bakker, Sanz Vergel & Kuntze, 2015; Salanova, Schaufeli, Martinez & Bresó Esteve, 2010; Schaufeli et al., 2002), die sich auch auf die weitere berufliche Laufbahn auswirken (Martinez, Peñalver & Meneghel, 2016). Engagement im Studium ist durch veränderbare Rahmenbedingungen sowie Kontextmerkmale gut formbar, insbesondere durch die Veränderung der Studienbedingungen. Daher hat das Konzept auch im Hochschulkontext hohe Relevanz (Finn & Rock, 1997; Fredricks & Paris, 2004).

Methode

Engagement im Studium wurde mithilfe der deutschen und auf den Studienkontext adaptierten Version der Skala von Schaufeli und Bakker (UWES-9; 2003) erhoben. Die Skala mit ursprünglich neun Items wurde für diese Befragung auf jeweils ein Ankeritem für jede der drei Dimensionen reduziert: (1) Hingabe wurde durch das Item „Mein Studium inspiriert mich.“, (2) Vitalität durch das Item „Während ich für mein Studium arbeite, fühle ich mich stark und voller Elan.“, und (3) Vereinnahmung durch das Item „Ich bin glücklich, wenn ich mich im Studium mit etwas intensiv auseinandersetzen kann“ erfasst. Die Studierenden gaben an, wie häufig sie die angegebenen Zustände auf einer Skala von „nie“ (0) bis „immer“ (6) erlebten. Für die eindimensionale Skala wurde ein Mittelwert über alle Items gebildet. Studierende wurden aufgrund ihres individuellen Wertes in zwei Gruppen eingeteilt: „gering engagierte“ und „hoch engagierte“ Studierende.

Im Folgenden werden nur die hoch engagierten Studierenden betrachtet (Mittelwert größer 3,5, d. h. der überwiegende Teil der Antworten entfällt auf mindestens „regelmäßig“ (3) oder „häufig“ (4)).

Kernaussagen

- 47,5 % der Studierenden in Deutschland sind hoch engagiert.
- Zwischen den Anteilen männlicher (49,9 %) und weiblicher (45,2 %) hoch engagierter Studierender besteht ein statistisch signifikanter Unterschied.
- Der größte Anteil hoch engagierter Studierender findet sich in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (53,5 %).
- Den geringsten Anteil hoch engagierter Studierender weist die Fächergruppe Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (40,8 %) auf.

Ergebnisse

47,5 % der Studierenden in Deutschland weisen ein hohes Engagement im Studium auf. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: Der Anteil hoch engagierter männlicher Studierender ist mit 49,9 % bedeutsam größer als der Anteil hoch engagierter weiblicher Studierender mit 45,2 %.

Studierende verschiedener Fächergruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Engagement im Studium: Der Anteil an hoch engagierten Studierenden schwankt zwischen 40,8 % (Rechts- und Wirtschaftswissenschaften) und 53,5 % (Medizin/Gesundheitswissenschaften). Dabei ist der Anteil engagierter Studierender in den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften signifikant geringer als in allen anderen befragten Fächergruppen.

Betrachtet man diese Ergebnisse im Hinblick auf die verschiedenen Hochschultypen, so lässt sich zwischen den Universitäten (46,9 %) und den Fachhochschulen (48,1 %) kein signifikanter Unterschied feststellen.

Der Anteil an hoch engagierten Studierenden unterscheidet sich zwischen den Studierenden verschiedener Studienjahre nur unwesentlich:¹⁶ Bis zum dritten Studienjahr nimmt der Anteil an hoch engagierten Studierenden tendenziell ab. Ab dem dritten Studienjahr bleibt dieser Anteil relativ konstant. Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Beurteilungen zwischen den Studienjahren.

Literatur

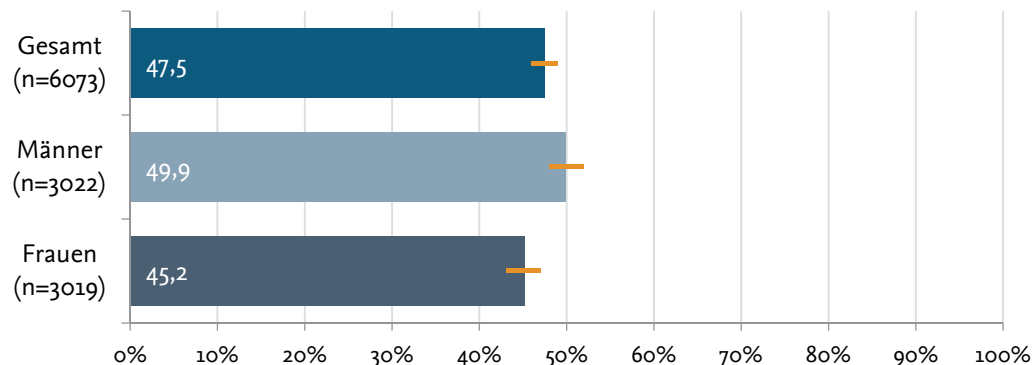
- Bakker, A. B., Sanz Vergel, A. I. & Kuntze, J. (2015). Student engagement and performance. A weekly diary study on the role of openness. *Motivation and Emotion*, 39(1), 49–62. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9422-5>
- Finn, J. D. & Rock, D. A. (1997). Academic success among students at risk for school failure. *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 221–234. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.82.2.221>
- Fredricks, J. A. & Paris, A. H. (2004). School Engagement: Potential of the Concept, State of the Evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109. Zugriff am 08.03.2017. Verfügbar unter <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3102/00346543074001059>
- Martinez, I. M., Peñalver, J. & Meneghel, I. (2016). Take care of well-being: how facilitators and engagement predict performance of university students. *Multidisciplinary Journal*

¹⁶ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

- for Education, Social and Technological Sciences*, 3(1), 100–117. Zugriff am 07.03.2017. Verfügbar unter <http://polipapers.upv.es/index.php/MUSE/article/view/3751/5245>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Martinez, I. M. & Breso Esteve, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 53–70.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2003). *UWES - Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual [Version 1, November 2003]*. Utrecht.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M. & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>

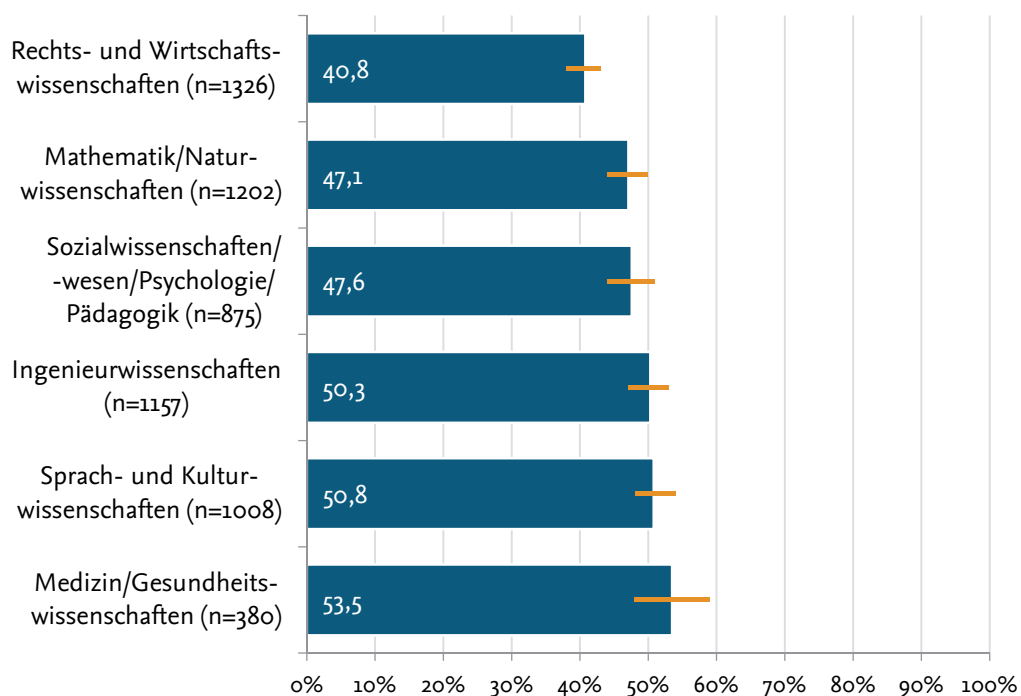
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Hohes Engagement, differenziert nach Geschlecht.



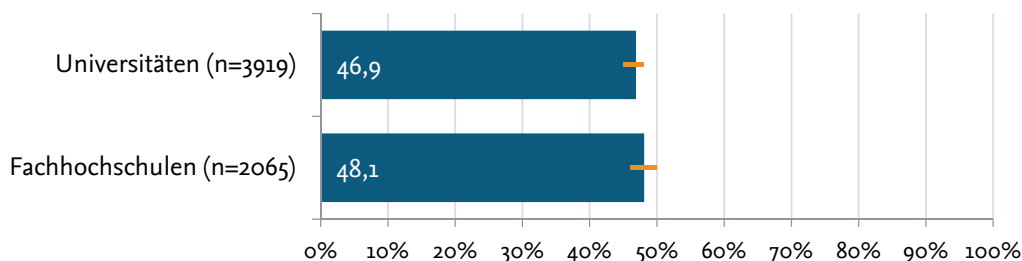
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens „regelmäßig“/„häufig“ engagiert sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2 Hohes Engagement, differenziert nach Fächergruppen.



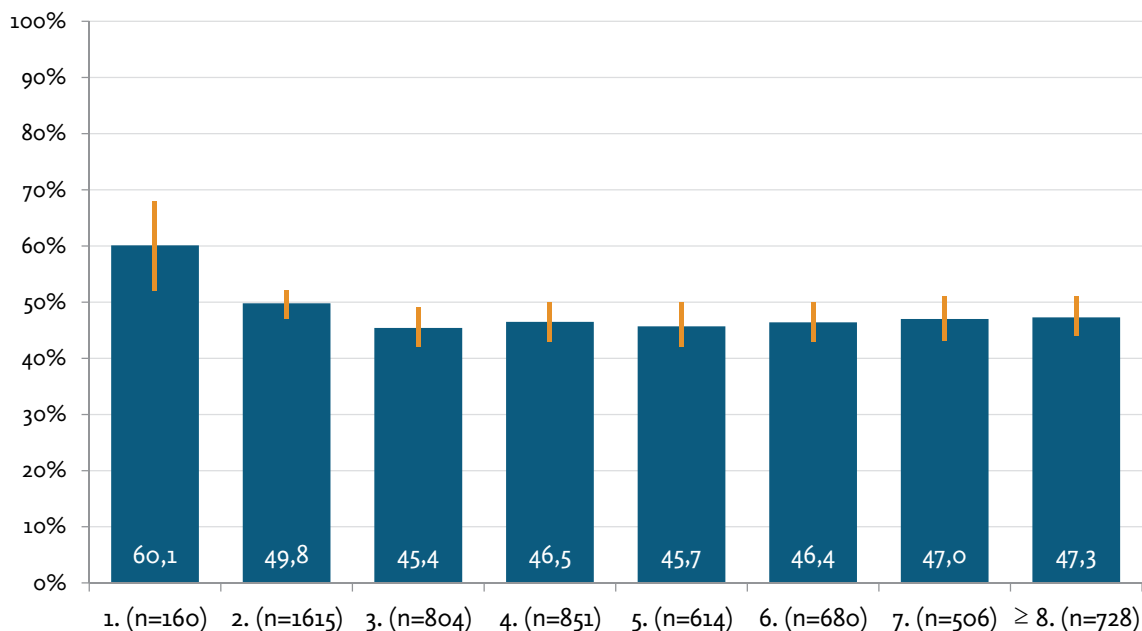
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens „regelmäßig“/„häufig“ engagiert sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Hohes Engagement, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens „regelmäßig“/„häufig“ engagiert sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Hohes Engagement, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens „regelmäßig“/„häufig“ engagiert sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Einleitung

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ist eine wichtige personale Ressource für den Umgang mit den Anforderungen des Alltags. Sie beschreibt die subjektive Überzeugung, schwierige Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006; Jerusalem & Schwarzer, n. d.; Schwarzer & Jerusalem, 1999). Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen bilanzieren und aus der Summe aller Erfahrungen eine globale Einschätzung bilden, wie erfolgreich sie neue Herausforderungen meistern können. Konkret bedeutet dies, dass sie die an sie gestellten Anforderungen mit den eigenen wahrgenommenen Kompetenzen abwägen (Bandura, 1997). Menschen mit einer hohen allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung sind demnach davon überzeugt, schwierige Anforderungen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können.

Es zeigt sich, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung Motivation und Verhalten beeinflusst und somit auch das Lernen bei Studierenden (Dinther, Dochy & Segers, 2011; Schwarzer, 2014). Ableitbar ist dies unter anderem aus beobachteten Zusammenhängen zwischen Selbstwirksamkeit und gesundheitsförderlichen Strategien zur Stressbewältigung, die wiederum positiv mit Studienerfolg und Lebenszufriedenheit assoziiert sind (Frost & Mierke, 2013). Da sich die Selbstwirksamkeitserwartung zudem als Prädiktor für Bemühung, Ausdauer, emotionale Reaktion und Handlungsentscheidungen bei Lernenden erwiesen hat (Zimmerman, 2000), ist sie ein wertvolles Messinstrument für das studentische Gesundheitsmanagement. Hierbei erscheint besonders erwähnenswert, dass die Selbstwirksamkeitserwartung veränderbar ist und durch hochschulische Angebote, wie etwa Auslandssemester, signifikant gesteigert werden kann (Petersdotter, Niehoff & Freund, 2017).

Methode

Die Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeit erfolgte mithilfe eines etablierten Selbstbeurteilungsinstruments (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Darin werden die Studierenden unter anderem gefragt, inwiefern sie der Meinung sind, mit überraschenden Ereignissen gut zurecht zu kommen oder inwieweit sie Schwierigkeiten gelassen entgegenblicken, weil sie auf ihre eigenen Fähigkeiten vertrauen. Das Antwortformat ist vierstufig („trifft nicht zu“ (1), „trifft kaum zu“ (2), „trifft eher zu“ (3), „trifft genau zu“ (4)). Die hier eingesetzte Kurzform besteht aus vier Items. Der Skalenwert entspricht der Summe aller Antwortwerte dieser Items (Range: 4-16), wobei höhere Werte eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung widerspiegeln.

Kernaussagen

- Die Studierenden schätzen ihre allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als hoch ein, das Mittel liegt bei $M=12,0$, der Skalenanker bzw. Range bei 4-16.
- Männliche Studierende schätzen ihre Selbstwirksamkeit ($M=12,4$) im Mittel höher ein als weibliche Studierende ($M=11,7$). Der Unterschied ist signifikant.
- In der Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden sich die Studierenden der unterschiedlichen Fachbereiche nur geringfügig, allerdings z. T. statistisch signifikant: Am höchsten fällt sie unter Studierenden der Ingenieurwissenschaften ($M=12,3$) aus.

Ergebnisse

Die männlichen Studierenden schätzen ihre Selbstwirksamkeitserwartung im Mittel höher ein als die weiblichen Studierenden (φ : $M=11,7$; σ : $M=12,4$).

Studierende verschiedener Fächergruppen unterscheiden sich lediglich geringfügig in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung. Für die Studierenden der Fächergruppen Ingenieurwissenschaften ($M=12,3$), Medizin/Gesundheitswissenschaften ($M=12,2$) sowie Rechts- und Wirtschaftswissenschaften ($M=12,2$) lassen sich gegenüber den Studierenden der Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften ($M=11,9$) und Sozialwissenschaften/-wesen/ Psychologie und Pädagogik ($M=11,9$) sowie Sprach- und Kulturwissenschaften ($M=11,7$) im Mittel signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartungen ausweisen.

Unter Studierenden an Fachhochschulen ($M=12,1$) fällt die Selbstwirksamkeitserwartung im Mittel etwas höher aus als unter Studierenden an Universitäten ($M=12,0$).

In der Betrachtung der verschiedenen Studienjahre (vom ersten bis zum achten und höheren Studienjahr) sind nur geringfügige (zudem nicht statistisch signifikante) Unterschiede auszumachen¹⁷.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung entspricht im Mittel in etwa der einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006).

Literatur

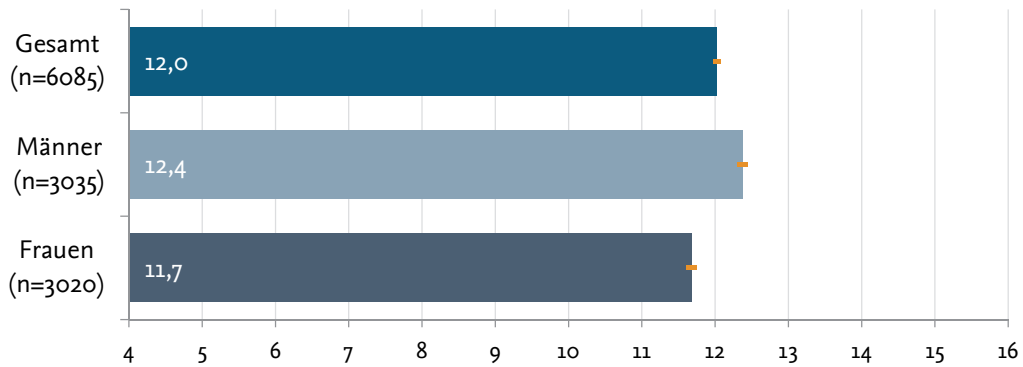
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control* (10. ed). New York, NY: Freeman.
- Dinther, M. van, Dochy, F. & Segers, M. (2011). Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educational Research Review*, 6(2), 95–108.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.10.003>
- Frost, B. & Mierke, K. (2013). Stresserleben und Stressbewältigung bei Studierenden. Funktionale und dysfunktionale Strategien und weitere Einflussvariablen. *Journal of Business and Media Psychology*(1), 13–24. Zugriff am 21.02.2018. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/281281564_Stresserleben_und_Stressbewaltigung_bei_Studierenden_Funktionale_und_dysfunktionale_Strategien_und_weitere_Einflussvariablen_Stress_and_Coping_Among_Students_Functional_and_Dysfunctional_Strategies_an

¹⁷ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52(1), 26–32.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (n. d.). *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Beschreibung der psychometrischen Skala*. Zugriff am 21.06.2017. Verfügbar unter <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>
- 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. (2014). *Self-Efficacy. Thought Control Of Action*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität, Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

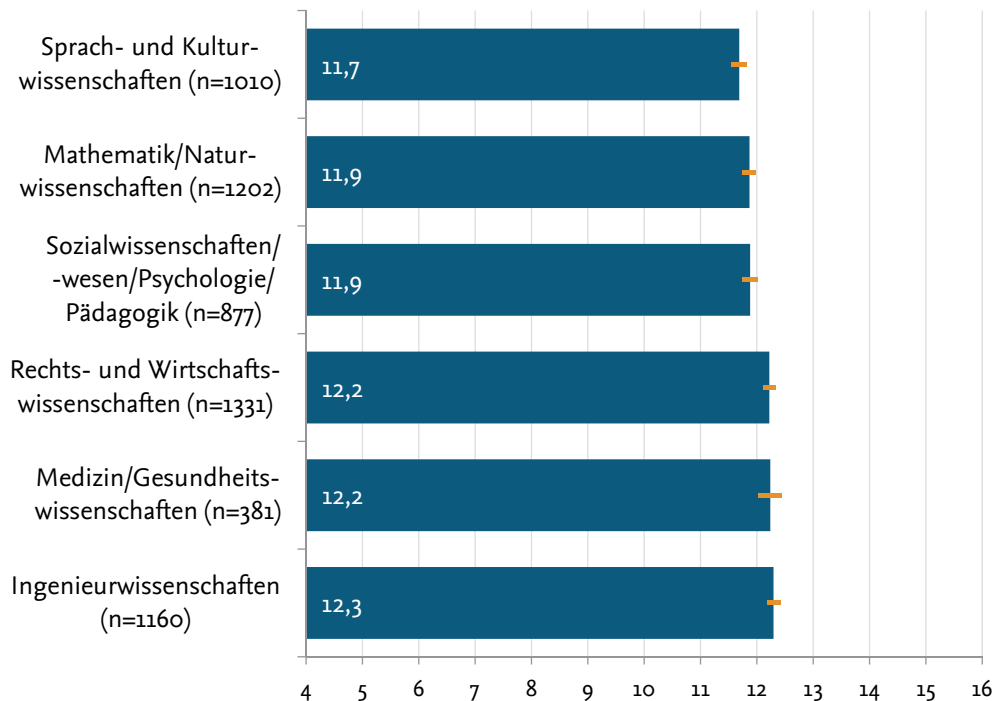
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



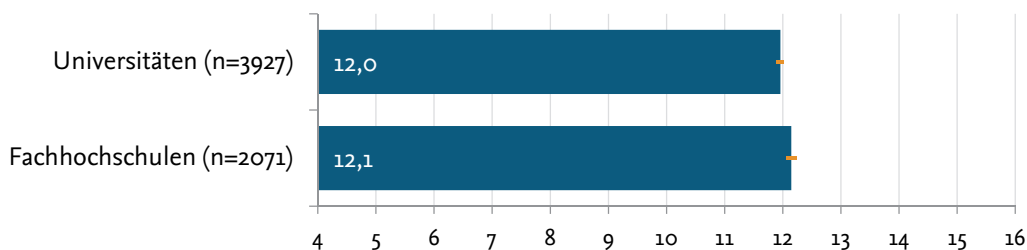
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 4 bis 16, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



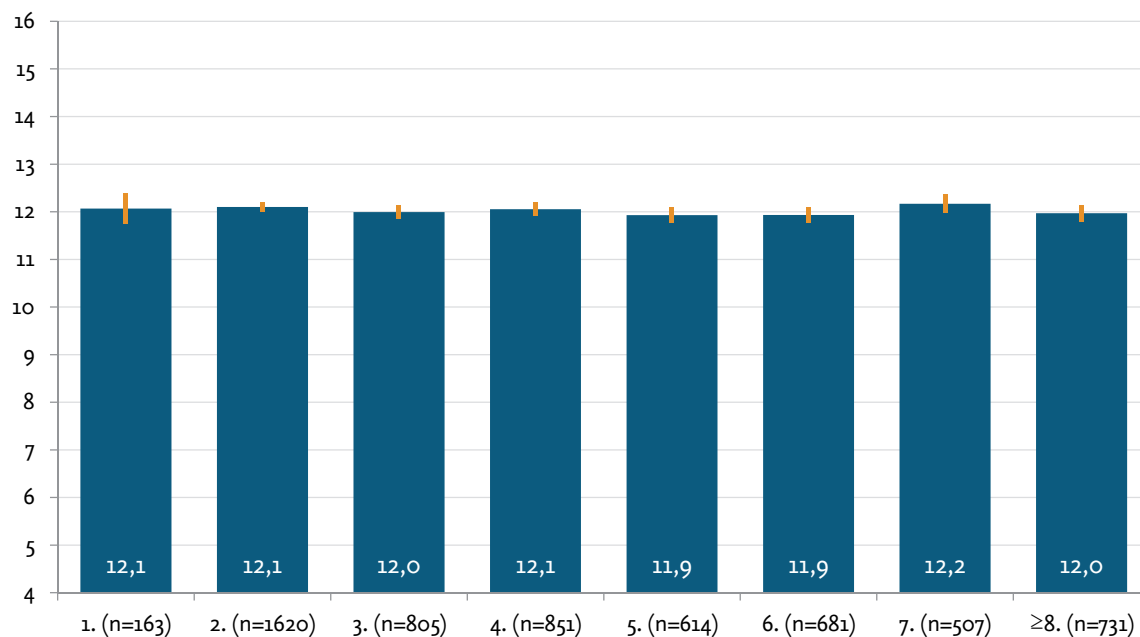
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 4 bis 16, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 4 bis 16, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 4 bis 16, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Mitgestaltung des Studiums (Job Crafting)

Einleitung

Selbst initiierte Handlungen, die darauf ausgerichtet sind, Inhalte oder Rahmenbedingungen von Tätigkeiten zu verändern, werden in der Arbeitswelt als Job Crafting bezeichnet (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Die Absicht dahinter ist, die Arbeit so umzugestalten, dass sie mit eigenen Zielen, Motivationen und Leidenschaften übereinstimmt (Wrzesniewski & Dutton, 2001).

Im Hochschulkontext und auf Studierende bezogen sind damit Aktivitäten gemeint, die darauf abzielen, eigene Inhalte, Vorstellungen und Präferenzen in das Studium einzubringen und umsetzen zu können. Dieses kann die Initiierung und Durchführung von eigenen Projektideen sowie die Mitwirkung bei interessanten Projekten der Arbeitsbereiche sein, die das Studium gestalten (Herausforderungen). Die Tätigkeiten können aber auch darauf gerichtet sein, Neues zu erlernen, sich im Studium weiterzuentwickeln, oder aber auch Möglichkeiten zu schaffen oder Situationen aufzusuchen, um sich mit Lehrenden fachlich auszutauschen und Rückmeldungen über den eigenen Lernfortschritt zu erhalten.

Ähnlich wie im Arbeitskontext sind positive Auswirkungen des Job Crafting auf die Arbeitsleistung und das Wohlbefinden erwartbar (Tims, Bakker & Derks, 2012). Erhöhtes Engagement sowie verringertes Burnouterleben ließen sich bei „Job Craftern“ beobachten (Berg, Grant & Johnson, 2010; Slemp, Kern & Vella-Brodrick, 2015; Tims, Bakker & Derks, 2014).

Methode

Das Ausmaß der Mitgestaltung im Studium wurde anhand einer übersetzten und an den Studienkontext angepassten Version der Job Crafting Scale erhoben (Tims et al., 2012). Die Studierenden sollten auf einer Skala von (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft vollständig zu“ bewerten, wie sie ihr Studium mitgestalten.

Die Steigerung herausfordernder Anforderungen (SHA) wurde mit Items wie „Bei interessanten neuen Ideen/Projekten ergreife ich die Initiative und biete meine Mitarbeit an.“ erfasst. Items wie „Ich bitte Lehrende, mich zu beraten.“ erfassen, in welchem Ausmaß Studierende ihre sozialen Ressourcen steigern (SSR). Der Ausbau struktureller Ressourcen (ASR) wurde mithilfe von Items wie „Ich versuche, im Studium Neues zu erlernen.“ erfragt.

Die vierte Dimension der ursprünglichen Job Crafting Scale – der Abbau struktureller Hindernisse – ließ sich in vorherigen Befragungen nicht zuverlässig abbilden und kam deswegen nicht zum Einsatz.

Zur Auswertung werden gesondert für jede der drei Dimensionen Mittelwerte (Range: 1-5) berichtet. Dabei indizieren höhere Werte mehr aktive Mitgestaltung im Studium.

Kernaussagen

- Studierende streben im Mittel vor allem den Ausbau ihrer strukturellen Ressourcen an ($M=4,2$). Sie engagieren sich seltener für den Ausbau ihrer sozialen Ressourcen ($M=2,5$) sowie für die Steigerung herausfordernder Anforderungen ($M=3,0$).
- Studierende der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften engagieren sich im Mittel am meisten darin, die strukturellen Ressourcen ihres Studiums aktiv auszubauen ($M=4,4$).
- Studierende der Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften ($M=2,8$) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik ($M=2,7$) zeigen im Mittel die größten Ausprägungen bei der Steigerung sozialer Ressourcen.

Ergebnisse

Von den unterschiedlichen Aktivitäten, die darauf abzielen, das Studium mit eigenen Vorstellungen und Präferenzen in Einklang zu bringen, streben die Studierenden im Mittel am stärksten danach, ihre strukturellen Ressourcen auszubauen ($M=4,2$). Weitaus weniger stark suchen sie im Mittel nach zusätzlichen herausfordernden Anforderungen ($M=3,0$). Auch der Ausbau sozialer Ressourcen im Studium ist im Mittel geringer ausgeprägt ($M=2,5$). Es zeigen sich dabei keine konsistenten geschlechterspezifischen Unterschiede. Lediglich in Bezug auf die Steigerung herausfordernder Anforderungen berichten männliche Studierende im Mittel signifikant höhere Werte ($\text{♀: } M=2,9$ und $\text{♂: } M=3,1$).

Der Vergleich zwischen den Fächergruppen ergibt teilweise signifikante Unterschiede hinsichtlich der Mitgestaltung des Studiums: Die Studierenden der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften engagieren sich im Mittel vor allem darin, ihre strukturellen Ressourcen auszubauen ($M=4,4$), während Studierende der Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften ($M=4,1$) sowie Ingenieurwissenschaften ($M=4,1$) dies im Mittel in geringerem Umfang tun. Im Hinblick auf die Steigerung sozialer Ressourcen zeigen Studierende der Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften ($M=2,8$) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik ($M=2,7$) im Mittel die höchste Ausprägung, während insbesondere Studierende der Fächergruppe Rechts- und Wirtschaftswissenschaften ($M=2,3$) sich signifikant weniger bemühen, die sozialen Ressourcen des Studiums nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Bezogen auf die Steigerung herausfordernder Anforderungen des Studiums gibt es zwischen Studierenden der einzelnen Fächergruppen keine bedeutsamen Unterschiede.

Hinsichtlich des Hochschultyps lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Studierenden von Universitäten und Fachhochschulen feststellen. Beide Typen weisen in den drei Dimensionen jeweils identische Werte auf (Ausbau struktureller Ressourcen: $M=4,2$, Steigerung sozialer Ressourcen: $M=2,5$ und Steigerung herausfordernder Anforderungen: $M=3,0$).

Es gibt ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Studierenden verschiedener Studienjahre hinsichtlich des Ausbaus struktureller Ressourcen sowie der Steigerung herausfordernder Anforderungen. Lediglich bezogen auf die Steigerung sozialer Ressourcen zeigen – mit Ausnahme der Studierenden des ersten Studienjahres¹⁸ – Studierende höherer Studienjahre auch mehr Bestrebungen, ihre soziale Ressourcen zu steigern: Studierende des zweiten Studienjahres sind demnach im Mittel signifikant weniger bestrebt ($M=2,4$) als Studierende ab dem siebten Studienjahr bis zum Ende ihres Studiums ($M=2,6$).

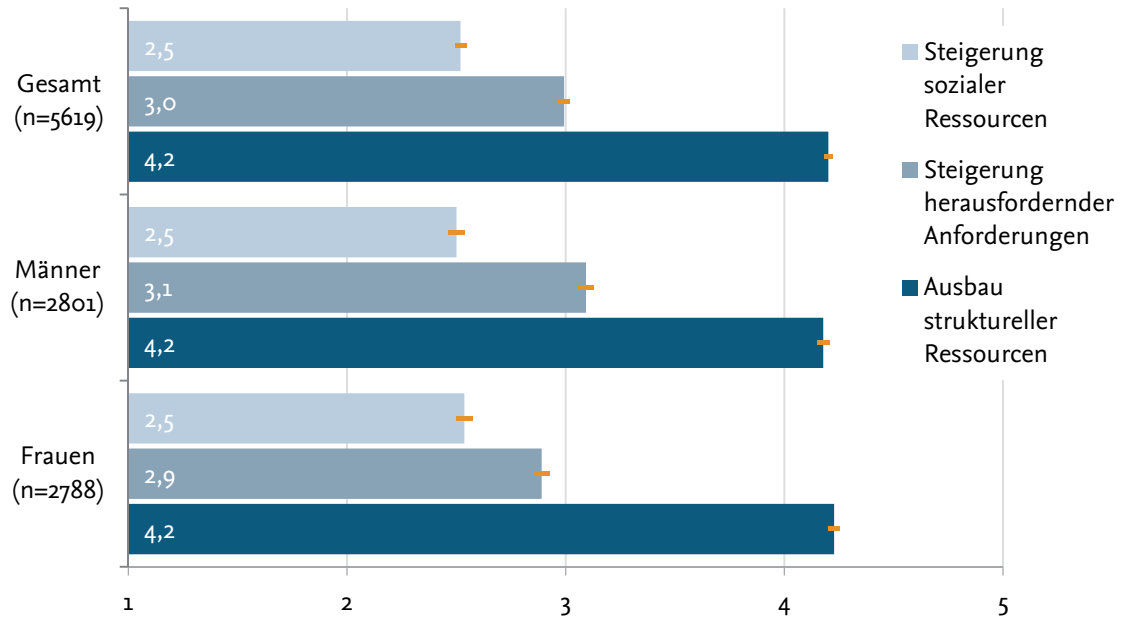
Literatur

- Berg, J. M., Grant, A. M. & Johnson, V. (2010). When Callings Are Calling. Crafting Work and Leisure in Pursuit of Unanswered Occupational Callings. *Organization Science*, 21 (5), 973–994. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0497>
- Slemp, G. R., Kern, M. L. & Vella-Brodrick, D. A. (2015). Workplace Well-Being. The Role of Job Crafting and Autonomy Support. *Psychology of Well-Being*, 5(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s13612-015-0034-y>
- Tims, M., Bakker, A. B. & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80 (1), 173–186.
- Tims, M., Bakker, A. B. & Derks, D. (2014). Job crafting and job performance. A longitudinal study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24 (6), 914–928. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2014.969245>
- Wrzesniewski, A. & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26 (2), 179–201. Zugriff am 30.11.2015.

¹⁸ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

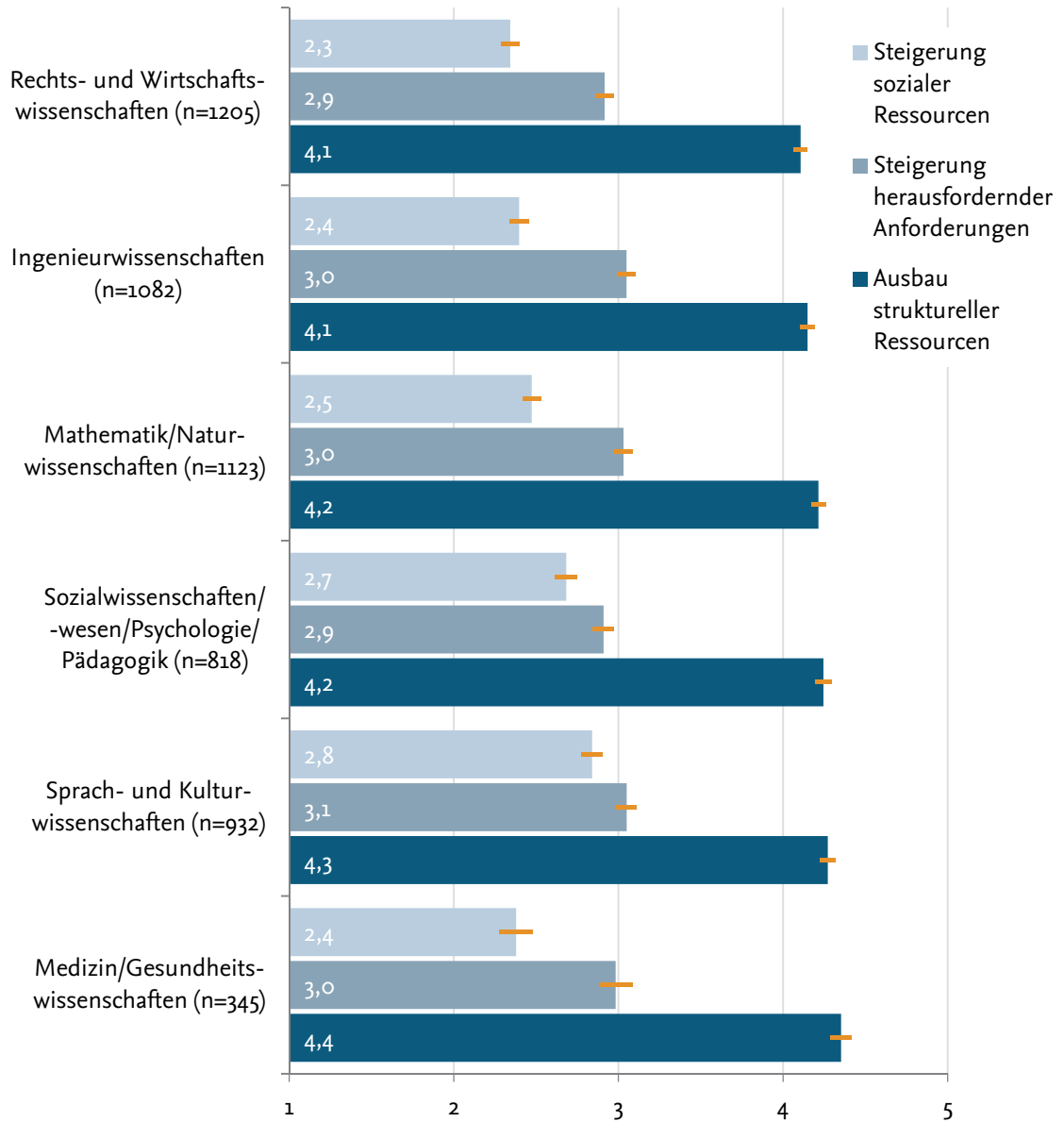
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Geschlecht.



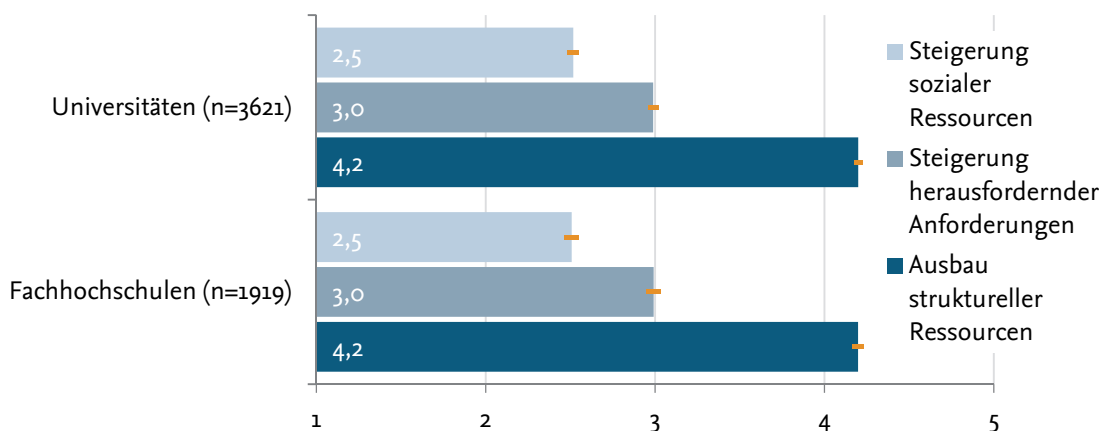
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Fächergruppen.



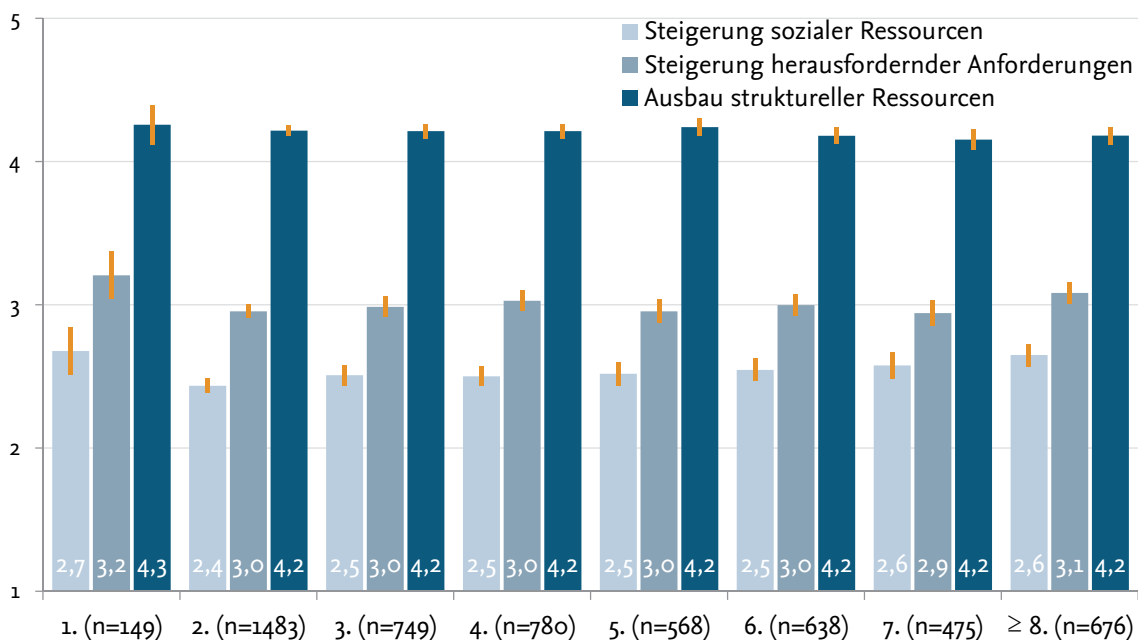
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Steigerung sozialer/struktureller Ressourcen und herausfordernder Anforderungen, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Geistige Anforderungen

Einleitung

Ziel eines Studiums ist die stetige Erweiterung von Fertigkeiten und Kompetenzen. Diese sollen im späteren Berufsleben auf neuartige, komplexe und manchmal auch unvorhersehbare Situationen angewandt werden. Geeignete Problemlösestrategien sollen entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden. Ein Studium unterstützt den Kompetenzaufbau, wenn es kontinuierlich Lernaufgaben bietet, die geistig herausfordernd sind (Tekkumru-Kisa, Stein & Schunn, 2015). Dabei ist es wichtig die Anforderungen so zu gestalten, dass sie an die Vorkenntnisse anknüpfen und eine sukzessive Erweiterung erlauben. Sind die geistigen Anforderungen nicht gut auf die Lernvoraussetzungen der Studierenden bezogen, kann dies zu Gefühlen von Überforderung sowie zu Burnout führen (Salmela-Aro & Upadaya, 2014). Daher ist es wichtig, bei der Aufgabenbearbeitung die notwendige Unterstützung anzubieten (Wielenga-Meijer, Taris, Wigboldus & Kompier, 2012). Das Studium sollte nicht nur an das Vorwissen der Studierenden anknüpfen, sondern auch bekannte Schemata rekapitulieren und aktualisieren (Sweller, 2005).

Methode

Die hier verwendete Skala zur Erfassung der geistigen Anforderungen wurde von Bakker (2014) entwickelt und für die aktuelle Befragung an den Studienkontext angepasst (Töpritz et al., 2016). Mithilfe von vier Items wurden die Inhaltsbereiche Aufmerksamkeit, Konzentration, Präzision und Sorgfalt erfasst, die mit dem Studium und dessen Anforderungen einhergehen. Diesen vier Items wurde ein Item zur Erfassung von Mehrfachbelastungen hinzugefügt. Die Studierenden wurden gebeten, ihre Studiensituation auf einer sechsstufigen Likertskala hinsichtlich der oben genannten Aspekte einzuschätzen. Ein Beispielitem lautete: „Erfordert Ihr Studium ein hohes Maß an Konzentration?“. Die Abstufung der Antworten war verbal verankert mit „nie“ (1), „selten“ (2), „manchmal“ (3), „oft“ (4), „sehr oft“ (5) und „immer“ (6).

Zur Auswertung wurde der Mittelwert über alle Antwortwerte der Items dieser Skala berechnet. Höhere Werte auf dieser Skala von 1 bis 6 entsprechen einem höheren Ausmaß an geistigen Anforderungen.

Kernaussagen

- Studierende erleben ihr Studium im Mittel „oft“ als geistig herausfordernd (M=4,3).
- Die berichteten geistigen Anforderungen variieren zwischen Studierenden unterschiedlicher Fächergruppen: Studierende der Mathematik/Naturwissenschaften sowie der Ingenieurwissenschaften berichten im Mittel die höchsten (M=4,5), Studierende der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (M=4,0) dagegen die niedrigsten Werte.
- Studierende an Universitäten berichten signifikant ein höheres Maß an geistigen Anforderungen (M=4,4) als Studierende an Fachhochschulen (M=4,2).

Ergebnisse

Studierende erleben ihr Studium im Mittel „oft“ als geistig herausfordernd (M=4,3). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden gibt es dabei nicht.

Es zeigen sich aber signifikante Unterschiede zwischen Studierenden unterschiedlicher Fächergruppen. So berichten Studierende der Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften (M=4,5) sowie der Ingenieurwissenschaften (M=4,5) von den höchsten geistigen Anforderungen, während in den Fächergruppen Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (M=4,0) sowie Sprach- und Kulturwissenschaften (M=4,3) die geistigen Anforderungen signifikant geringer eingestuft werden.

In Hinblick auf die verschiedenen Hochschultypen lässt sich ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der geistigen Anforderungen zwischen Studierenden an Universitäten (M=4,4) und Studierenden an Fachhochschulen feststellen (M=4,2).

Die Anzahl der Studienjahre hat keinen Einfluss auf die Wahrnehmung der geistigen Anforderungen im Studium:¹⁹ Lediglich Studierende des ersten Studienjahres (M=4,5) erleben die geistigen Anforderungen im Studium tendenziell höher als Studierende höherer Studienjahre.

Literatur

Bakker, A. B. (2014). *The Job Demands-resources Questionnaire*. Rotterdam: Erasmus University.

Salmela-Aro, K. & Upadaya, K. (2014). School burnout and engagement in the context of demands-resources model. *The British Journal of Educational Psychology*, 84 (Pt 1), 137–151. <https://doi.org/10.1111/bjep.12018>

Sweller, J. (2005). Implications of cognitive load theory for multimedia learning. In R. E. Mayer (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Multimedia Learning* (S. 19–30). New York, NY: Cambridge University Press.

Tekumru-Kisa, M., Stein, M. K. & Schunn, C. (2015). A framework for analyzing cognitive demand and content-practices integration. Task analysis guide in science. *Journal of Research in Science Teaching*, 52 (5), 659–685. <https://doi.org/10.1002/tea.21208>

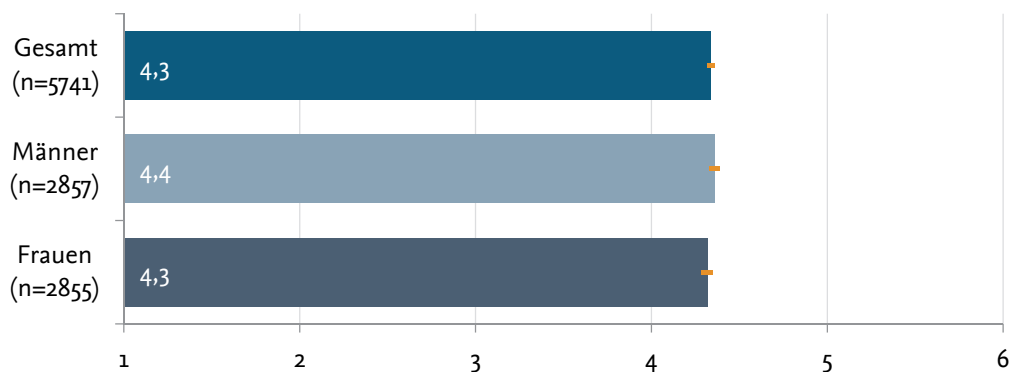
¹⁹ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Töpritz, K., Lohmann, K., Gusy, B., Farnir, E., Gräfe, C. & Sprenger, M. (2016). *Wie gesund sind Studierende der Technischen Universität Kaiserslautern? Ergebnisse der Befragung 06/15* (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Nr. 01/P16). Berlin: Freie Universität Berlin. Zugriff am 25.02.2016.

Wielenga-Meijer, E. G.A., Taris, T. W., Wigboldus, D. H.J. & Kompier, M. A.J. (2012). Don't bother me. Learning as a function of task autonomy and cognitive demands. *Human Resource Development International*, 15(1), 5–23.
<https://doi.org/10.1080/13678868.2011.646898>

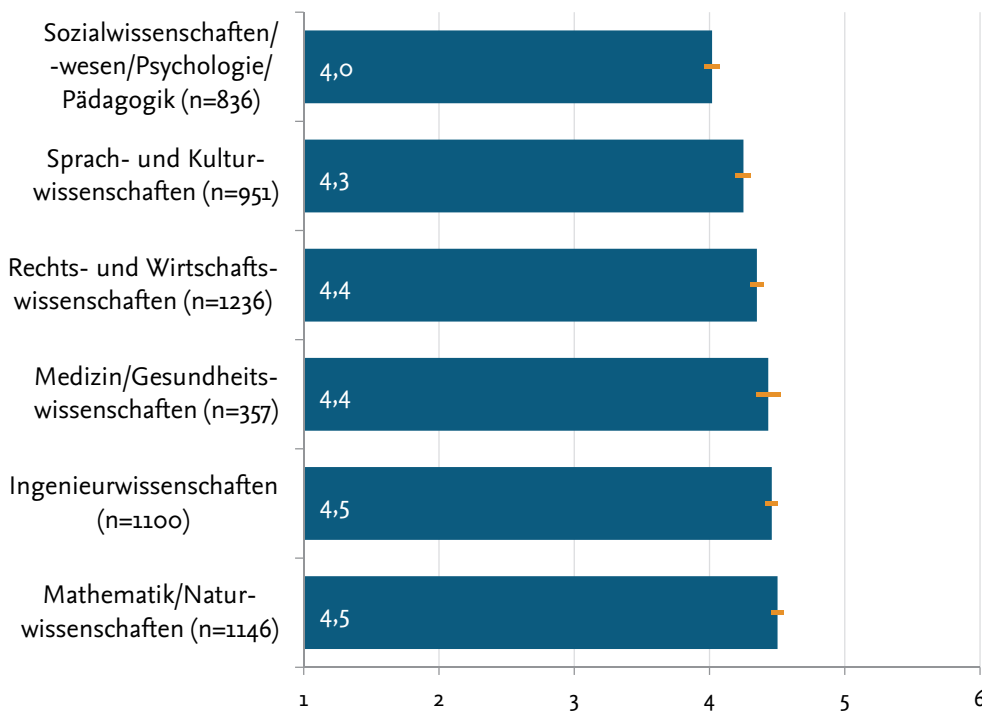
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Geschlecht.



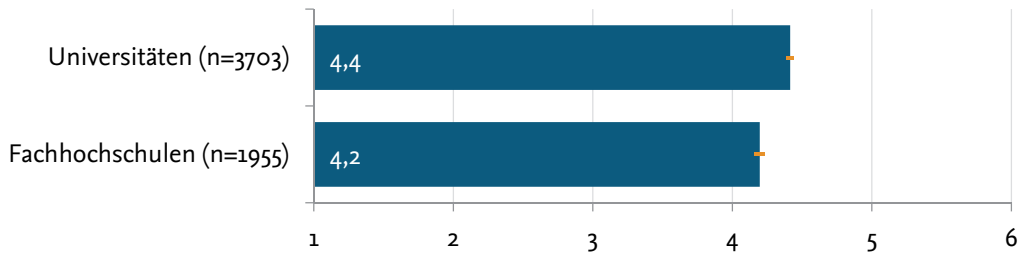
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Fächergruppen.



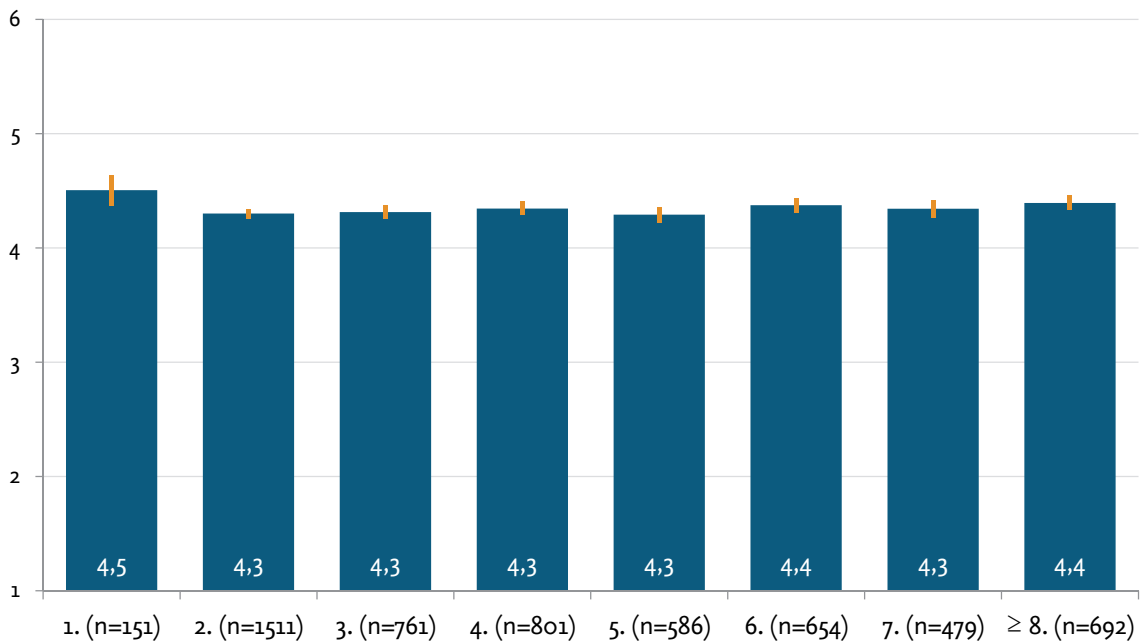
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Geistige Anforderungen im Studium, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Soziale Unterstützung

Einleitung

Die soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende ist eine wichtige Ressource im Studium. Sie beschreibt bei Studierenden die von diesen wahrgenommene Bereitschaft ihrer Kommilitoninnen und Kommilitonen, für studienbezogene Fragen ansprechbar zu sein, konstruktive Rückmeldungen zu geben, Lernmaterialien zur Verfügung zu stellen sowie gemeinsame Freizeitaktivitäten zu unternehmen. Bei Lehrenden ist damit die Ansprechbarkeit für studienbezogene Fragen, die Beratung bei studienbezogenen Problemen, konstruktive Rückmeldungen zu Studienleistungen sowie die Förderung des jeweiligen Studierenden gemeint.

Wird ein hohes Maß an sozialer Unterstützung durch beide Quellen (Lehrende, Studierende) gewährt, so fördert dies nachweislich das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit, und puffert mögliche negative Wirkungen von Belastungen auf die Gesundheit ab (Kienle et al., 2006; Lee & Padilla, 2016). Soziale Unterstützung ist damit eine wichtige Ressource für die Gesundheit und Arbeits- bzw. Studierfähigkeit (Peters, Spanier, Radoschewski, Mohnberg & Bethge, 2015).

Methode

Mit dem Berliner Anforderungen-Ressourcen-Inventar für das Studium (BARI-S) wurde soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netz der Studierenden erhoben. Erfasst wurde die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netz zu erhalten.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende wurde zum Beispiel mit dem Item „Ich finde ohne Weiteres jemanden, der mich informiert oder mir Arbeitsunterlagen mitbringt, wenn ich mal nicht zur Hochschule kommen kann.“ erfasst. Ein Beispielimitem für soziale Unterstützung durch Lehrende ist: „Ich erhalte Hilfe und Unterstützung von Lehrenden, an deren Veranstaltungen ich teilnehme.“

Die Aussagen wurden von den Studierenden auf einer sechsstufigen Likertskala von 1 bis 6 bewertet, wobei 1 „nie“, 2 „selten“, 3 „manchmal“, 4 „oft“, 5 „sehr oft“ und 6 „immer“ entspricht. Für die Auswertung wurden die Mittelwerte der Subskalen berechnet, nachdem negativ formulierte Items invertiert wurden. Höhere Werte entsprechen einem größeren Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung.

Kernaussagen

- Die wahrgenommene soziale Unterstützung im Studium ist sowohl bezogen auf die Unterstützung durch Lehrende ($M=3,7$) als auch durch Studierende ($M=4,0$) moderat ausgeprägt.
- Weibliche Studierende ($M=4,1$) erleben ein höheres Maß an wahrgenommener Unterstützung durch ihre Mitstudierenden als männliche Studierende ($M=3,9$).
- Studierende der Fächergruppe Sprach- und Kulturwissenschaften erleben im Mittel das höchste Maß an wahrgenommener Unterstützung durch Lehrende ($M=3,9$) sowie das geringste Maß an wahrgenommener Unterstützung durch Mitstudierende ($M=3,8$) im Vergleich zu den anderen Fächergruppen.
- Studierende der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften erleben im Mittel das mit Abstand höchste Maß an wahrgenommener Unterstützung durch ihre Mitstudierenden ($M=4,4$).
- Studierende an Fachhochschulen geben im Durchschnitt eine höhere wahrgenommene Unterstützung durch Lehrende ($M=3,8$) und durch Mitstudierende ($M=4,1$) an als Studierende an Universitäten ($M=3,6$; $M=3,9$).
- Studierende, die sich im achten oder höheren Studienjahr befinden, berichten die mit Abstand geringste Unterstützung durch ihre Mitstudierenden ($M=3,4$).

Ergebnisse

Wahrgenommene Soziale Unterstützung durch Studierende

Die Studierenden geben an, dass sie sich im Mittel „oft“ durch Mitstudierende ($M=4,0$) unterstützt fühlen. Weibliche Studierende ($M=4,1$) fühlen sich dabei im Mittel statistisch signifikant häufiger durch Mitstudierende unterstützt als männliche Studierende ($M=3,9$).

Insbesondere Studierende der Medizin/Gesundheitswissenschaften berichten im Gegensatz zu allen anderen Fächergruppen im Mittel eine statistisch signifikant höhere Ausprägung in der wahrgenommenen Unterstützung durch Mitstudierende ($M=4,4$). Studierende der weiteren Fächergruppen unterscheiden sich hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung durch Studierende nur unwesentlich voneinander.

Studierende an Fachhochschulen erleben im Mittel signifikant häufiger wahrgenommene soziale Unterstützung durch ihre Mitstudierenden ($M=4,1$) als jene an Universitäten ($M=3,9$).

Studierende im zweiten Studienjahr berichten das höchste Maß ($M=4,2$) an wahrgenommener Unterstützung durch Mitstudierende. Studierende mit mehr Studienjahren nehmen kontinuierlich weniger Unterstützung durch Mitstudierende wahr. Mit großem Abstand am geringsten ausgeprägt ist die wahrgenommene Unterstützung bei Studierenden, die bereits acht oder mehr Studienjahre studieren ($M=3,4$).²⁰

Wahrgenommene Soziale Unterstützung durch Lehrende

Die Studierenden geben an, dass sie sich im Mittel „manchmal“ bis „oft“ durch Lehrende ($M=3,7$) unterstützt fühlen. Der Geschlechtsunterschied ist dabei nicht bedeutsam (♀ : $M=3,6$; ♂ : $M=3,7$).

²⁰ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Studierende der Fächergruppe Sprach- und Kulturwissenschaften fühlen im Mittel am meisten durch Lehrende unterstützt ($M=3,9$). Sie unterscheiden sich damit statistisch signifikant von Studierenden der weiteren Fächergruppen. Dagegen weisen insbesondere Studierende der Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften ($M=3,4$), Rechts- und Wirtschaftswissenschaften ($M=3,5$) sowie Ingenieurwissenschaften ($M=3,6$) niedrige Werte in der wahrgenommenen Unterstützung durch Lehrende auf.

Auch in Bezug auf die soziale Unterstützung durch Lehrende berichten Studierende an Fachhochschulen mit Mittel signifikant höhere Werte ($M=3,8$) als Studierende an Universitäten ($M=3,6$).

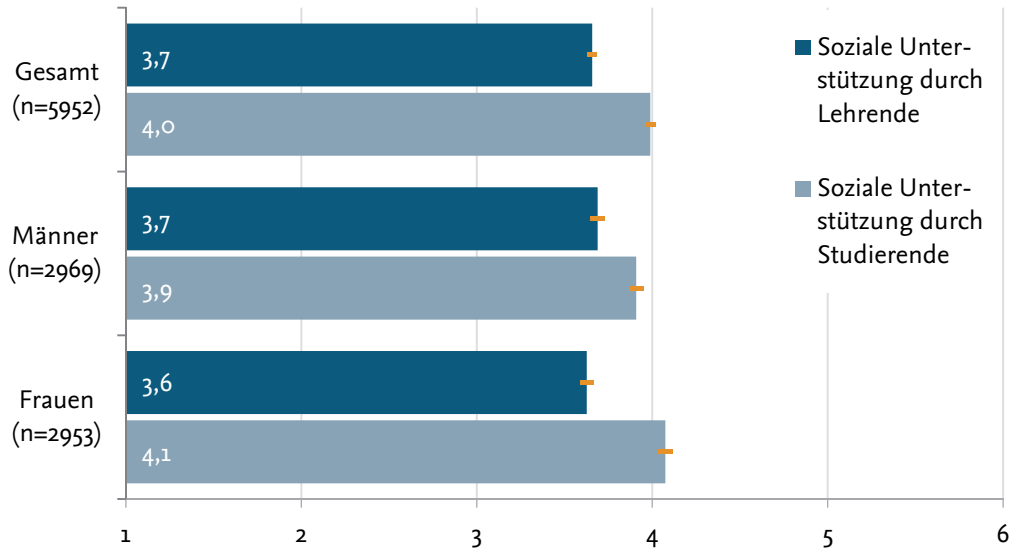
Studierende unterschiedlicher Studienjahre unterscheiden sich in Bezug auf die wahrgenommene Unterstützung durch Lehrende nur unwesentlich voneinander. Lediglich Studierende des ersten Studienjahres nehmen tendenziell mehr Unterstützung durch Lehrende wahr ($M=4,1$) als jene höherer Studienjahre.

Literatur

- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Berlin: Springer Medizin.
https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_7
- Lee, D. S. & Padilla, A. M. (2016). Predicting South Korean University Students' Happiness through Social Support and Efficacy Beliefs. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(1), 48–60. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9255-2>
- Peters, E., Spanier, K., Radoschewski, F. M., Mohnberg, I. & Bethge, M. (2015). Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. *Das Gesundheitswesen*, 77(08/09). <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563336>

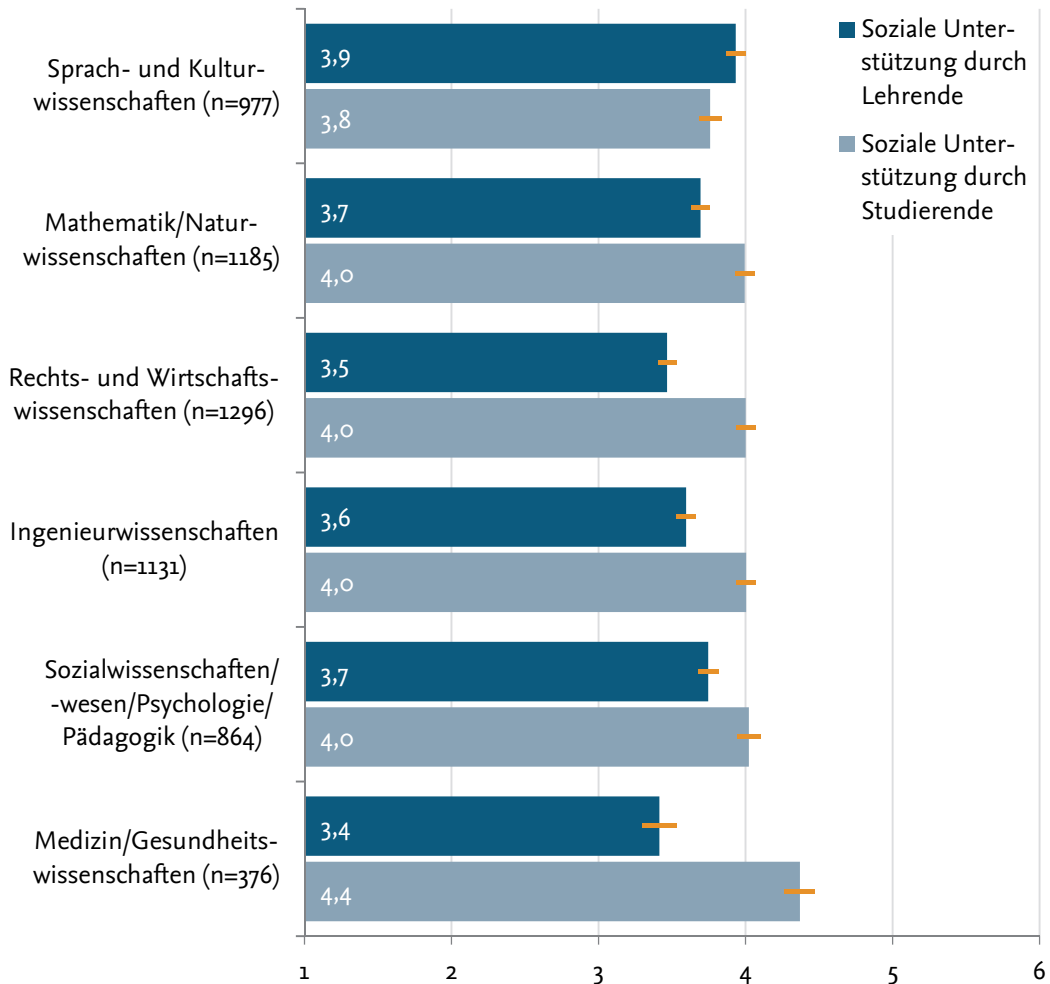
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Geschlecht.



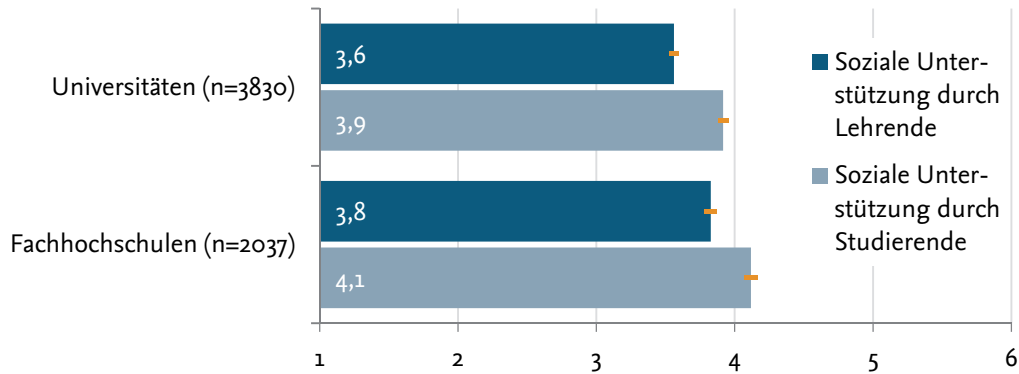
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Fächergruppen.



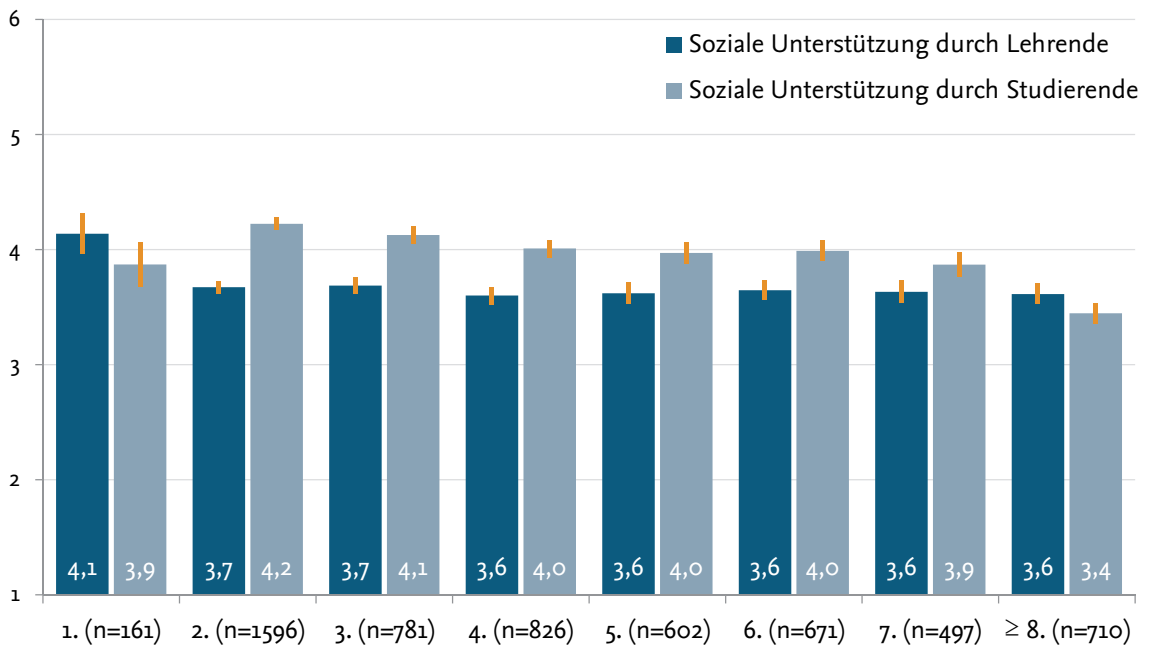
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Wahrgenommene soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95%-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Strukturelle Ressourcen des Studiums

Einleitung

Studienbezogene Ressourcen ermöglichen die Bearbeitung studienrelevanter Aufgaben und somit einen erfolgreichen Studienabschluss. Im Arbeitskontext ließ sich bereits ein Puffereffekt von Ressourcen auf hohe Anforderungen zeigen (Bakker & Demerouti, 2007; Broeck et al., 2017). In Anlehnung an das Job Demands-Resources Modell konnte im Kontext eines Hochschulstudiums nachgewiesen werden, dass studienbezogene Ressourcen, wie beispielsweise Handlungsspielräume, mit dem studentischen Engagement zusammenhängen (Schagen & Beyer, 2012). Wenn entsprechende Ressourcen fehlen, kann der Studienerfolg gefährdet werden. Mögliche Folgen für Studierende sind Missbefinden und Stress (Schulz & Schlotz, 2004).

Die wahrgenommenen strukturellen Ressourcen werden hier auf drei Dimensionen abgebildet:

Das Qualifikationspotenzial des Studiums beschreibt die wahrgenommenen Lernmöglichkeiten mit Blick auf antizipierte berufliche Chancen. Bei einem hohen Qualifikationspotenzial sind Studierende davon überzeugt, entscheidende Schlüsselqualifikationen zu erwerben und wichtige Kontakte zu knüpfen, die ihnen im Anschluss an das Studium gute Zukunftsperspektiven eröffnen.

Mit dem Handlungsspielraum im Studium wird die wahrgenommene Möglichkeit zur (Mit-) Gestaltung und Organisation des Studiums erfasst. Konkret sind damit Wahlmöglichkeiten und Freiräume bei studienbezogenen Angelegenheiten gemeint, sowohl in Bezug auf Schwerpunktsetzungen im Studium als auch auf die Wahl und Bearbeitung von studienbezogenen Aufgaben. Ein größerer Handlungsspielraum dient vor allem Studierenden mit geringer Selbstwirksamkeit als Kontrollmöglichkeit für ihre Ressourcen (Edelmann, 2002).

Der Zeitspielraum im Studium erfasst die Möglichkeit, studienbezogene Aufgaben wie z. B. Prüfungsleistungen oder Lehrveranstaltungen in gewünschter Form vor- und nachzubereiten. Ist die Aufgabenmenge insgesamt zu groß oder die Zeit für einzelne Aufgaben zu gering, sind Qualitätseinbußen zu erwarten.

Methode

Die wahrgenommenen strukturellen Ressourcen des Studiums wurden mit dem Berliner Anforderungen-Ressourcen-Inventar für das Studium (BARI-S) erhoben. Dieses wurde von der Berliner UHR-Projektgruppe entwickelt, da es bis dahin für Studierende nur globale, stressbezogene Instrumente gab. Als Vorlage dienten etablierte Skalen für die Arbeitswelt (COPSOQ: Nübling, Stöbel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2005; SALSA: Udris & Rimmann, 1999).

Die Skala Qualifikationspotenzial des Studiums enthielt beispielsweise folgendes Item: „Ich erlerne in meinem Studienfach Schlüsselqualifikationen, die ich in meinem späteren Berufsleben gut gebrauchen kann (z. B. Kommunikationskompetenz, Sozial- und Führungskompetenz, Problemlösekompetenz).“ Die Skala Handlungsspielraum im Studium beinhaltet unter anderem das Item „Bei der inhaltlichen und formalen Ausgestaltung von Studienarbeiten habe ich Freiräume.“ Der Zeitspielraum im Studium wurde mit Items wie „Ich habe genug Zeit, um die besuchten Lehrveranstaltungen vor- und nachzubereiten.“ erfasst.

Die Aussagen wurden von den Studierenden auf einer sechsstufigen Likertskala von 1 bis 6 eingestuft, wobei 1 „nie“, 2 „selten“, 3 „manchmal“, 4 „oft“, 5 „sehr oft“ und 6 „immer“ entsprach. Für die Auswertung wurden die Mittelwerte der Subskalen berechnet, nachdem negativ formulierte Items invertiert wurden. Höhere Werte entsprechen einem größeren Ausmaß an wahrgenommenen Ressourcen.

Kernaussagen

- Die wahrgenommenen strukturellen Ressourcen im Studium liegen im mittleren Bereich: das Potenzial, sich weiter zu qualifizieren ($M=3,6$), der Handlungsspielraum ($M=3,4$) sowie der Zeitspielraum im Studium ($M=3,6$).
- Männliche Studierende berichten im Mittel von einem höheren Ausmaß an strukturellen Ressourcen, insbesondere hinsichtlich des Qualifikationspotenzials (σ : $M=3,7$, ♀ : $M=3,5$).
- Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften geben im Mittel den größten Handlungsspielraum ($M=3,7$) und zugleich das geringste Qualifikationspotenzial ($M=3,3$) unter den Studierenden der verschiedenen Fächergruppen an.
- Studierende an Fachhochschulen berichten im Durchschnitt von mehr Qualifikationspotenzial ($M=4,0$) und Zeitspielraum ($M=3,7$) als Studierende an Universitäten. Letztere geben im Mittel mehr Handlungsspielraum an ($M=3,4$).

Ergebnisse

Die Studierenden geben an, dass ihre strukturellen Ressourcen im Mittel moderat ausgeprägt sind. Dies gilt für das Qualifikationspotenzial des Studiums mit Blick auf die berufliche Zukunft ($M=3,6$), den Handlungsspielraum ($M=3,4$) sowie den Zeitspielraum ($M=3,6$) im Studium. Männliche Studierende berichten im Mittel von signifikant größerem Zeitspielraum als ihre weiblichen Mitstudierenden (σ : $M=3,7$, ♀ : $M=3,5$). Bezüglich des Handlungsspielraumes (σ : $M=3,4$, ♀ : $M=3,3$) sowie des Qualifikationspotenzials (σ : $M=3,7$, ♀ : $M=3,6$) weisen die weiblichen Studierenden unwesentlich geringere Werte als die männlichen Studierenden auf.

Zwischen den Fächergruppen unterscheiden sich die Einschätzungen der Studierenden im Mittel signifikant in Bezug auf die Ressourcen ihres Studiums: Während insbesondere Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften ($M=3,3$) das Qualifikationspotenzial ihres Studiums im Mittel signifikant geringer als Studierende der anderen Fächergruppen einschätzen, ist dies bei Studierenden der Medizin/Gesundheitswissenschaften ($M=4,1$) umgekehrt. Ein ähnliches Bild ergibt sich auch bezogen auf den Handlungsspielraum: Insbesondere die Studierenden der Sprach- und Kulturwissenschaften ($M=3,7$) sowie der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik ($M=3,5$) nehmen im Mittel häufiger

wahr, über diese Ressource zu verfügen. In der Fächergruppe Medizin/Gesundheitswissenschaften ($M=2,7$) ist dies seltener der Fall. Hinsichtlich des Zeitspielraumes weisen die Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik ($M=3,7$) das höchste Ausmaß der Befragten auf, während vor allem die Studierenden der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften ($M=3,5$) den geringsten Zeitspielraum berichten.

Studierende an Universitäten ($M=3,5$) berichten im Mittel ein weitaus geringeres Maß an Qualifikationspotenzial ihres Studiums als Studierende an Fachhochschulen ($M=4,0$). Nur unwesentlich unterschieden sich die Werte hinsichtlich des Handlungs- sowie des Zeitspielraumes: Studierende an Universitäten ($M=3,4$) schätzen ihren Handlungsspielraum etwas größer ein als Studierende an Fachhochschulen ($M=3,3$). Der Zeitspielraum dagegen wird von Studierenden an Universitäten ($M=3,6$) etwas geringer eingeschätzt als von Studierenden an Fachhochschulen ($M=3,7$).

Studierende unterschiedlicher Studienjahre unterscheiden sich lediglich hinsichtlich des Qualifikationspotenzials sowie des Handlungsspielraumes, den sie ihrem Studium beimessen. Der wahrgenommene Zeitspielraum bleibt in der Einschätzung der Studierenden unterschiedlicher Studienjahre stabil. Studierende ab dem siebten Studienjahr ($M=3,5$) schätzen ihren Handlungsspielraum im Mittel am höchsten ein, insbesondere im Vergleich zu Studierenden des zweiten und dritten Studienjahres ($M=3,3$). Die Einschätzung des Qualifikationspotenzials des Studiums sinkt im Mittel von Jahrgang zu Jahrgang kontinuierlich ab – von $M=3,8$ bei Studierenden des ersten Studienjahres bis $M=3,4$ bei Studierenden ab dem achten Studienjahr.²¹

Literatur

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources Model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* (3), 309–328.

Broeck, A. van den, Vander Elst, T., Baillien, E., Sercu, M., Schouteden, M., Witte, H. de et al. (2017). Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>

Edelmann, M. (2002). *Gesundheitsressourcen im Beruf. Selbstwirksamkeit und Kontrolle als Faktoren der multiplen Stresspufferung* (Psychologie - Forschung - aktuell, Bd. 8, 1. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COP-SOQ)* (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 1058). Dortmund: Wirtschaftsverlag NW.

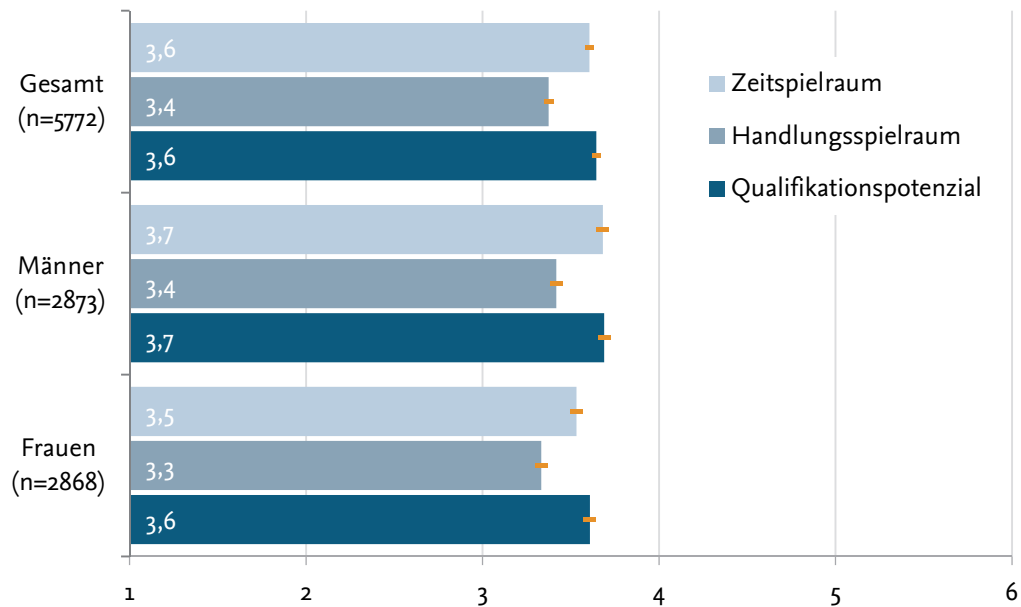
Schagen, N. & Beyer, L. (2012). The impact of demands and resources on work engagement among students. *Der Einfluss von Anforderungen und Ressourcen auf das Arbeitsengagement unter Studierenden* (ZeE-Publikationen, Band 16): Berlin: Humboldt-Universität, Zentrum für empirische Evaluationsmethoden.

²¹ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

- Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. *European Journal of Health Psychology (Zeitschrift für Gesundheitspsychologie)*, 12 (1), 11–23.
- Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunkel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (Mensch, Technik, Organisation, Bd. 14, S. 397–419). Zürich: Vdf-Hochschulverlag.

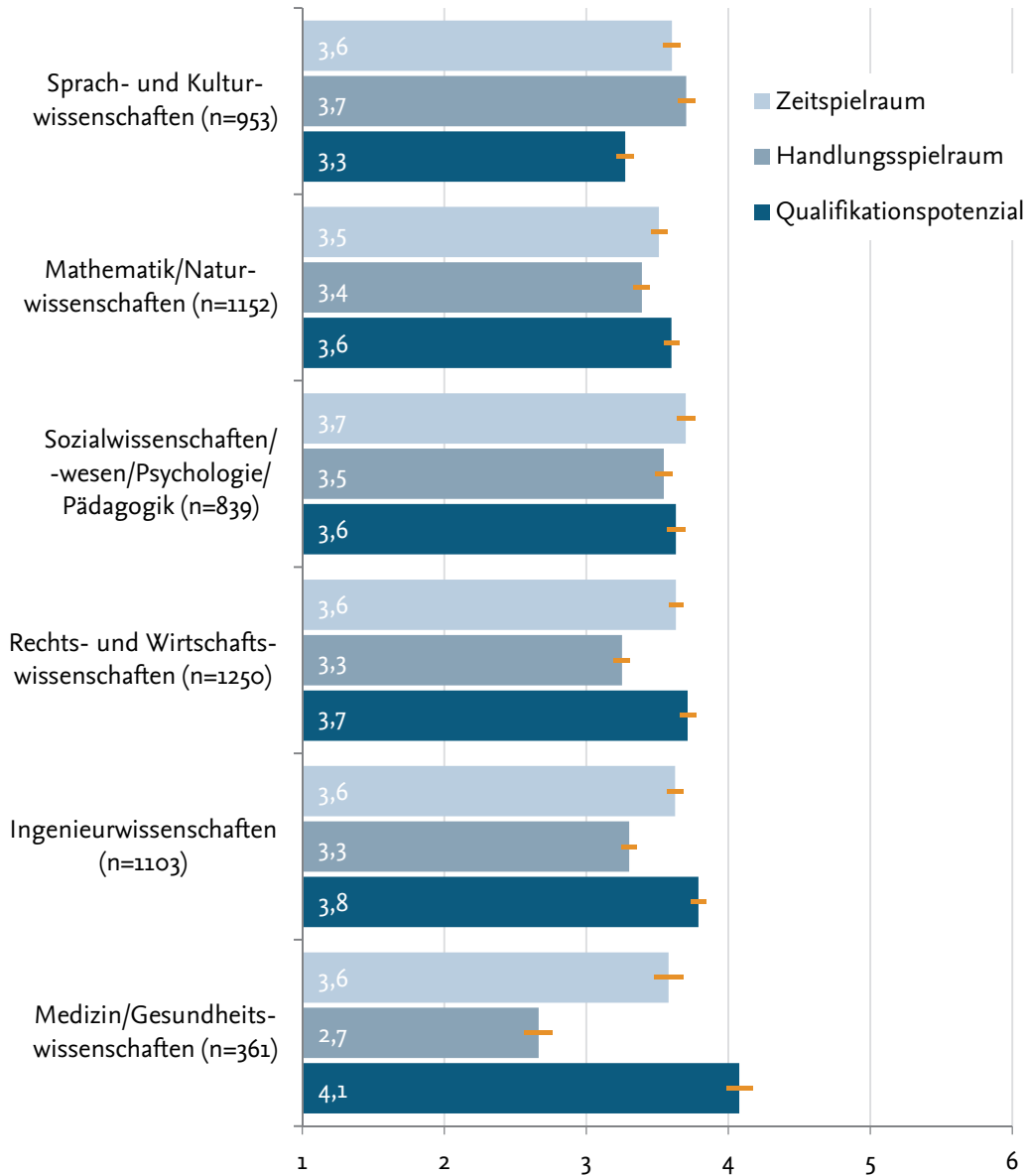
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Geschlecht.



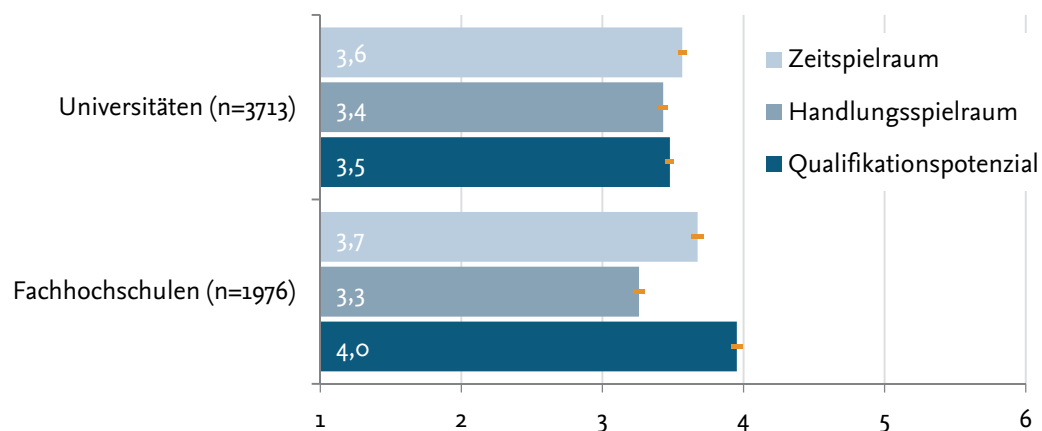
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken.
95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Fächergruppen.



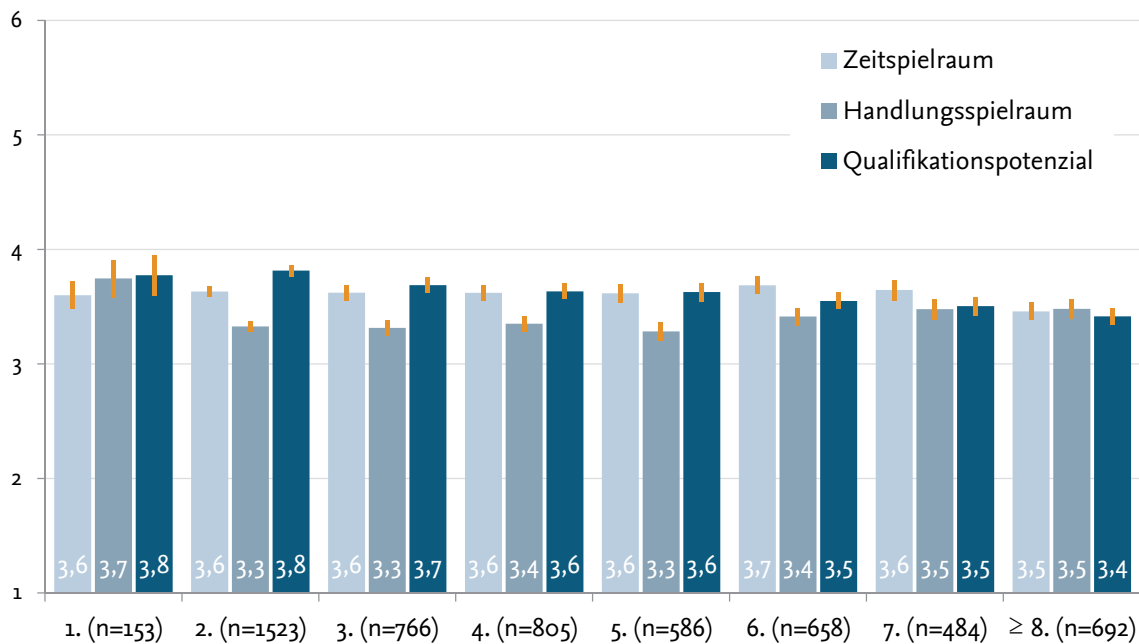
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Wahrgenommene strukturelle Ressourcen, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 6, dargestellt in blauen Balken. 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Körperliche Aktivität

Einleitung

Körperliche Aktivität bezeichnet jegliche durch die Skelettmuskulatur verursachte Bewegung, die den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Sie umfasst unter anderem körperliche Aktivitäten am Arbeitsplatz, im Haushalt sowie in der Freizeit. Körperliche Aktivität leistet einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Krankheit (World Health Organization, 2010). Eine Vielzahl von Studien belegt die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Prävention von kardiovaskulären Schäden, Diabetes mellitus, Schlaganfällen, Alzheimer, Demenz und verschiedenen Krebs-erkrankungen (Cheng & Holder, 2001; Reiner, Niermann, Jekauc & Woll, 2013).

Regelmäßige körperliche Aktivität geht mit einem gesteigerten Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit und weniger depressiven Symptomen einher (Penedo & Dahn, 2005). Um einen der Gesundheit zuträglichen Effekt zu erzielen, sollten Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren nach den Empfehlungen der WHO wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßig oder mindestens 75 Minuten intensiv körperlich aktiv sein. Eine Kombination beider Bewegungsintensitäten ist möglich, wobei eine Bewegungseinheit wenigstens 10 Minuten dauern sollte. Zusätzlich wird ein Krafttraining an zwei oder mehr Tagen in der Woche empfohlen (World Health Organization, 2010). Erwähnenswert ist allerdings, dass auch ein unter dem Minimum liegendes Maß an Aktivität die Lebenserwartung bereits deutlich erhöht (Arem et al., 2015; Wen et al., 2011), und somit auch niedrigschwellige z. B. universitäre Angebote bleibende Effekte erzielen können.

Körperlich-sportliche Aktivität stellt eine spezifische Form der körperlichen Aktivität dar und wird im nächsten Kapitel behandelt.

Methode

Zur Erfassung körperlicher Aktivität wurde ein Instrument aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, siehe Krug et al., 2013) genutzt, welches sich an die Empfehlungen der WHO anlehnt. Die Teilnehmenden wurden gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche sie körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten und wie lange diese Aktivität andauert. Die Empfehlung zum Krafttraining wurde dabei nicht berücksichtigt. Um einen Vergleich mit den DEGS-Ergebnissen zu ermöglichen, wurden die Studierenden, ihrem wöchentlichen Zeitaufwand für körperliche Aktivität entsprechend, zwei Gruppen zugeteilt: mindestens 2,5 Stunden körperliche Aktivität pro Woche oder weniger als 2,5 Stunden körperliche Aktivität pro Woche.

Zusätzlich wurden die Studierenden danach gefragt, wie stark sie auf ausreichende körperliche Bewegung achten. Analog zur DEGS-Studie wurden auch hier die Antwortkategorien „gar nicht“, „wenig“, „teils/teils“, „stark“ sowie „sehr stark“ verwendet.

Im Folgenden werden die Anteile jener Studierenden dargestellt, die (1) mindestens „stark“ auf ausreichend körperliche Bewegung achten bzw. (2) mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind.

Kernaussagen

- 37,9 % der befragten Studierenden achten stark auf ausreichend körperliche Aktivität.
- Insbesondere Studierende der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (45,4 %) sowie der Medizin/Gesundheitswissenschaften (42,5 %) achten stark auf ihre körperliche Aktivität.
- Von den Studierenden kommt ca. ein Viertel (26,7 %) der WHO-Empfehlung nach, mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv zu sein (ins Schwitzen oder außer Atem geraten).
- Zwischen den Anteilen männlicher (29,1 %) und weiblicher (24,0 %) Studierender besteht ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich ihrer körperlichen Aktivität.
- Der Anteil an körperlich aktiven Studierenden an Universitäten (28,0 %) ist signifikant größer als an Fachhochschulen (23,4 %).
- Der Anteil an körperlich aktiven Studierenden ist mit 32,4 % im sechsten Studienjahr weitaus größer als in allen anderen Studienjahren.

Ergebnisse

Achten auf ausreichend körperliche Aktivität

37,9 % der befragten Studierenden achten stark auf ausreichend körperliche Aktivität. Signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Studierenden wurden nicht gefunden (♀: 38,4 %; ♂: 37,7 %), wohl aber zwischen den Fächergruppen. Der Anteil Studierender der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften, die stark auf ausreichend körperliche Aktivität achten (33,0 %), ist signifikant kleiner als der Anteil der Studierenden in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (42,5 %) sowie Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (45,4 %).

Der Anteil Studierender an Universitäten (38,4 %), der stark auf körperliche Aktivität achtet, unterscheidet sich nur unwesentlich von dem an Fachhochschulen (36,8 %).

Die Entwicklung über die Studienjahre ist diskontinuierlich: Zwar ist der Anteil an Studierenden, die stark auf ihre körperliche Aktivität achten, im vierten Studienjahr (41,5 %) höher als in den vorangehenden Jahrgängen, die Anteile werden jedoch ab dem sechsten Studienjahr (43,7 %) von Jahrgang zu Jahrgang tendenziell wieder kleiner – bis 36,8 % bei Studierenden ab dem achten Studienjahr. Insbesondere Studierende in der Mitte ihres Studiums scheinen demnach stärker auf ihre körperliche Aktivität zu achten.

Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität

Der Empfehlung der WHO mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv zu sein, sodass man ins Schwitzen oder außer Atem gerät, kommt etwa ein Viertel der Studierenden nach (26,7 %). Männliche Studierende sind signifikant körperlich aktiver als weibliche Studierende (♀: 24,0 %; ♂: 29,1 %).

Zwischen den Fächergruppen liegen keine signifikanten Unterschiede im Anteil körperlich ausreichend aktiver Studierender vor.

Der Anteil körperlich aktiver Studierender an Universitäten (28,0 %) ist signifikant höher, als der Anteil körperlich aktiver Studierender an Fachhochschulen (23,4 %).

Die Anteile der Studierenden, die mehr als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind, variieren zwischen den Studienjahren, jedoch lässt sich kein klarer Trend feststellen.²² Lediglich Studierende des sechsten Studienjahres stechen mit einem Anteil von 32,4 % körperlich aktiven Studierenden hervor.

Studierende sind körperlich weniger aktiv als die Befragten einer altersgleichen (18-29 Jahre) repräsentativen Stichprobe (Robert Koch-Institut [RKI], 2014). Die dort berichteten Werte für eine körperliche Aktivität von mehr als 2,5 Stunden pro Woche liegen sowohl bei Frauen (37,1 %) als auch bei Männern (57,7 %) weit über denen der befragten Studierenden. Um diese Diskrepanz zu minimieren, sollte das Studium bewegungsförderlich ausgestaltet sein und körperliche Aktivität auch im studentischen Alltag zulassen.

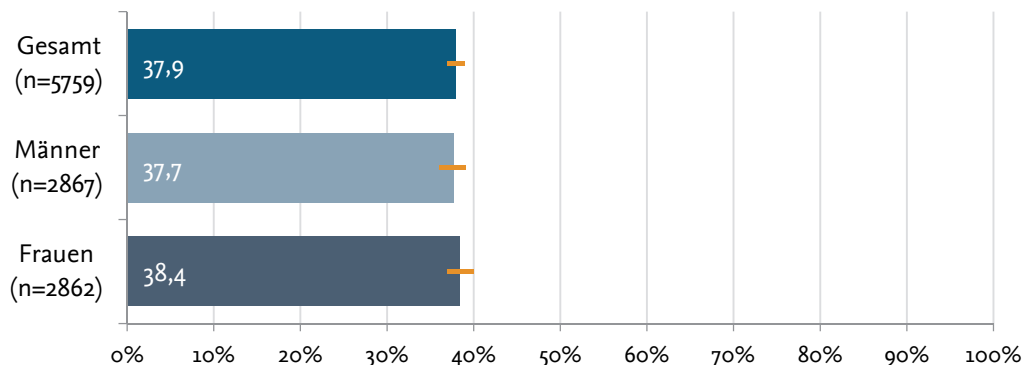
Literatur

- Arem, H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., Berrington de Gonzalez, A., Viswanathan, K. et al. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*, 175(6), 959–967. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0533>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131.
- Cheng, Y. & Holder, J. S. (2001). Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6), 379–399. <https://doi.org/10.1097/00005768-200105001-01549>
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Muters, S., Finger, J. D. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 765–771. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1661-6>
- Penedo, F. J. & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193. <https://doi.org/10.1016/j.yco.2004.09.001>
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«* (Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 24.07.2015. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Koerperliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile
- Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M.-C. et al. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy. A prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), 1244–1253. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60749-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60749-6)
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

²² Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

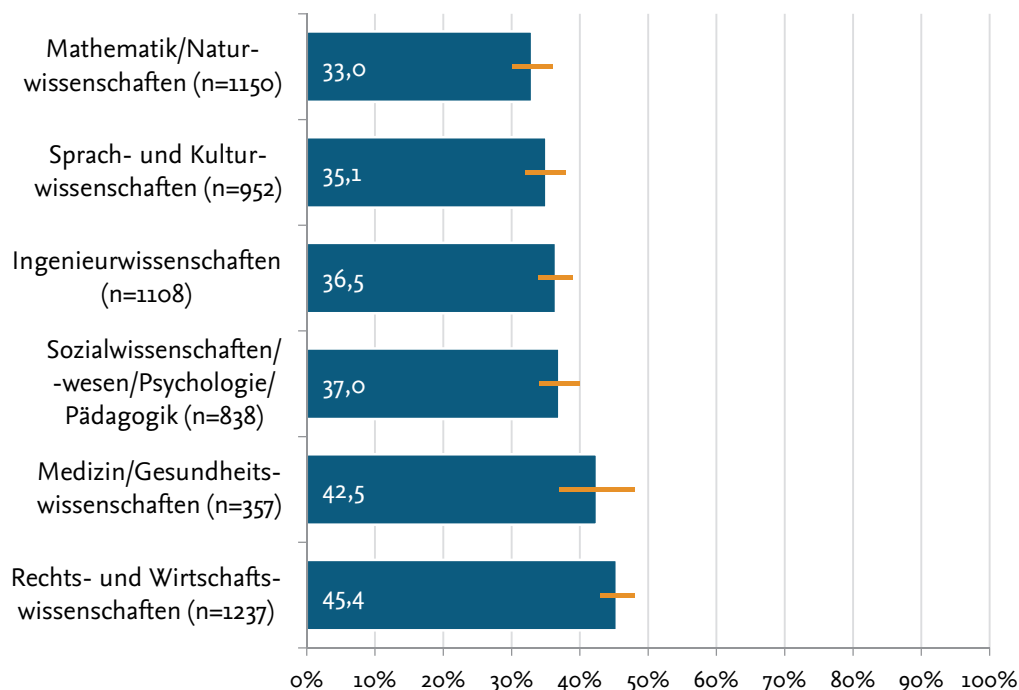
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, nach Geschlecht.



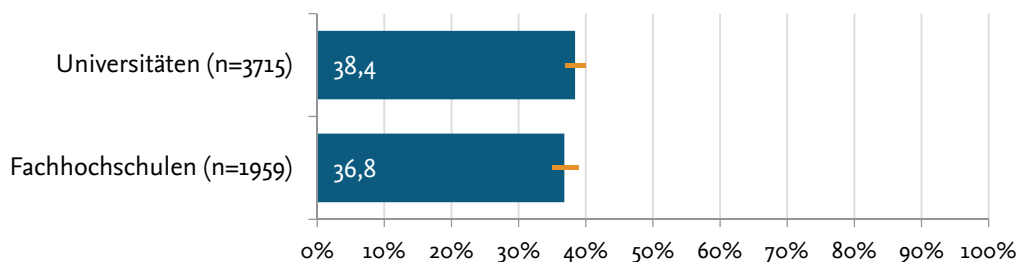
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens stark auf ausreichend körperliche Bewegung achten. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Fächergruppen.



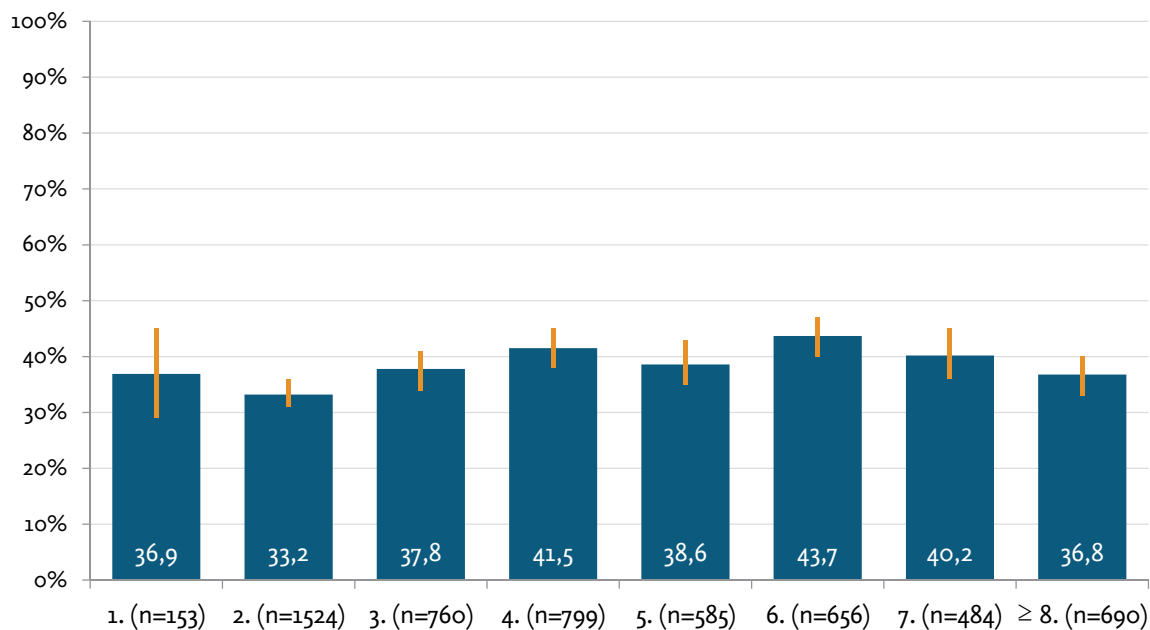
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens stark auf ausreichend körperliche Bewegung achten. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Hochschultyp.



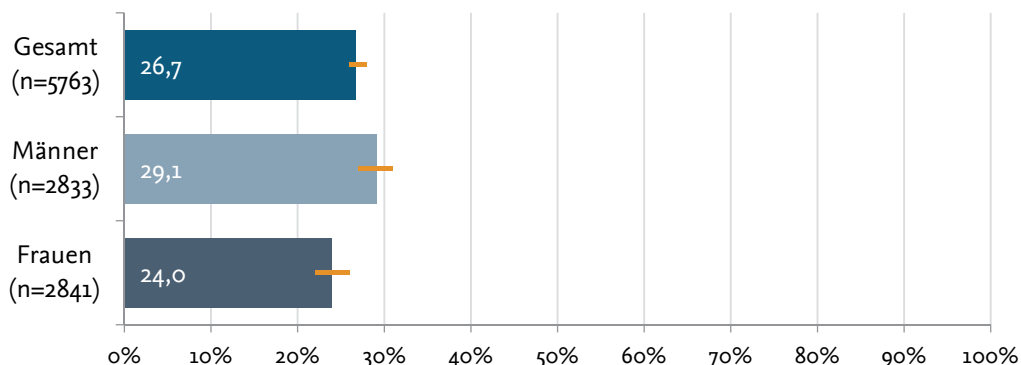
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens stark auf ausreichend körperliche Bewegung achten. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Achten auf ausreichend körperliche Bewegung, differenziert nach Studienjahren.



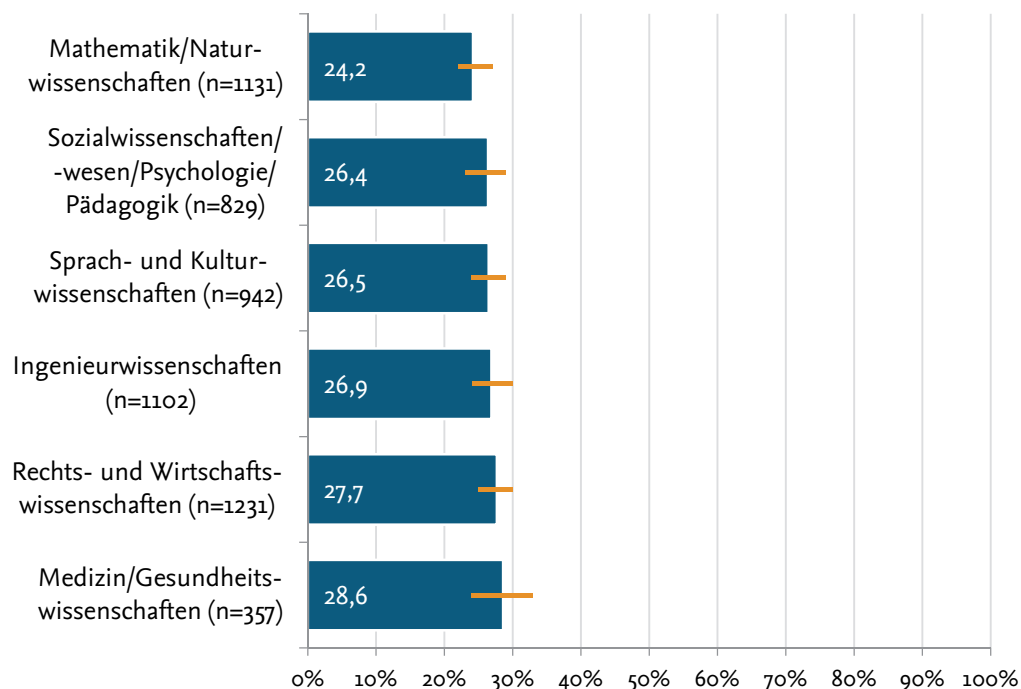
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens stark auf ausreichend körperliche Bewegung achten. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Geschlecht.



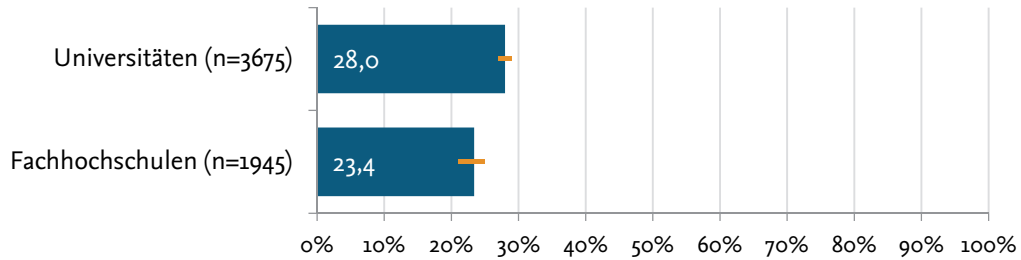
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mehr als 2,5 Stunden die Woche körperlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Fächergruppen.



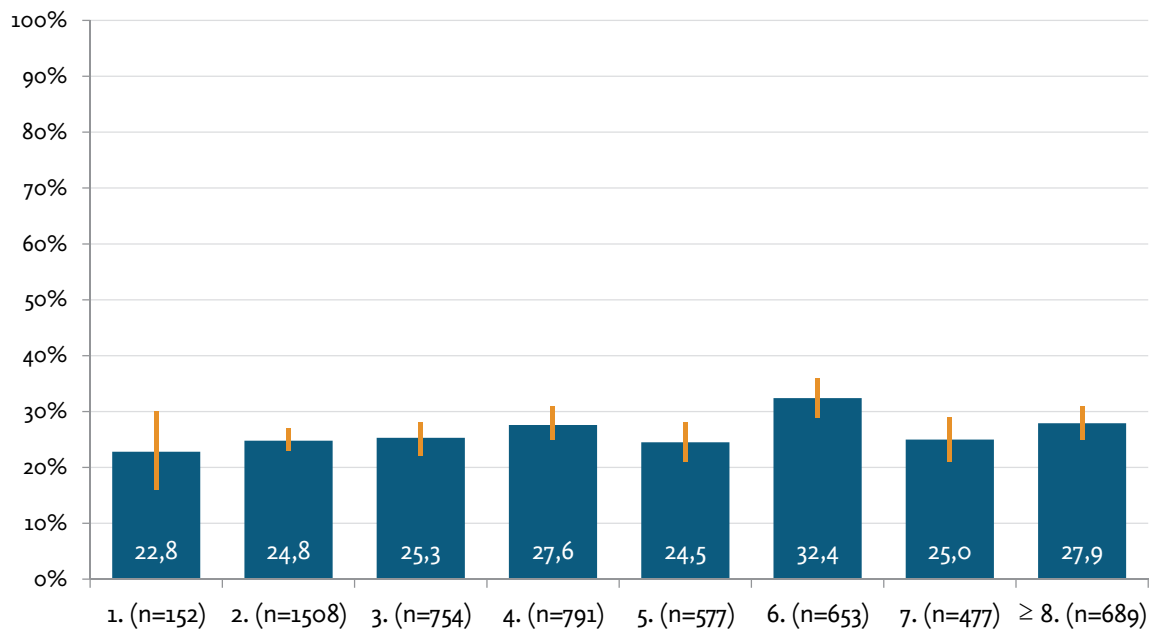
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mehr als 2,5 Stunden die Woche körperlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mehr als 2,5 Stunden die Woche körperlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Wöchentlicher Zeitaufwand für körperliche Aktivität, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mehr als 2,5 Stunden die Woche körperlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95 %-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Sportliche Aktivität

Einleitung

Körperlich-sportliche Aktivität²³ stellt eine spezielle Form der körperlichen Aktivität dar. Über die Erfüllung der Kriterien für körperliche Aktivitäten hinaus sind sportliche Aktivitäten meist geplant, strukturiert, werden wiederholt und sind mit dem Ziel verbunden, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern oder zu erhalten (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

Sportliche Betätigung kann neben körperlichen auch soziale Gesundheitseffekte haben; so fühlen sich regelmäßig sporttreibende Studierende sozial besser unterstützt und nutzen Sport als positive Stressbewältigungsstrategie (Göring & Möllenbeck, 2010). Allerdings belegen mehrere Studien auch eine auffällige Häufung von riskantem Alkoholkonsum bei sportlich aktiven Studierenden (Göring, Jetzke & Rudolph, 2017).

Methode

Die einleitende Frage „Wie oft treiben Sie Sport?“ konnte von den Teilnehmenden mit einer der folgenden Auswahlmöglichkeiten beantwortet werden: „keine sportliche Betätigung“, „weniger als 1 Stunde in der Woche“, „regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche“, „regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche“ oder „regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche“. Die Antwortkategorien wurden analog zur „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS; Krug et al., 2013) folgendermaßen zusammengefasst: „kein Sport“, „bis zu 2 Stunden pro Woche Sport“ und „regelmäßig mindestens 2 Stunden pro Woche Sport“.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für den Anteil an Studierenden berichtet, der mindestens zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv ist.

Kernaussagen

- 40,5 % der Studierenden sind regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv.
- Signifikant mehr männliche als weibliche Studierende treiben regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche Sport (♀: 37,1 %; ♂: 44,1 %).
- Die Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (45,3 %) sowie Ingenieurwissenschaften (43,5 %) weisen die höchsten Anteile an regelmäßig sportlich aktiven Studierenden auf.
- An Universitäten ist der Anteil regelmäßig sportlich aktiver Studierender (41,9 %) signifikant höher als an Fachhochschulen (37,6 %).

Ergebnisse

40,5 % der Studierenden sind regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv. In Bezug auf die sportliche Aktivität der Studierenden lassen sich Geschlechterunter-

²³ Im Folgenden nur „sportliche Aktivität“.

schiede feststellen: Ein signifikant größerer Anteil der männlichen Studierenden treibt regelmäßig mindestens zwei Stunden Sport pro Woche (♀: 37,1 %; ♂: 44,1 %),

Auch in der fächergruppenspezifischen Auswertung zeigen sich Unterschiede: Während die Anteile an sportlich aktiven Studierenden in den Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (45,3 %) sowie Ingenieurwissenschaften (43,5 %) am höchsten sind, sind insbesondere die Anteile in den Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften (36,8 %) sowie Mathematik/Naturwissenschaften (37,7 %) signifikant kleiner.

An Universitäten ist der Anteil regelmäßig sportlich aktiver Studierender (41,9 %) signifikant größer als an Fachhochschulen (37,6 %).

Studierende unterschiedlicher Studienjahre unterscheiden sich in Bezug auf ihre sportliche Aktivität nicht gravierend voneinander. In der Tendenz sind die Anteile sportlich aktiver Studierender im vierten, fünften und insbesondere im sechsten Studienjahr (mit 46,1 %) höher als in den ersten drei Studienjahren (< 40 %)²⁴. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Der Anteil der sportlich aktiven Studierenden liegt deutlich unter dem altersgleichen Durchschnitt (♀: 57,3 %; ♂: 69,8 %; Robert Koch-Institut [RKI], 2014). Das Studium sollte demnach so ausgestaltet sein, dass Sport in den studentischen Alltag integriert werden kann, um den Studierenden ein aktives Leben und somit Gesundheitsgewinne durch Sport zu ermöglichen.

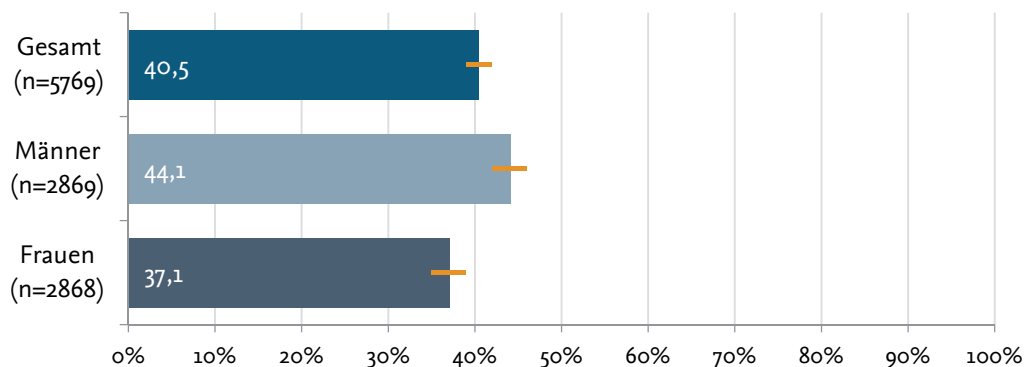
Literatur

- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126–131.
- Göring, A., Jetzke, M. & Rudolph, S. (2017). Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und alkoholbezogenen Störungen bei Studierenden. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 63 (1), 33–41. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000466>
- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2010). Gesundheitspotenziale des Hochschulsports. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (3), 238–242. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0245-2>
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Muters, S., Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.*, 56 (5-6), 765–771. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1661-6>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. (Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 24.07.2015. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Sportliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile

²⁴ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

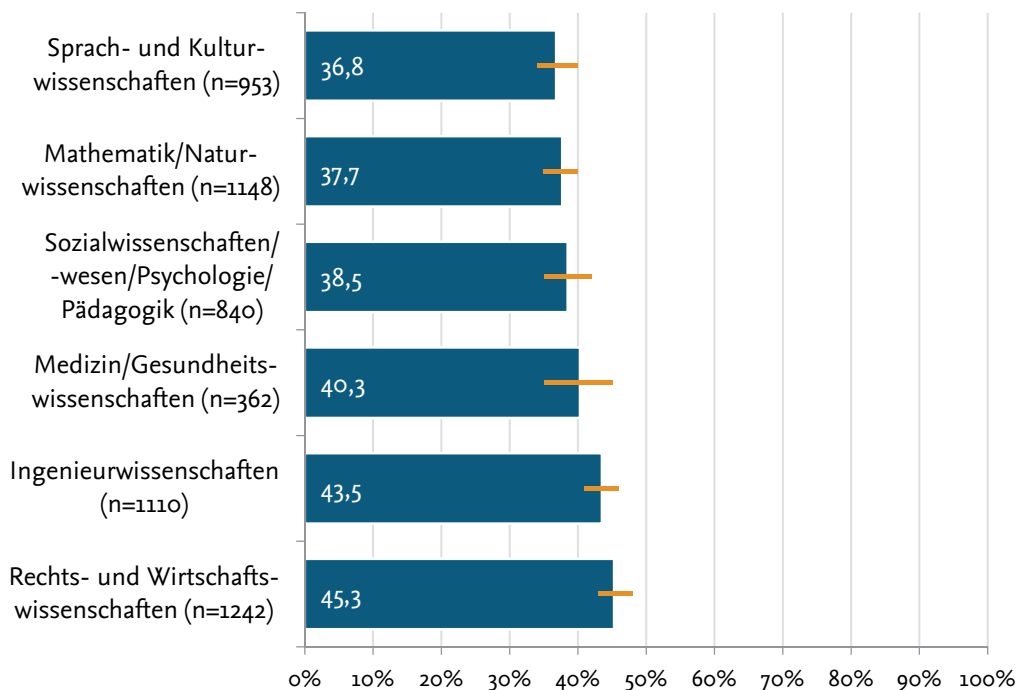
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



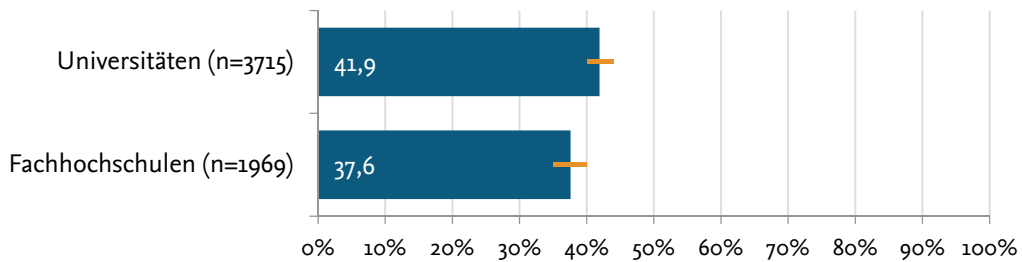
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die regelmäßig mindestens 2h/Woche sportlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



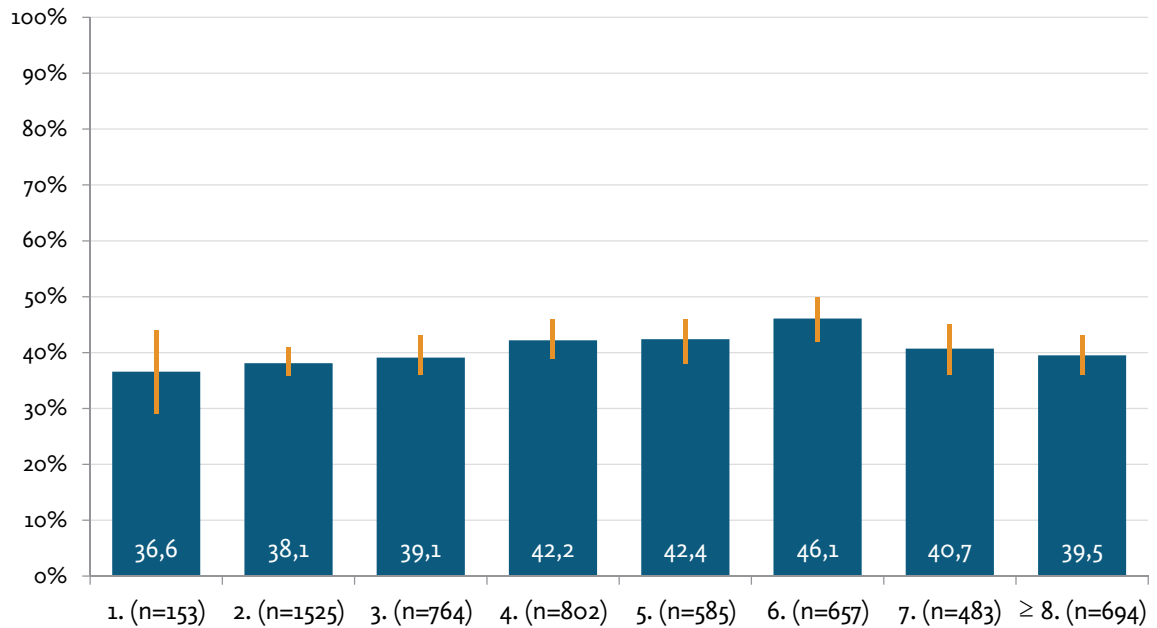
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die regelmäßig mindestens 2h/Woche sportlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die regelmäßig mindestens 2h/Woche sportlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Wöchentlicher Zeitaufwand für sportliche Aktivität bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die regelmäßig mindestens 2h/Woche sportlich aktiv sind. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Rauchen

Einleitung

In Deutschland sterben jährlich bis zu 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens (Robert Koch-Institut [RKI], 2016). Im Jahr 2013 machte dies 13,5 % aller Todesfälle aus (Pötschke-Langer et al., 2015). Als bedeutsamstes Gesundheitsrisiko der Industrienationen ist Nikotinkonsum Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit (RKI, 2016), insbesondere, da er nahezu jedes Organ, die Zähne, den Verdauungsapparat, den Stoffwechsel sowie das Skelett schädigen kann (Pötschke-Langer et al., 2015). So treten Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen in der rauchenden Bevölkerung häufiger auf (International Agency for Research on Cancer, 2004; Pötschke-Langer et al., 2015) und bis zu 90 % der tödlichen Lungenkreberkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen (International Agency for Research on Cancer, 2004). Für Männer kann Nikotinkonsum Fruchtbarkeitsprobleme, für Frauen zusätzlich Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen nach sich ziehen (Pötschke-Langer et al., 2009).

Rauchen gilt als der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten (Pötschke-Langer et al., 2015). Die Reduktion des Tabakkonsums ist daher seit 2003 ein konsentiertes Gesundheitsziel (World Health Organization, 2003).

Methode

Das Rauchverhalten wurde anhand mehrerer Fragen erhoben. Zunächst wurden die Studierenden gefragt, ob sie derzeit Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife oder Wasserpfeife rauchen. Es standen die Antwortkategorien „täglich“, „gelegentlich“, „früher mal geraucht“ und „noch nie geraucht“ zur Auswahl. Täglich und gelegentlich Rauchende wurden weiterhin nach der Anzahl an Zigaretten, Zigarren, Zigarillos bzw. Pfeifen gefragt, die sie im Durchschnitt an diesen Tagen bzw. pro Woche rauchten. Außerdem sollten sie die Anzahl der Tage im letzten Monat angeben, an denen sie Shisha bzw. E-Zigarette geraucht haben.

Zunächst wird die Prävalenz des Rauchens bei Studierenden einer tiefergehenden Betrachtung unterzogen. Dafür werden die Befunde der Studierenden, die täglich rauchen sowie die der Gelegenheitsraucher tiefergehend analysiert. Danach folgt eine Zusammenstellung der Konsumformen bei Studierenden. Hier werden lediglich die regelmäßig rauchenden Studierenden betrachtet.

Kernaussagen

- Über 80 % der Studierenden rauchen nicht.
- Unterschiede bezüglich des Nikotinkonsums zeigen sich zwischen den Fächergruppen: 26,0 % der Studierenden der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik gehören zu den gelegentlich oder regelmäßig Rauchenden, während in der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften nur 12,4 % der Studierenden gelegentlich oder regelmäßig rauchen.
- Studierende an Universitäten rauchen mit 16,6 % signifikant seltener als Studierende an Fachhochschulen mit 22,2 %.
- Die Mehrheit der Rauchenden konsumiert Zigaretten (83,5 %), gefolgt von Shishas (22,7 %).

Ergebnisse

Insgesamt rauchen aktuell 18,5 % der Studierenden gelegentlich oder regelmäßig. Weibliche Studierende rauchen seltener als männliche (♀: 17,3 %; ♂: 19,6 %). Der Nikotinkonsum der Studierenden liegt damit knapp unter dem 2013 erhobenen bundesweiten Durchschnitt von ca. 20 % (Pötschke-Langer et al., 2015).

Außerdem zeigen sich zwischen den Studierenden verschiedener Fächergruppen zum Teil deutliche Unterschiede. So geben 26,0 % der Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik an, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen, während es in der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften nur 12,4 % der Studierenden sind. Signifikant höhere Werte weisen zudem Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften auf: 22,4 % geben an täglich oder gelegentlich zu rauchen.

Studierende an Universitäten rauchen mit 16,6 % signifikant seltener als Studierende an Fachhochschulen mit 22,2 %.

Zwischen den Studienjahren sind bezüglich des Nikotinkonsums indes keine signifikanten Unterschiede vorhanden. Das Rauchverhalten der Studierenden ist unabhängig davon, in welchem Studienjahr sie sich befinden.²⁵

Die favorisierte Konsumform der regelmäßig Rauchenden stellt die Zigarette dar (83,5 %). Dass Tabak hauptsächlich in Form von Zigaretten geraucht wird, stimmt mit den Ergebnissen nationaler und internationaler Untersuchungen überein (International Agency for Research on Cancer, 2004; Pötschke-Langer et al., 2015). 22,7 % der regelmäßig rauchenden Studierenden konsumiert Nikotin zudem durch das Rauchen von Wasserpipeifen, 10,1 % durch E-Zigaretten und 5,0 % in Form von Zigarren, Zigarillos und Pfeife. Weibliche Studierende, die angeben, regelmäßig zu rauchen, wählen zudem häufiger die Form der Zigarette zum Tabakkonsum als männliche (♀: 85,5 %; ♂: 81,5 %).

²⁵ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Derzeit rauchen in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands nach Zahlen des RKI (Zeiber, Kuntz & Lange, 2017) 20,8 % der Frauen und 27,0 % der Männer zumindest gelegentlich. 52,6 % der Frauen und 38,0 % der Männer haben noch nie geraucht. Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der aktuell Rauchenden in den jüngeren Altersgruppen (18 bis 29 Jahre bei Frauen 28,4 % und bei Männern 35,1 % sowie in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre bei Frauen 26,9 % und bei Männern 35,7 %) am höchsten. Studierende liegen damit mit ihrem Nikotinkonsum insgesamt unter dem Konsum altersgleicher Bevölkerungsgruppen.

Literatur

International Agency for Research on Cancer. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking* (IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans, Bd. 83). Lyon: WHO.

Pötschke-Langer, M., Gleich, F., Girrbach, L., Schütz, J., Schoppa, A. & Lampert, T. (2009). *Tabakatlas Deutschland 2009* (1. Aufl.). Heidelberg: Steinkopff Verlag.

Pötschke-Langer, M., Kahnert, S., Schaller, K., Viarisio, V., Heidt, C., Schunk, S. et al. (2015). *Tabakatlas 2015* (1. Aufl.). Heidelberg: Pabst Science Publishers.

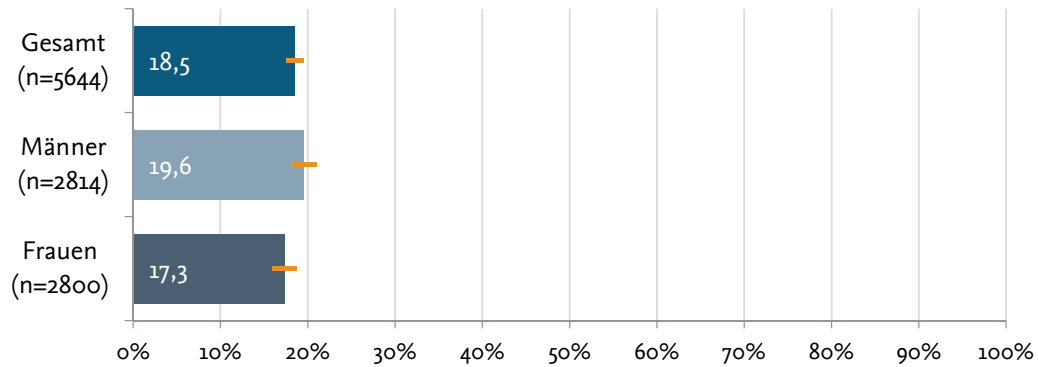
Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). Berlin. Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads-GiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

World Health Organization. (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>

Zeiber, J., Kuntz, B. & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2), 59–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-030>

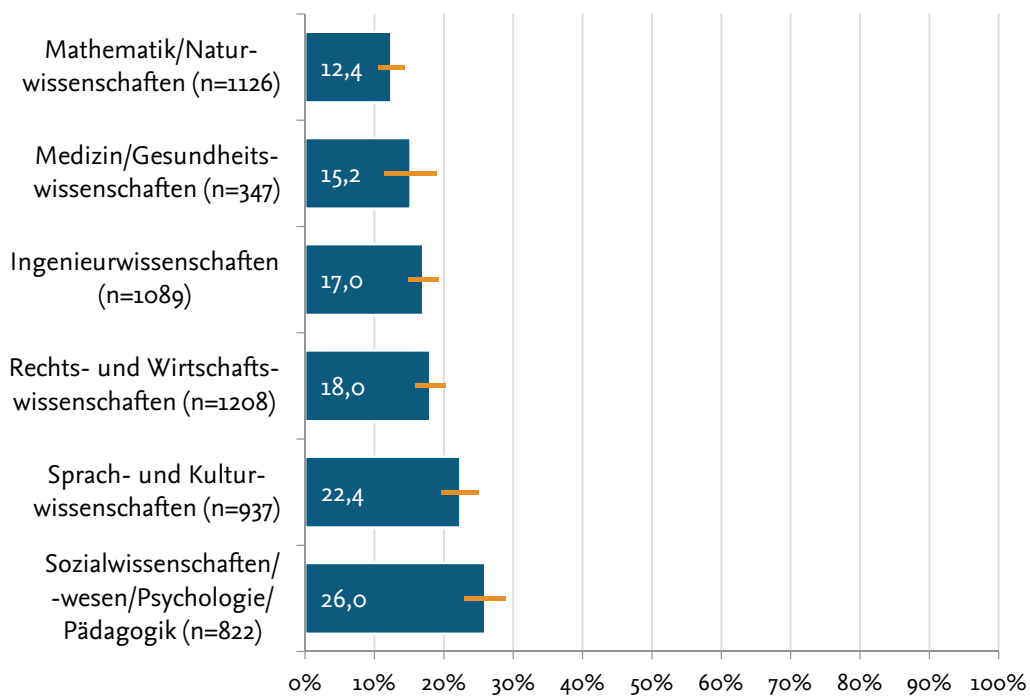
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



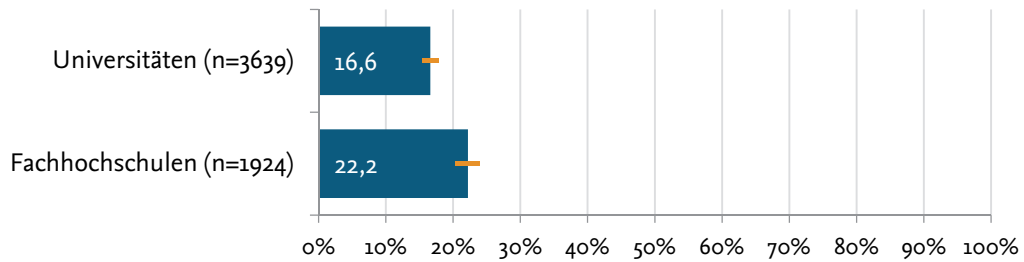
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die täglich oder gelegentlich rauchen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



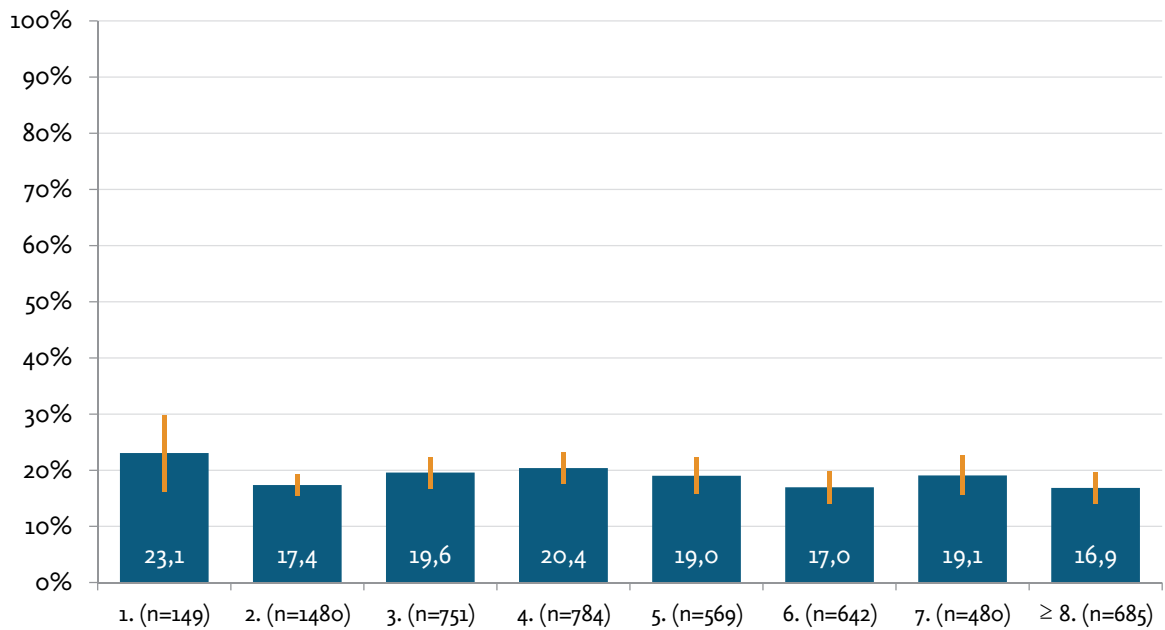
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die täglich oder gelegentlich rauchen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Hochschulart.



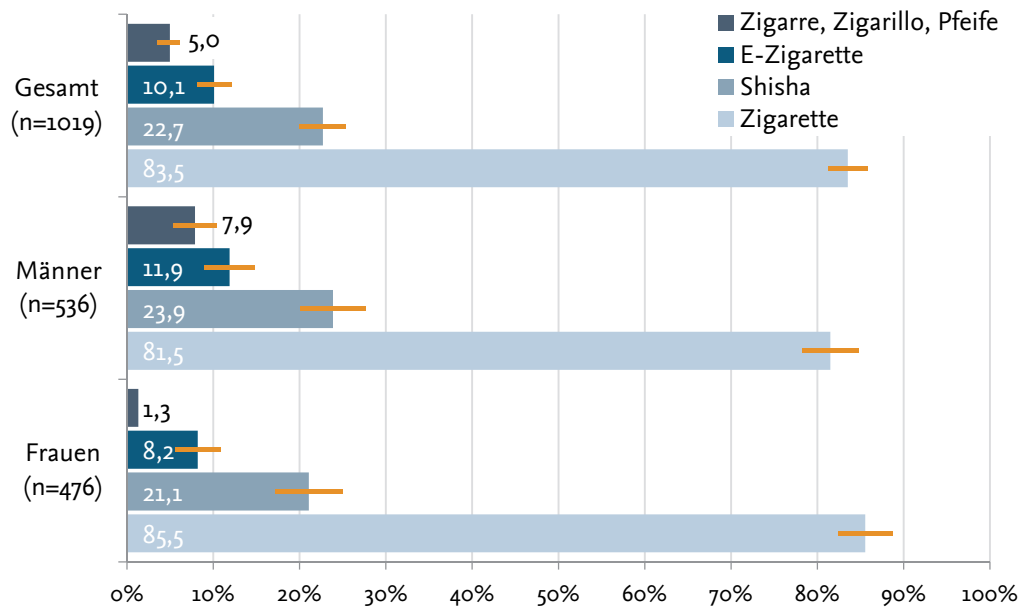
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die täglich oder gelegentlich rauchen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Prävalenz des Rauchens bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die täglich oder gelegentlich rauchen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Konsumformen bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



Anmerkung: Anteil der regelmäßig rauchenden Studierenden, die die jeweilige Konsumform wählen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Alkoholkonsum

Einleitung

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die je nach Konsummenge das Risiko für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfälle substantiell erhöhen kann (Robert Koch-Institut [RKI], 2016). Übermäßiger Alkoholkonsum ist mit einem Risikoanstieg für eine Vielzahl von Erkrankungen, wie Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hirnschädigungen und verschiedenen Krebserkrankungen verbunden (Anderson, Moller & Galea, 2012; Burger, Brönstrup & Pietrzik, 2004). Bei einer vorliegenden Alkoholabhängigkeit wird der Konsum trotz dieser schädlichen Folgen häufig fortgesetzt. Auch kann es im Zuge dessen zu einer Toleranzentwicklung sowie Kontrollverlust kommen, was sich wiederum verstärkend auf den Alkoholkonsum und seine Folgen auswirkt (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Pinotek, 2014; RKI, 2016).

Über die individuellen Auswirkungen des Alkoholkonsums hinaus kommt es häufig zu Schädigungen Dritter, wie etwa zu Unfällen oder Verletzungen in Folge von Gewalt im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum (Hapke, Lippe & Gaertner, 2013; RKI, 2016). Sowohl aus den akuten (z. B. akute Alkoholvergiftung) als auch aus den chronischen Erkrankungen (z. B. Alkoholabhängigkeit) können ferner verschiedene soziale Probleme entstehen (Seitz & Bühringer, 2008).

Riskanter Alkoholkonsum liegt dann vor, wenn der Konsum das Risiko für negative physische und psychische Gesundheitskonsequenzen erhöht. Die dafür vorhandenen Grenzwerte wurden so gewählt, dass auch das alkoholempfindlichste Organ nicht geschädigt wird. In einem umfassenden systematischen Review (Burger et al., 2004) wurden die Grenzwerte für Männer auf 20g bis 24g pro Tag und für Frauen auf 10g bis 12g pro Tag festgelegt. Das entspricht bei Männern einem Konsum von 0,5 bis 0,6 Liter Bier (5 Vol. %) bzw. von 0,25 bis 0,3 Liter Wein (10-12 Vol. %) pro Tag und bei Frauen jeweils 50 % dieser Mengen (Seitz & Bühringer, 2008). Diese Werte gelten für gesunde Menschen, bei denen das Risiko für Folgeerkrankungen des Alkoholkonsums nicht erhöht ist²⁶.

Methode

Erhoben wurden Befunde zu drei zentralen Bereichen: der Frequenz des Alkoholkonsums (Anteil der Studierenden, die mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen), zum Rauschkonsum (Anteil der Studierenden, die mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nehmen) sowie der problematische Alkoholkonsum (Anteil der Studierenden, die im AUDIT-C einen Wert von >3 (bei Frauen) bzw. >4 (bei Männern) erreicht haben).

²⁶ Zu diesen Risiken zählen z. B. eine positive Familienanamnese für Brust- oder Dickdarmkrebs; verschiedenen Erkrankungen wie Gicht, Bluthochdruck oder Lebererkrankungen; Alkoholabhängigkeit eines Elternteils; die Einnahme verschiedener Medikamente wie z. B. Antiepileptika oder zentral wirksame Psychopharmaka.

Zur Erfassung der Frequenz und des risikoreichen Alkoholkonsums im Rahmen von Online-Befragungen können Screening-Instrumente eingesetzt werden. Besonders gut untersucht ist das Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC; Bischof et al., 2007). Dieser Fragebogen besteht aus sechs Items, für die es jeweils eine bestimmte Anzahl an Punkten gibt. Ein Beispielitem der Skala lautet:

„Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör?“

Antwortformat: „Nie“ (1), „Seltener als einmal im Monat“ (2), „1 Mal pro Monat“ (3), „2-4 Mal im Monat“ (4), „2-3 Mal pro Woche“ (5), „4 Mal pro Woche oder öfter“ (6)

Der Summenwert BASIC kann zwischen 0 und 6 liegen. Ab einem Wert von 2 spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum.

Neben dem BASIC wurden drei zusätzliche Items erhoben, die sich auf die persönliche Einschätzung des Alkoholkonsums sowie der Einstellung zum Umgang mit Alkohol beziehen. Ein Beispielitem lautet: „Wie schätzen Sie Ihren eigenen Alkoholkonsum ein? Mein Alkoholkonsum ist gesundheitlich unbedenklich.“ Antwortformat: „Ja“ (1), „Nein“ (2)

Kernaussagen

- Studierende unterscheiden sich deutlich bezüglich ihrer Frequenz des Alkoholkonsums: Männliche Studierende geben zu 68,8 % an, mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich zu nehmen, unter den weiblichen Studierenden sind es 59,5 %, dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Ein hoher Anteil Studierender findet sich in Bezug auf die Alkoholfrequenz unter den Studierenden der Ingenieurwissenschaften (68,3 %), in vergleichsweise geringerem Umfang unter den Studierenden der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften (58,3 %).
- Beim sogenannten Rauschtrinken ist die Prävalenz für männliche Studierende deutlich höher als für weibliche Studierende (σ : 39,5 %; ♀ : 22,7 %) und ebenfalls statistisch signifikant. Der höchste Anteil Studierender, der Muster des Rauschkonsums aufweist, findet sich unter den Studierenden der Ingenieurwissenschaften (39,5 %), geringere Anteile dagegen in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (21,2 %) und Mathematik/ Naturwissenschaften (25,5 %). Der Rauschkonsum findet in deutlich höheren Anteilen unter Studierenden an Fachhochschulen (35,5 %) als an Universitäten statt (29,4 %).
- Studierende, die problematische Alkoholkonsummuster zeigen, finden sich in den Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (45,5 %) und wie bereits bei den anderen Untersuchungsbereichen – Alkoholfrequenz und Rauschkonsum – erneut in den Ingenieurwissenschaften (43,7 %) und den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (43,9 %).

Ergebnisse

Frequenz des Alkoholkonsums

Von den Studierenden nehmen mehr als zwei Drittel mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich (64,1 %). Dabei trinken mehr männliche als weibliche Studierende Alkohol in der betrachteten Häufigkeit (σ : 68,8 %; ♀ : 59,5 %), der Unterschied ist statistisch signifikant.

Bezüglich der Frequenz des Alkoholkonsums lassen sich zudem Unterschiede zwischen den Fächergruppen feststellen: Die Studierenden der Fächergruppen Ingenieurwissenschaften (68,3 %), Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (67,6 %) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (64,7 %) weisen prozentual eine höhere Frequenz des Konsums auf als Studierende der Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften (58,3 %) und Sprach- und Kulturwissenschaften (59,8 %).

Die Unterschiede bezüglich der Frequenz des Alkoholkonsums unterschieden sich nur geringfügig nach der Art der besuchten Hochschule – diese sind auch nicht statistisch signifikant.

Nach Studienjahren betrachtet, zeigt sich, dass die Frequenz des Alkoholkonsums eher eine Thematik des fünften und sechsten Studienjahres (jeweils 69,5 %) ist – etwas weniger dagegen zu Beginn des Studiums (63,1 % im zweiten Studienjahr²⁷).

Rauschkonsum

Ein knappes Drittel der Studierenden (31,1 %) trinkt mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken). Dabei zeigen wesentlich mehr männliche als weibliche Studierende Muster eines Rauschkonsums (σ :39,5 %; ♀ :22,7 %), dieser Unterschied ist zudem statistisch signifikant.

Auch zwischen den Befunden der Studierenden unterschiedlicher Fächergruppen lassen sich signifikante Unterschiede feststellen: Unter den Studierenden der Fächergruppe Ingenieurwissenschaften (39,5 %) und Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (34,9 %) zeigen sich vergleichsweise höhere Quoten als in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (21,2 %) und Mathematik/Naturwissenschaften (25,5 %).

Der Rauschkonsum tritt statistisch signifikant zu höheren Anteilen unter Studierenden an Fachhochschulen (34,5 %) als an Universitäten (29,4 %) auf.

Rauschkonsum von alkoholischen Getränken ist mit Blick auf den Studienverlauf stärker in den mittleren Studienjahren als zu Beginn und zum Ende des Studiums zu finden, am höchsten ist der Anteil Studierender, die Muster des Rauschkonsums aufweisen, im vierten Studienjahr mit 34,5 %.

²⁷ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Problematischer Alkoholkonsum

Von den Studierenden zeigen insgesamt 40,6 % einen problematischen Alkoholkonsum, dabei unterscheiden sich männliche und weibliche Studierende nicht wesentlich.

Zwischen den Fächergruppen lassen sich jedoch deutliche Unterschiede feststellen: Insbesondere für die Studierenden der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie und Pädagogik (45,5 %) und der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (43,9 %) ergeben die Befunde vergleichsweise hohe Quoten für einen problematischen Alkoholkonsum, geringere Anteile finden sich beispielsweise in den Fächergruppen Medizin/Gesundheitswissenschaften (32,8 %) und Mathematik/Naturwissenschaften (33,6 %).

Die geringen Unterschiede hinsichtlich eines problematischen Alkoholkonsums zwischen den Studierenden an Fachhochschulen (41,3 %) und Universitäten (40,5 %) sind nicht statistisch signifikant.

Im Vergleich des Antwortverhaltens nach verschiedenen Studienjahren zeigt sich, dass ein problematischer Alkoholkonsum insbesondere ab dem zweiten Studienjahr auftritt (41,3 %) und etwa in gleich hohen Anteilen im vierten (42,9 %) bis siebten Studienjahr (42,3 %) vorherrscht, weniger dagegen im ersten (25,3 %) und achten und höheren Studienjahr (35,2 %).

Werden in Bezug auf den Rauschkonsum Studierende mit der Gesamtbevölkerung bzw. einer annähernd altersgleichen Gruppe verglichen, zeigt sich, dass der Anteil in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen Frauen in der Gesamtbevölkerung bei 35,6 % liegt, bei Männern bei 54,3 %. Unter Studierenden liegen die Werte im Vergleich dazu bei 22,7 % für die weiblichen Studierenden und bei 39,5 % für die männlichen Studierenden (siehe Abbildung 5). Insgesamt praktizieren in der Gesamtbevölkerung 24,9 % der Frauen und 42,6 % der Männer mindestens monatliches Rauschtrinken (Lange, Mainz & Kuntz, 2017). Anders sieht es bei dem riskanten Konsum aus: Während die Werte in der Gesamtbevölkerung bei der Altersgruppe 18-59 Jahre insgesamt 13,6 % betragen (Frauen 12,9 % und Männer 14,4 %; Piontek, Kraus, Matos, Elena Gomes de & Atzendorf, 2016), liegen sie bei den weiblichen Studierende bei 40,3 % und bei den männlichen Studierenden bei 40,8 %. Um den negativen Folgen von riskantem Alkoholkonsum vorzubeugen und diesen entgegenzuwirken, empfiehlt es sich, Präventionsmaßnahmen und Infokampagnen, spezifisch für die Gruppe der Studierenden anzubieten.

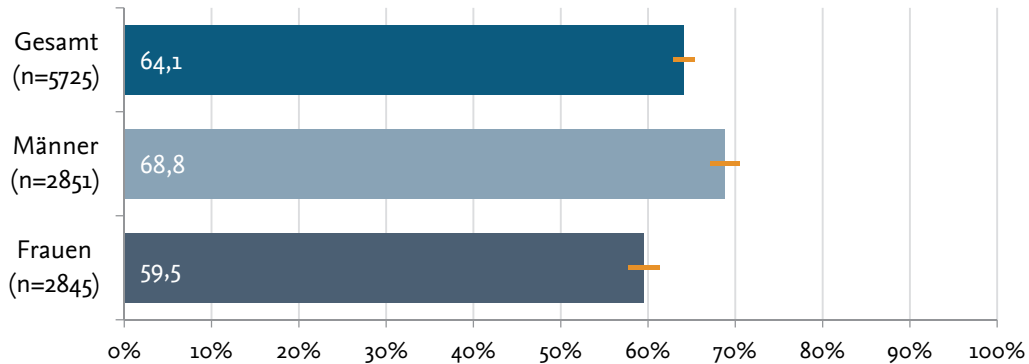
Literatur

- Anderson, P., Moller, L. & Galea, G. (Eds.). (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption Harm and Policy Approaches*. Geneva: World Health Organization.
- Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2007). Development and Evaluation of a Screening Instrument for Alcohol-Use Disorders and At-Risk Drinking: The Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 607–614.
- Burger, M., Brönstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39 (1), 111–127.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.011>

- Hapke, U., Lippe, E. von der & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkohol-spezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.*, 56 (5/6), 809–813.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Pinotek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multiplexer Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012* (IFT - Institut für Therapieforchung München, Hrsg.). München. Zugriff am 06.02.2018. Verfügbar unter http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Drogen-Kurzbericht.pdf
- Lange, C., Mainz, K. & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Rauschtrinken. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2), 74–81. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-032>
- Piontek, D., Kraus, L., Matos, Elena Gomes de & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Studiendesign und Methodik. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 62 (5), 259–269. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000444>
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016). *Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). Berlin. Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads-GiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
- Seitz, H. & Bühringer, G. (2008). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Zugriff am 23.01.2018.

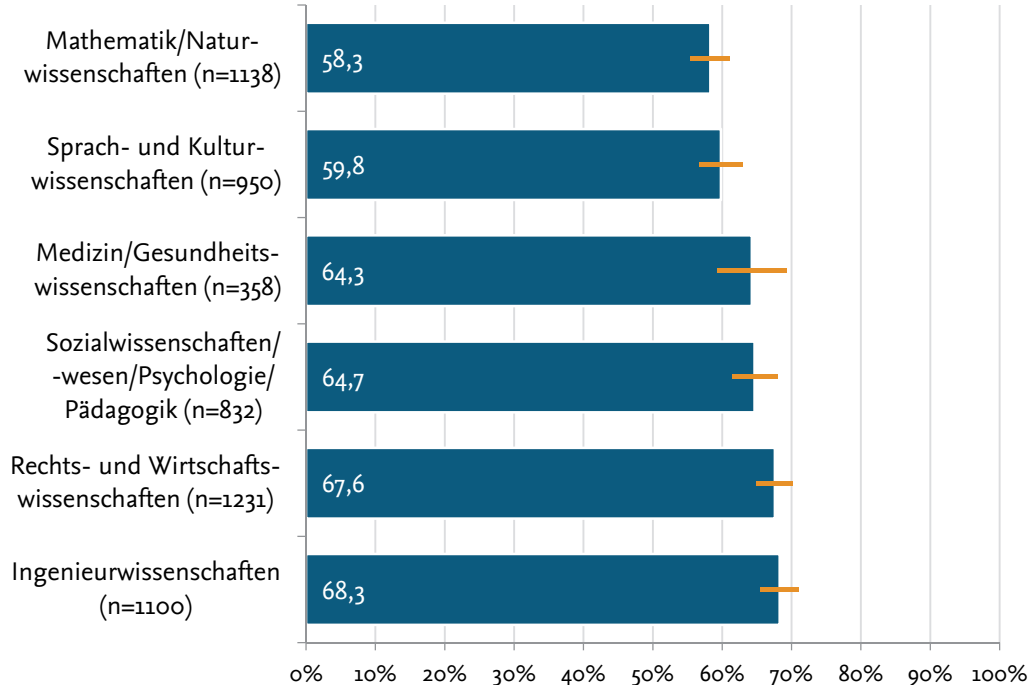
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



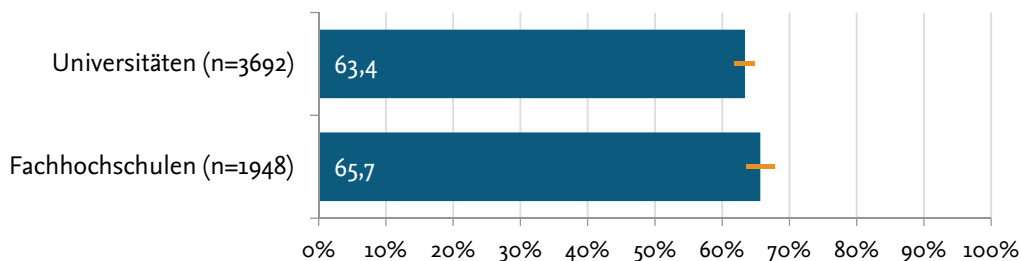
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Frequenz des Alkoholkonsums, differenziert nach Fächergruppen.



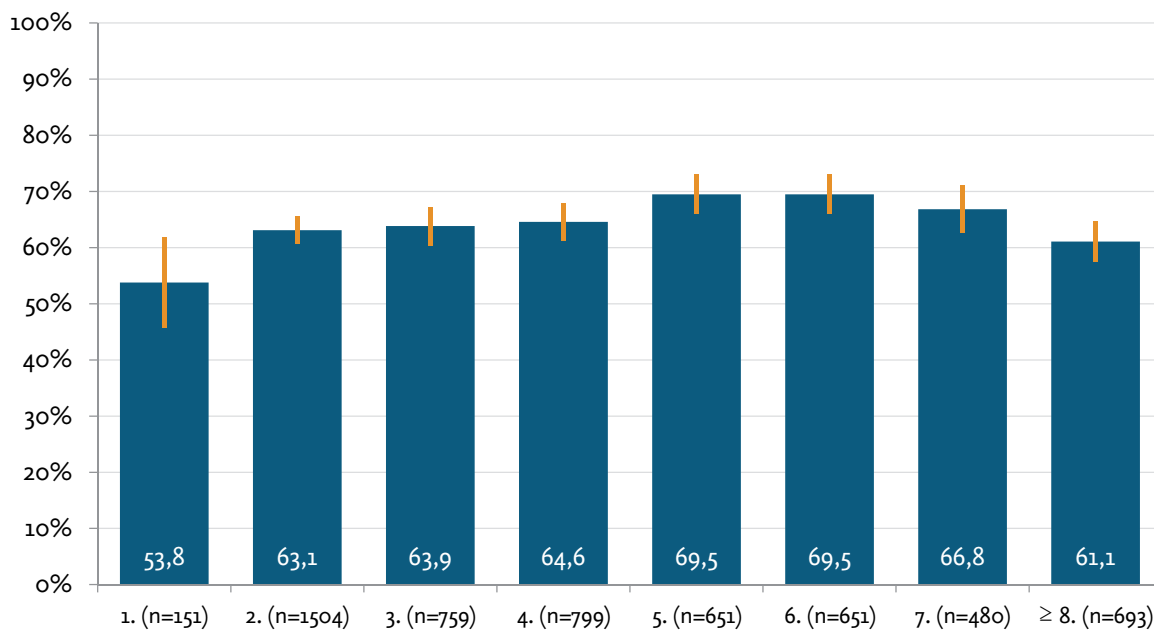
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



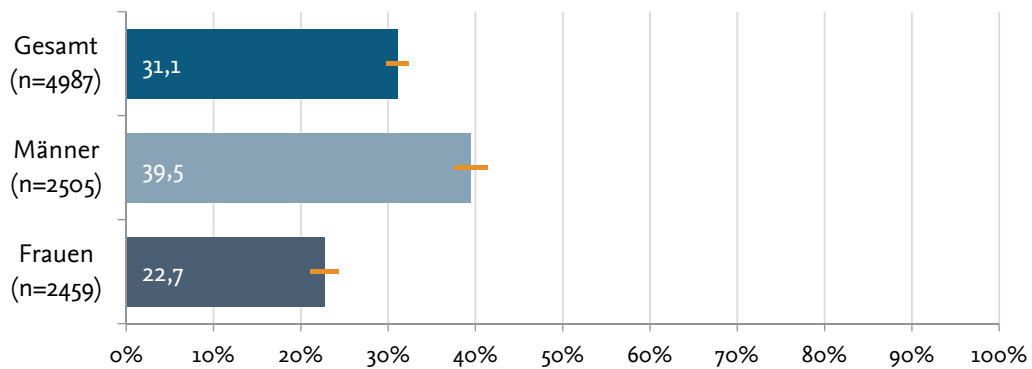
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Frequenz des Alkoholkonsums bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



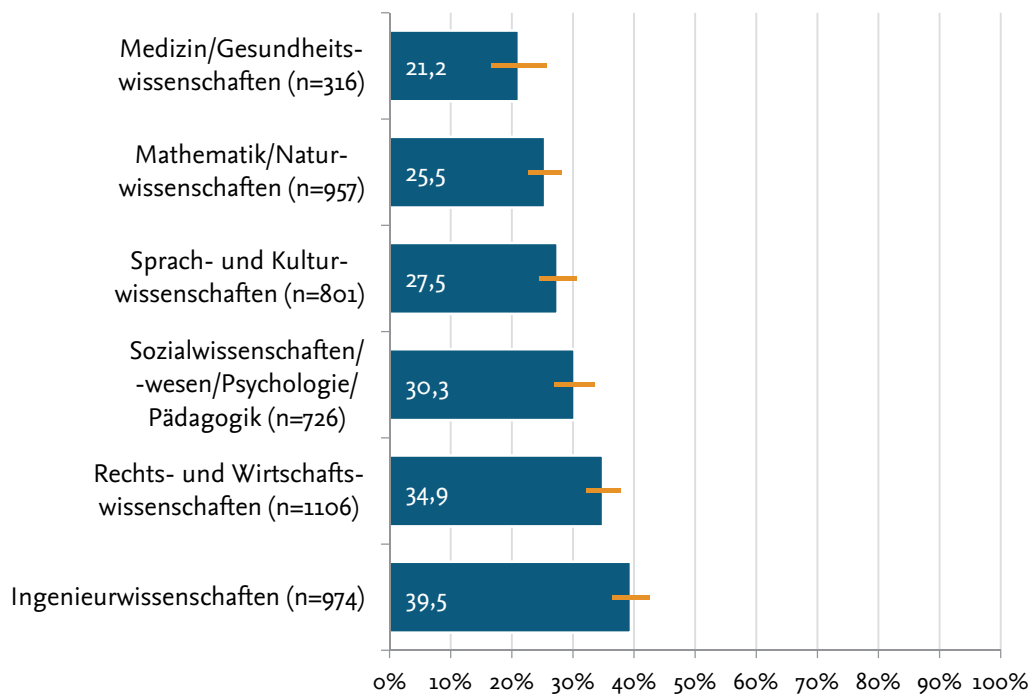
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



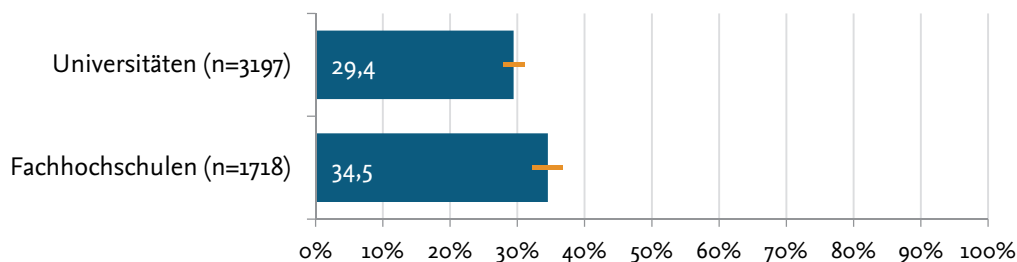
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



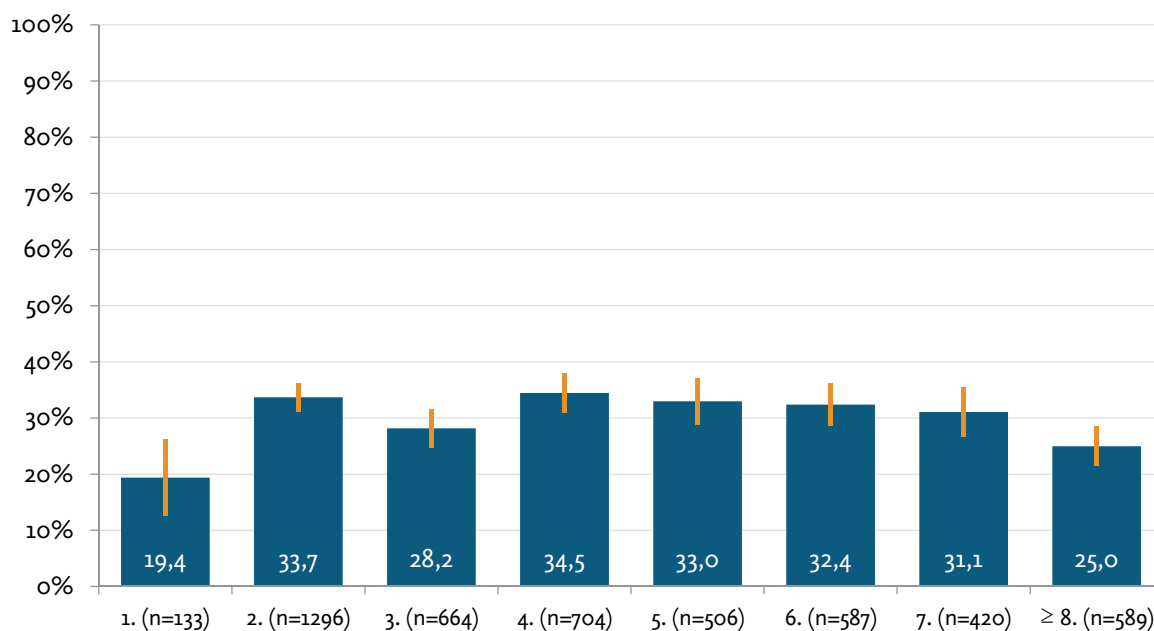
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



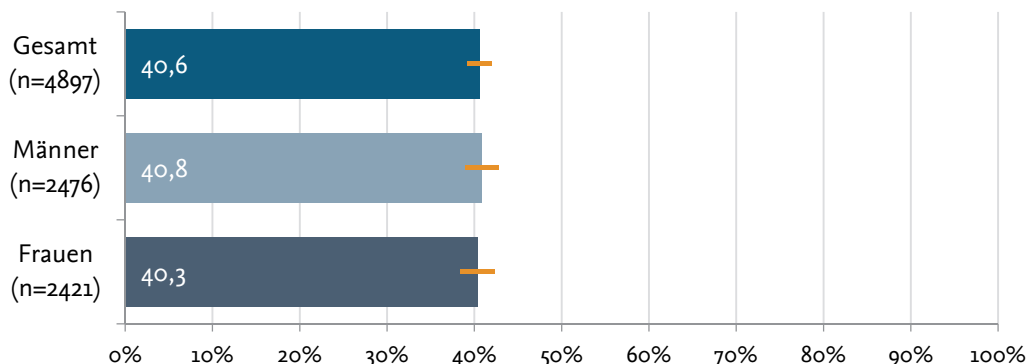
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Rauschkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



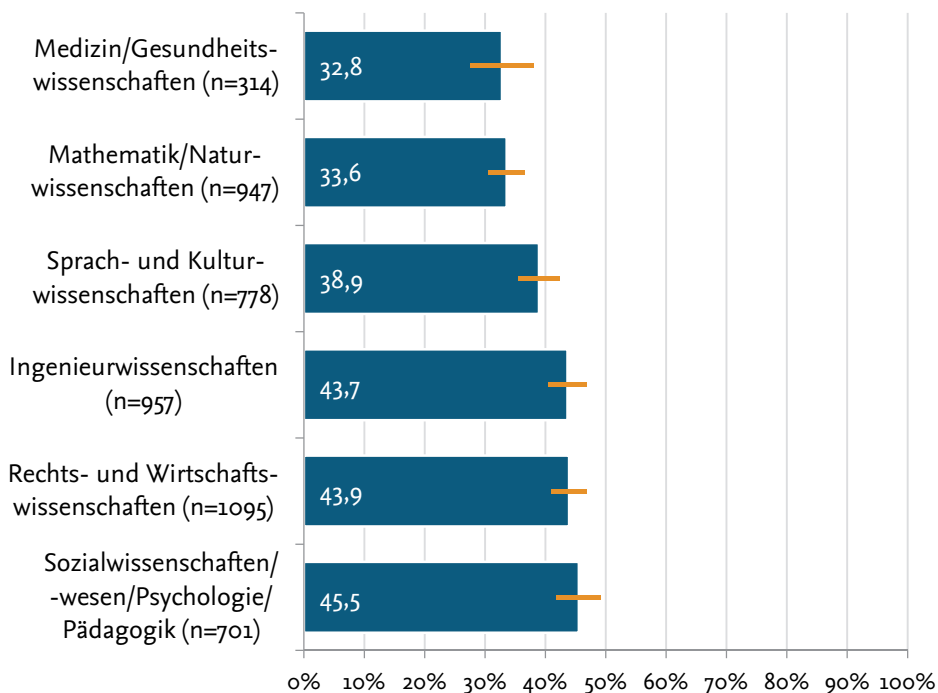
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die mindestens einmal im Monat 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nehmen. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 9: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



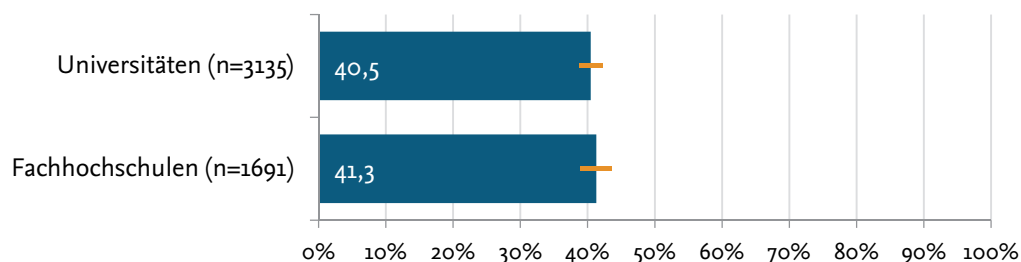
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im AUDIT-C einen Wert von >3 (bei Frauen) bzw. >4 (bei Männern) erreicht haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 10: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



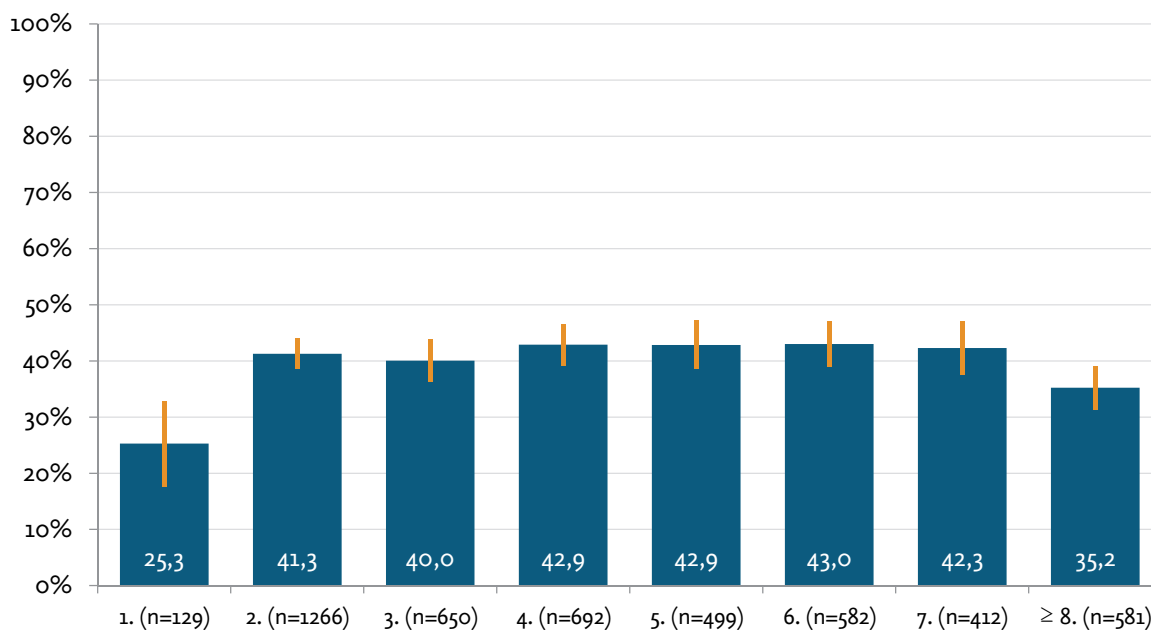
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im AUDIT-C einen Wert von >3 (bei Frauen) bzw. >4 (bei Männern) erreicht haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 11: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im AUDIT-C einen Wert von >3 (bei Frauen) bzw. >4 (bei Männern) erreicht haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 12: Problematischer Alkoholkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im AUDIT-C einen Wert von >3 (bei Frauen) bzw. >4 (bei Männern) erreicht haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Substanzkonsum

Einleitung

Etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat Erfahrungen mit illegalen Drogen (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Pinotek, 2014). Unter illegalen Drogen werden Substanzen verstanden, die nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten und sozial wenig akzeptiert sind.

Der Konsum illegaler Substanzen ist in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen deutlich höher als in allen anderen Altersgruppen. Cannabis wird dabei am häufigsten, alle anderen Substanzen deutlich seltener konsumiert (Kraus et al., 2014). Da sich in den universitäts-spezifischen Gesundheitsbefragungen hohe Prävalenzraten des Cannabis-Konsums gezeigt haben, wurde auch in der bundesweiten Erhebung ein besonderes Augenmerk auf diese Form des Drogenkonsums gerichtet. Daher wird der Cannabis-Konsum in diesem Faktenblatt zusätzlich und getrennt von dem Konsum anderer illegaler Substanzen ausgewertet und berichtet.

Cannabis wird zu den weichen Drogen gezählt und wird daher von weiten Teilen der Bevölkerung als harmlos bewertet. Bei einigen Studierenden wandeln sich im Laufe des Studiums Einstellung und Konsumverhalten hin zu größerer Akzeptanz (Stewart & Moreno, 2013). Cannabis gilt weithin als „Einsteiger-Droge“ (Fergusson & Horwood, 2000; Raithel, 2001; Yamaguchi & Kandel, 1984), da durch seine gesellschaftliche Verharmlosung die Schwelle zum Konsum geringer ist. Verschiedene Studien weisen aber darauf hin, dass der Konsum von Cannabis auch ernst zu nehmende Folgen haben kann (motorische und kognitive Störungen, Depersonalisations- und Derealisationserleben bis hin zur Cannabispsychose (Heppner, Sieber & Schmitt, 2007; Thomasius, Weymann, Stolle & Petersen, 2009; Volkow, Baler, Compton & Weiss, 2014).

Die Problematik des Konsums anderer illegaler Drogen liegt einerseits in spezifischen Substanzeigenschaften und dem daraus ableitbaren Potenzial, eine Abhängigkeit zu erzeugen. Andererseits kann ein instabiler psychosozialer Kontext der Konsument/innen ihr individuelles Suchtpotenzial begünstigen (Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 2016). Regelmäßiger und exzessiver Gebrauch von harten Drogen erhöht die Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende chronische, psychiatrische, neurologische und internistische Erkrankungen. Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen werden ebenso berichtet. Diese können jedoch auch den Konsum auslösen oder forcieren (Raithel, 2011; Thomasius et al., 2009).

Methoden

Die Häufigkeit des Konsums illegaler Drogen wurde getrennt nach Substanzen erfasst. Die Studierenden konnten angeben, ob sie „noch nie“, zuletzt „vor mehr als 12 Monaten“, „in den letzten 12 Monaten“ oder „in den letzten 30 Tagen“ verschiedene Substanzen konsumiert hatten. Erfragt wurden Cannabis, Ecstasy, Amphetamine/MDMA/Speed, Kokain, psychoaktive Pilze, Ketamin und Sonstige. Aufgrund der erhöhten Prävalenzen hinsichtlich des Cannabiskonsums im Rahmen vorheriger Befragungen wurde eine differenziertere Betrachtung des Cannabiskonsums im Vergleich zu anderen illegalen Drogen vorgenommen.

Kernaussagen

- Fast die Hälfte der Studierenden hat im bisherigen Leben bereits Cannabis konsumiert (45,6 %).
- Männliche Studierende geben mit 49,3 % signifikant häufiger an, in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben als weibliche Studierende (41,8 %).
- Studierende der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik geben häufiger als Studierende aller anderen Fächergruppen an, in den letzten 30 Tagen sowie im Zeitraum der letzten 12 Monate Cannabis konsumiert zu haben.
- Weniger als je 2 % der befragten Studierenden geben an, in den vergangenen 30 Tagen vor der Befragung illegale Substanzen unterschiedlicher Art konsumiert zu haben.
- Die 12-Monats-Prävalenzen des Ecstasy-, Speed-, oder Kokainkonsums liegen zwischen 1,5 % (Kokain) und 2,9 % (Speed). Ketamin wurden von den erfassten Substanzen in diesem Zeitraum am seltensten konsumiert (0,8 %).
- Die Lebenszeitprävalenz der betrachteten Substanzen beträgt zwischen 6,8 % (Speed) und 1,3 % (Ketamin).
- Kokain, Ketamin und psychoaktive Pilze werden häufiger von männlichen als von weiblichen Studierenden konsumiert.

Ergebnisse

Cannabiskonsum

Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums der befragten Studierenden liegt bei 45,6 %. Damit haben fast die Hälfte der Studierenden während ihrer Lebenszeit Cannabis konsumiert. Im Geschlechtervergleich zeigt sich bei der Lebenszeitprävalenz ein signifikanter Unterschied: Männliche Studierende geben mit 49,3 % signifikant häufiger an, in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben als weibliche Studierende (41,8 %). Signifikante Unterschiede ergeben sich auch im Hinblick auf dem Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten sowie in den letzten 30 Tagen. Männliche Studierende geben jeweils häufiger an, Cannabis konsumiert zu haben (12-Monats-Prävalenz: ♀: 17,7 %; ♂: 23,5 %; 30-Tages-Prävalenz: ♀: 6,1 %; ♂: 9,5 %).

Signifikante Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Fächergruppen: Die Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik geben häufiger als Studierende aller anderen Fächergruppen an, in den letzten 30 Tagen (13,7 %) sowie in den letzten 12 Monaten (28,5 %) Cannabis konsumiert zu haben. Für die Lebenszeitprävalenz lässt sich indes signifikant häufiger der Konsum von Cannabis in den Fächergruppen Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (55,0 %) und Sprach- und Kulturwissenschaften (48,6 %) im Vergleich zu Studierenden der Medizin/Gesundheitswissenschaften (39,6 %) und Mathematik/Naturwissenschaften (40,6 %) feststellen.

Zwischen Studierenden der verschiedenen Hochschultypen lassen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede feststellen: An Universitäten sowie Fachhochschulen geben Studierende etwa zu 45,0 % an, in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben. Seltener haben Studierende in den letzten 12 Monaten (etwa 20,0 %) sowie in den letzten 30 Tagen (etwa 7,5 %) Cannabis konsumiert – jedoch finden sich auch hier keine Unterschiede zwischen den Hochschularten.

Zwischen Studierenden unterschiedlicher Studienjahre können keine signifikanten Unterschiede des Cannabiskonsums beobachtet werden. Jedoch ist eine steigende Tendenz der Lebenszeitprävalenz vom ersten bis zum siebten Studienjahr sichtbar²⁸.

Konsum weiterer illegaler Substanzen

Die Lebenszeitprävalenzen der erhobenen Substanzgruppen Ecstasy, Speed, Kokain und psychoaktive Pilze liegen bei etwa 5 % der befragten Studierenden und schwanken geringfügig zwischen den Substanzgruppen (Ecstasy: 4,8 %; Speed: 6,8 %; Kokain: 4,2 %; psychoaktive Pilze: 4,1 %). Lediglich die illegale Substanz Ketamin wird mit 1,3 % deutlich seltener konsumiert. Die Lebenszeitprävalenzen hinsichtlich des Konsums von Kokain, Ketamin und psychoaktiven Pilzen unterscheiden sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Studierenden.

Bezogen auf die vergangenen 12 Monate geben über alle Substanzgruppen hinweg deutlich weniger Studierende an, Drogen konsumiert zu haben. Ecstasy, Speed und Kokain sind in etwa gleichem Umfang verbreitet, psychoaktive Pilze und Ketamin damit verglichen geringer (Ecstasy: 2,2 %, Speed: 2,9 %, Kokain: 1,5 % und psychoaktive Pilze: 1,0 %; Ketamin: 0,8 %).

Weniger als 2 % der Studierenden gaben an, in den letzten 30 Tagen Ecstasy, Speed oder Kokain konsumiert zu haben (Ecstasy: 0,8 %, Speed: 1,2 %, Kokain: 0,4 %). Ein geringerer Anteil berichtet, in diesem Zeitraum psychoaktive Pilze oder Ketamin konsumiert zu haben (psychoaktive Pilze: 0,2 % und Ketamin: 0,3 %).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei dem Konsum von Ecstasy insbesondere in der 30-Tage- und 12-Monate-Prävalenz: weibliche und männliche Studierende unterscheiden sich vor allem bei dem aktuellen Konsum von Ecstasy (30-Tage: ♀: 0,4 %, ♂: 1,2 %; 12-Monate: ♀: 1,7 %, ♂: 2,8 %). Die Geschlechterdifferenz ist hingegen geringer, wenn danach geschaut wird, ob die Substanz überhaupt mal probiert wurde (Lebenszeitprävalenz: ♀: 4,5 %, ♂: 5,0 %).

²⁸ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

Hingegen haben bei Kokain und psychoaktiven Pilzen die weiblichen sowie männlichen Studierenden in den letzten 30-Tage ähnlich viel konsumiert (Kokain: ♀: 0,3 %, ♂: 0,5 %; psychoaktive Pilze: ♀: 0,5 %, ♂: 0,4 %). Geschlechterunterschiede bestehen hier hingegen bei der Lebenszeitprävalenz: die Substanzen wurden im bisherigen Leben eher von männlichen als von weiblichen Studierenden probiert (Kokain: ♀: 3,3 %, ♂: 5,1 %; Psychoaktive Pilze: ♀: 3,0 %, ♂: 5,1 %).

Ähnlich sieht die Situation für die Substanzen Speed und Ketamin aus. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die Geschlechterunterschiede hier für die Lebenszeitprävalenz sowie die 12-Monats-Prävalenz gelten. Männliche Studierende unterscheiden sich mit ihrem aktuellen Konsum der genannten Substanzen nur geringfügig von weiblichen Studierenden (Speed: ♀: 0,8 %, ♂: 1,5 %; Ketamin: ♀: 0,1 %, ♂: 0,5 %). Betrachtet man jedoch einen längeren Zeitraum von 12-Monaten bzw. die Lebenszeit, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männliche Studierende geben häufiger an, in den letzten 12 Monaten (Speed: ♀: 2,3 %, ♂: 3,5 %; Ketamin: ♀: 0,2 %, ♂: 1,3 %) bzw. in ihrem Leben überhaupt (Speed: ♀: 6,2 %, ♂: 7,4 %; Ketamin: ♀: 0,6 %, ♂: 2,1 %) Speed oder Ketamin konsumiert zu haben.

Im Vergleich zu einer annähernd altersgleichen²⁹ Gruppen in der Gesamtbevölkerung (Kraus et al., 2014) schneiden Studierende in Bezug auf den Cannabiskonsum sowohl in der Lebenszeit-, 12-Monats- als auch der 30-Tageprävalenz recht ähnlich ab: Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsum liegt in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre bei 43,1 % - bei Studierenden bei 45,6 %. Die 12-Monats-Prävalenz liegt in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre bei 11,1 % - bei Studierenden dagegen bei deutlich höheren 20,6 %. Die 30-Tage-Prävalenz liegt in der der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre bei 7,8 % - bei Studierenden bei vergleichbaren 7,8 %.

Literatur

Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. (2016). *Öffentliche Anhörung am 16.03.2016 zu dem Gesetzesentwurf der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)*. Hamm. Zugriff am 02.02.2018. Verfügbar unter <http://www.bundestag.de/blob/415118/0aa416d30f782d36ac7f32323bd72234/deutschehauptstelle-fuer-suchtfragen-e--v---dhs--data.pdf>

Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95(4), 505–520.

Heppner, H., Sieber, C. & Schmitt, K. (2007). „Gewöhnlicher“-Drogenkonsum mit ungewöhnlichem Zwischenfall. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(11), 560–562. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970377>

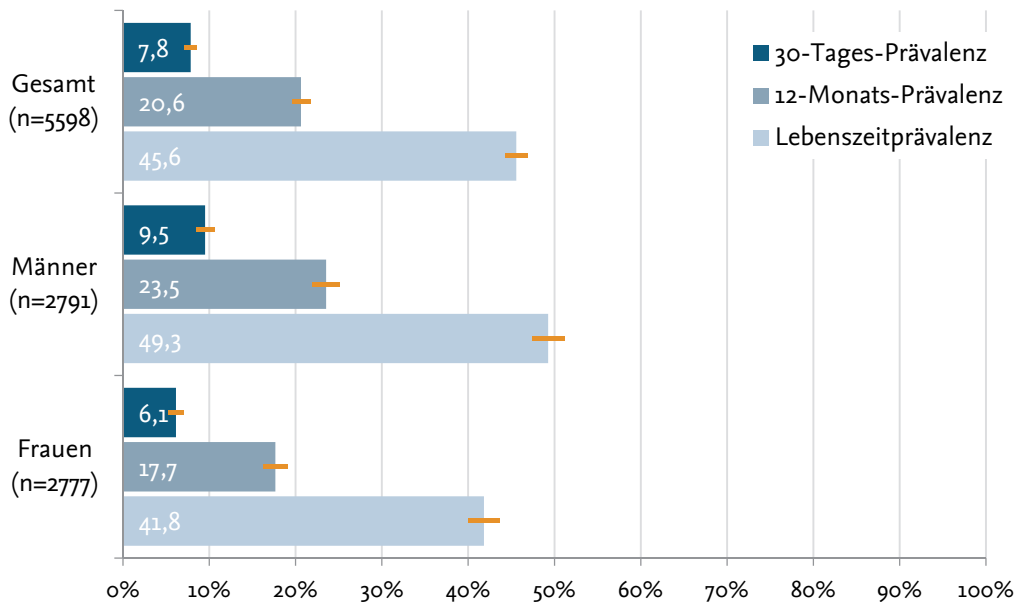
Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Pinotek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multiplexer Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012* (IFT - Institut für Therapieforchung München, Hrsg.). München. Zugriff am

²⁹ Die Altersgruppen sind aufgrund der unterschiedlichen untersuchten Zielgruppen nicht identisch; in der Gruppe der Studierenden liegt das Durchschnittsalter bei 26,4 Jahren, eine genaue Stichprobenbeschreibung findet sich im entsprechenden Faktenblatt.

- 06.02.2018. Verfügbar unter http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Drogen-Kurzbericht.pdf
- Raithel, J. (Hrsg.). (2001). *Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol*: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-663-11310-2_7
- Raithel, J. (2011). Die Lebensphase Adoleszenz – körperliche, psychische und soziale Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In U. Walter, S. Liersch, M. G. Gerlich, J. Raithel & V. Barnekow (Hrsg.), *Gesund jung?!* (S. 11–22). Berlin: Springer.
- Stewart, M. W. & Moreno, M. A. (2013). Changes in Attitudes, Intentions, and Behaviors toward Tobacco and Marijuana during U.S. Students' First Year of College. *Tobacco Use Insights*, 6, 7–16. <https://doi.org/10.4137/TUI.S11325>
- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M. & Petersen, K. U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. *Psychotherapeut*, 54 (3), 170–178.
<https://doi.org/10.1007/s00278-009-0662-x>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *The New England Journal of Medicine*, 370 (23), 2219–2227.
<https://doi.org/10.1056/NEJMr1402309>
- Yamaguchi, K. & Kandel, D. B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health*, 74 (7), 668–672. <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.7.668>

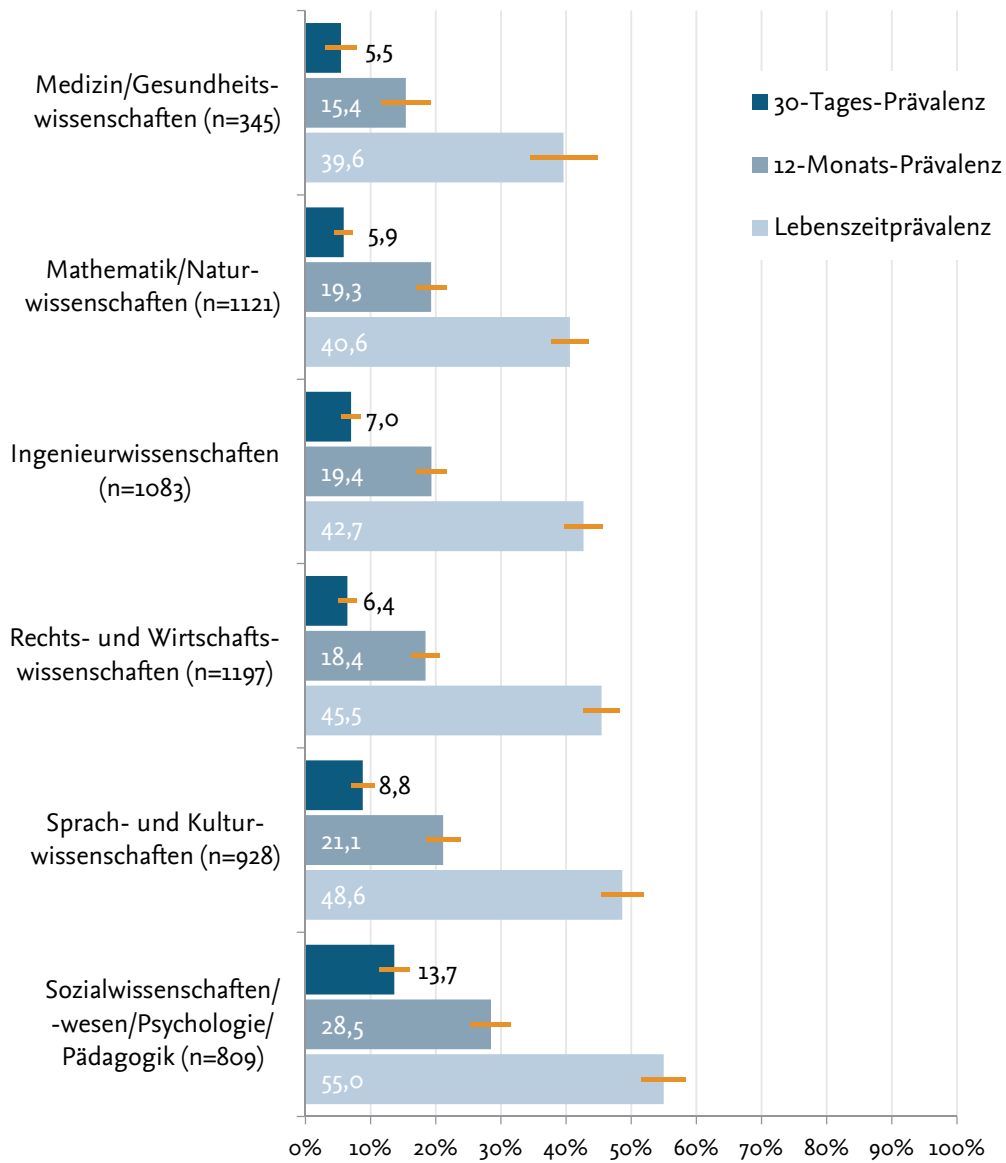
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



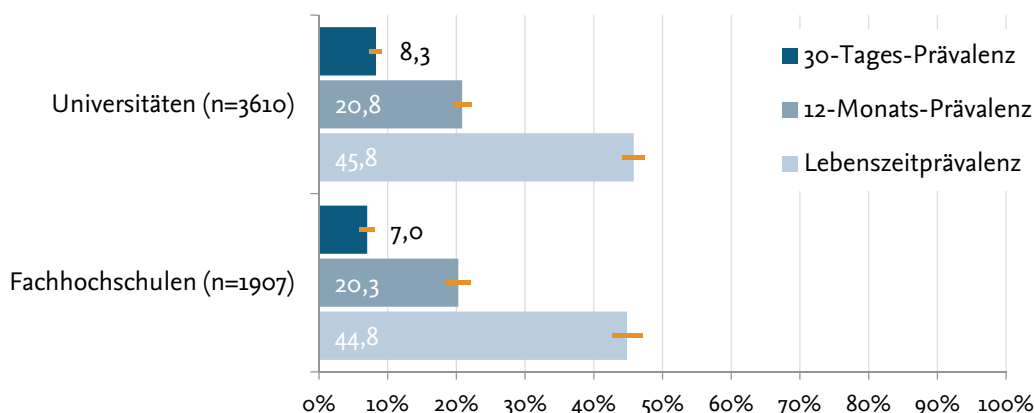
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Cannabiskonsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



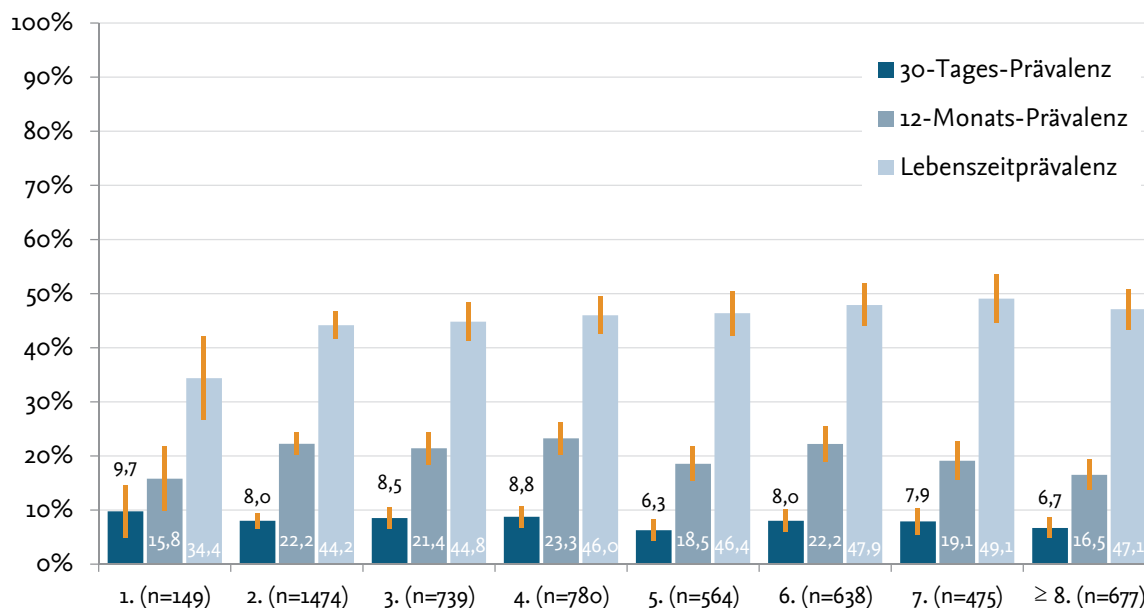
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Cannabiskonsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschulart.



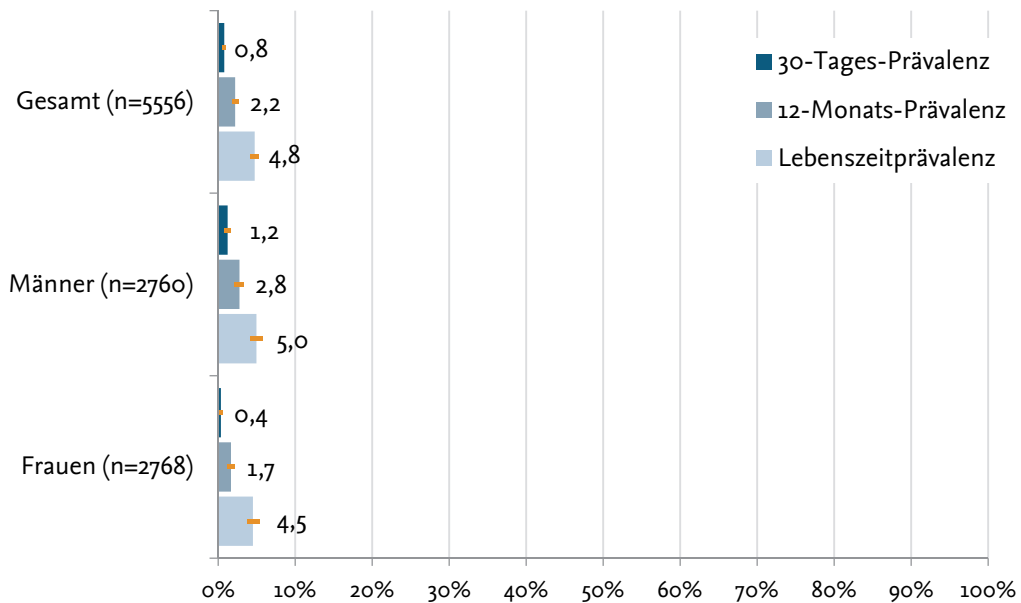
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Cannabiskonsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Cannabiskonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



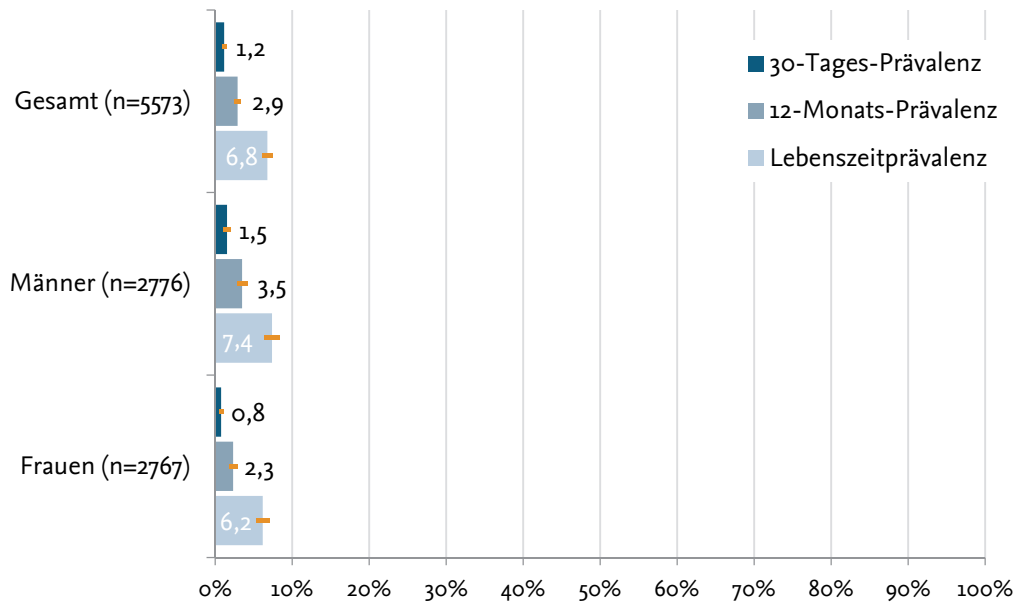
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Cannabiskonsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Ecstasy-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



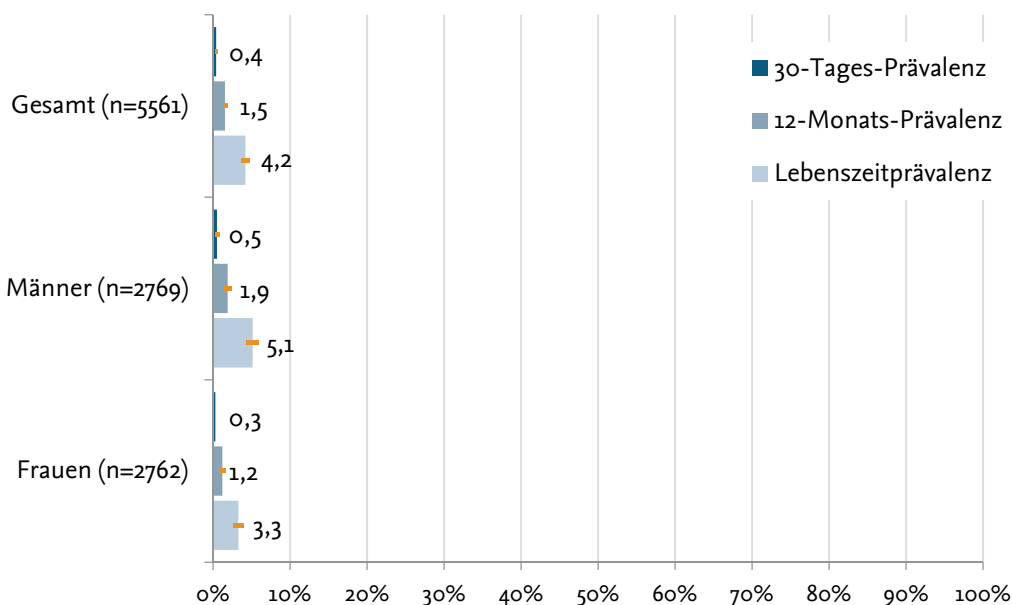
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Ecstasy-Konsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Speed-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



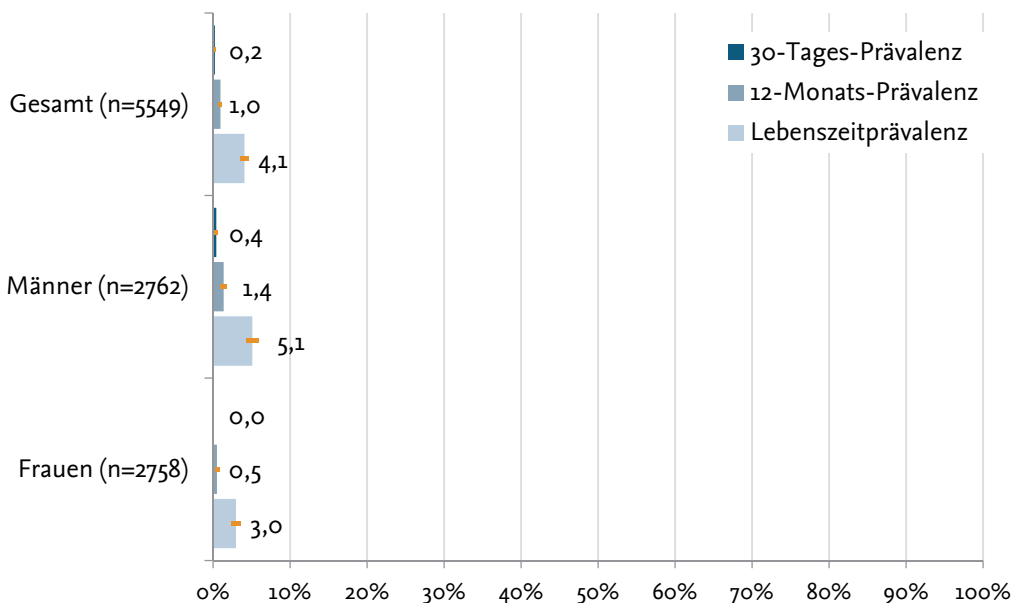
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Speed-Konsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Kokain-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



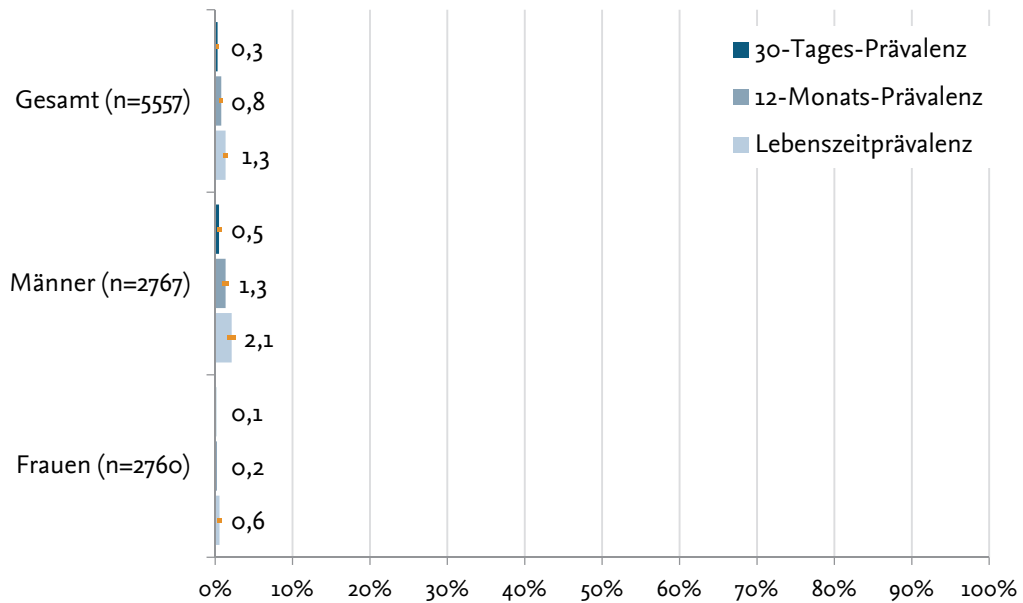
Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Kokain-Konsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Konsum psychoaktiver Pilze bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen psychoaktiver Pilze. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 9: Ketamin-Konsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



Anmerkung: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen des Ketamin-Konsums. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Medikamentenkonsument

Einleitung

Die Einnahme von Medikamenten kann im Sinne einer pharmakologischen Therapie spezifischer Erkrankungen erfolgen. Einige Substanzgruppen werden darüber hinaus zur Behandlung unspezifischer Beschwerden, zur Stresskompensation oder zum Leistungserhalt konsumiert. Von besonderer Bedeutung sind hier Schmerzmittel, die sowohl auf ärztliche Verordnung als auch häufig ohne Verordnung eingenommen werden. Laut des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 findet sich in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen eine hohe Prävalenz des Schmerzmittelkonsums (64,8 %). Schmerzmittel sind die von Frauen und Männern mit Abstand am häufigsten konsumierten Medikamente (Piontek, Atzendorf, Matos, Elena Gomes de & Kraus, 2016).

Ein missbräuchlicher Konsum von Medikamenten oder eine Abhängigkeit liegen vor, wenn über einen längeren Zeitraum kognitive, verhaltensspezifische und körperliche Symptome zu beobachten sind, die sowohl für eine reduzierte Kontrolle des Medikamentenkonsums als auch für einen fortgesetzten Medikamentenkonsument trotz negativer Konsequenzen sprechen. Symptom einer missbräuchlichen Anwendung von Schmerzmitteln kann beispielsweise ein schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz sein (Fritsche, 2007). Dieser kann auftreten, wenn bestimmte Kombinationspräparate an zehn oder mehr Tagen pro Monat eingenommen werden (Göbel, 2010). Deshalb wurde im Rahmen der Befragung „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ bei einem Schmerzmittelkonsum an zehn und mehr Tagen des Vormonats von einem riskanten Schmerzmittelkonsum ausgegangen (Lohmann, Gusy & Drewes, 2010).

Neben Schmerzmitteln wurde auch die Einnahme der Medikamentengruppen Antidepressiva und Beta-Blocker abgefragt.

Methode

Die Studierenden wurden gefragt, an wie vielen Tagen des zurückliegenden Monats sie Schmerzmittel (z. B. Paracetamol, Voltaren®, Diclofenac, Thomapyrin®, Aspirin®), Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin, Insidon®, Opipramol, Citalopram, Zoloft®) oder Beta-Blocker (z. B. Metoprolol, Beloc®, Bisoprolol) eingenommen haben.

Kernaussagen

- 43,1 % der männliche Studierenden und mehr als zwei Drittel der weiblichen Studierenden (67,9 %) geben an, dass sie im Monat vor der Befragung Schmerzmittel zu sich genommen haben. Der gefundene Geschlechtsunterschied ist signifikant.
- Nach Fächergruppen betrachtet, finden sich signifikante Unterschiede im geringeren Schmerzmittelkonsum der Studierenden der Ingenieurwissenschaften (47,6 %) und Mathematik/Naturwissenschaften (49,3 %) gegenüber dem höheren Konsum der Studierenden der übrigen Fächergruppen, insbesondere gegenüber dem der Studierenden der Fächergruppen Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (64,5 %) und Sprach- und Kulturwissenschaften (61,2 %).
- Antidepressiva und Betablocker werden selten bis kaum von den Studierenden eingenommen.
- Die Studierenden weisen in 4,2 % der Fälle einen riskanten Schmerzmittelkonsum auf. Weibliche Studierende zeigen deutlich häufiger einen riskanten Schmerzmittelkonsum (5,5 %) als männliche Studierende (2,8 %).
- Die Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (5,5 %) weisen einen signifikant höheren riskanten Schmerzmittelkonsum auf als Studierende der Fächergruppe Ingenieurwissenschaften (2,8 %).

Ergebnisse

Der Schmerzmittelkonsum ist unter den befragten Studierenden weit verbreitet (55,7 %), wobei es deutliche signifikante Geschlechterunterschiede gibt. Weibliche Studierende nehmen häufiger Schmerzmittel ein als männliche Studierende (♀: 67,9 %; ♂: 43,1 %). Nur sehr wenige Studierende nehmen hingegen Antidepressiva (5,3 %) oder Betablocker (0,8 %) ein.

Der Schmerzmittelkonsum der Studierenden unterscheidet sich zwischen den Fächergruppen. Im größten Umfang werden Schmerzmittel von Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (64,5 %) eingenommen, am vergleichsweise geringsten fällt der Konsum unter den Studierenden der Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften (49,3 %) und Ingenieurwissenschaften (47,6 %) aus.

Nach den Analysemerkmalen Hochschulart (Universitäten und Fachhochschulen) sowie bei der Betrachtung des Studienverlaufs (Studienjahre der Befragten) finden sich kaum bzw. keine Unterschiede, diese sind zudem nicht signifikant³⁰.

Die Prävalenz des Konsums von Antidepressiva ist deutlich niedriger als die des Schmerzmittelkonsums, es zeigt sich jedoch, dass weitaus mehr weibliche Studierende (7,0 %) Antidepressiva konsumieren als männliche Studierende (3,4 %). Auch konsumieren deutlich mehr Studierende der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (8,6 %) und Sprach- und Kulturwissenschaften (7,3 %) Antidepressiva als Studierende der Ingenieurwissenschaften (2,3 %) oder der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften (3,8 %).

Der Anteil der Studierenden, die an zehn oder mehr Tagen im Monat vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen haben und somit einen riskanten Schmerzmittelkonsum

³⁰ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

aufweisen, liegt bei 4,2 %. Auch hier lassen sich signifikante Geschlechterunterschiede feststellen (♀: 5,5 %; ♂: 2,8 %).

Riskanter Schmerzmittelkonsum findet sich insbesondere unter den Studierenden der Fächergruppen Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (5,5 %) und Sprach- und Kulturwissenschaften (5,1 %), in geringstem Umfang dagegen in den Ingenieurwissenschaften (2,8 %), wobei diese Unterschiede nicht signifikant sind. Inwieweit dieser Unterschied auf die Geschlechterzusammensetzung der verschiedenen Fachbereiche zurückzuführen ist, wurde an dieser Stelle nicht untersucht.

Im riskanten Schmerzmittelkonsum sind keine Unterschiede nach den Merkmalen Hochschulart und Studienverlauf festzustellen.

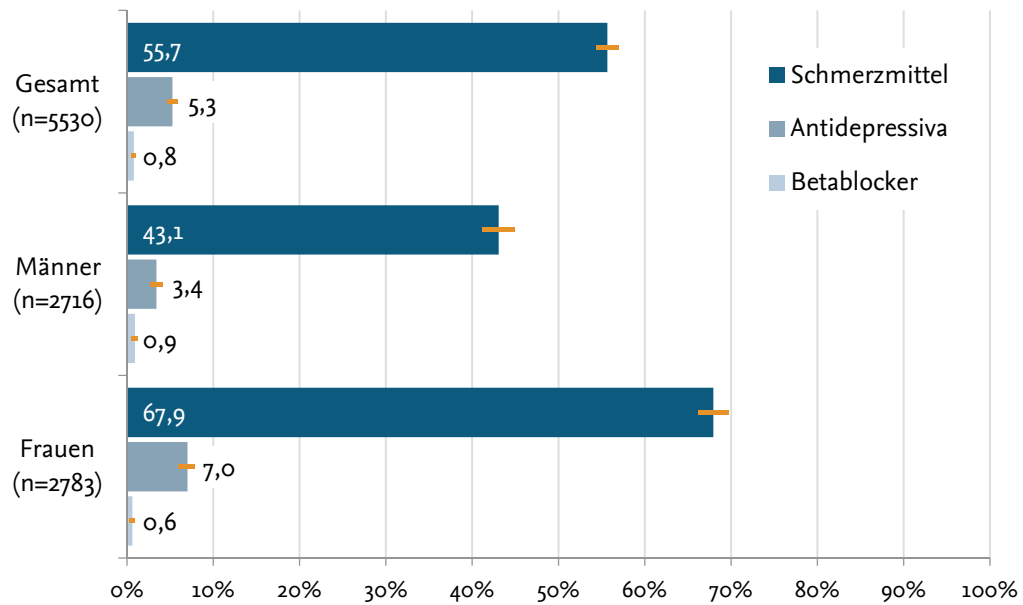
Für die untersuchte Gruppe der Studierenden bestätigen sich die hohen Werte für Schmerzmittel, die im Epidemiologischen Suchtsurvey (Piontek et al., 2016) für die Gesamtbevölkerung ausgewiesen werden, so liegt die Prävalenz des Schmerzmittelkonsums für die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen in der Gesamtbevölkerung bei 64,8 % – bei den Studierenden liegt sie bei 55,7 %.

Literatur

- Fritsche, G. (2007). Medikamenteninduzierter Kopfschmerz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 391–403). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-72284-7_21
- Göbel, H. (2010). Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz (MÜK). In H. Göbel (Hrsg.), *Erfolgreich gegen Kopfschmerzen und Migräne* (5. aktualisierte Aufl., S. 253–269). Berlin: Springer.
- Lohmann, K., Gusy, B. & Drewes, J. (2010). Medikamentenkonsum bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 276–281. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/s11553-010-0232-7>
- Piontek, D., Atzendorf, J., Matos, Elena Gomes de & Kraus, L. (2016). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Medikamenteneinnahme und Hinweise auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015*. München: IFT - Institut für Therapieforschung München. Zugriff am 22.06.2017. Verfügbar unter http://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Medikamente-Kurzbericht.pdf

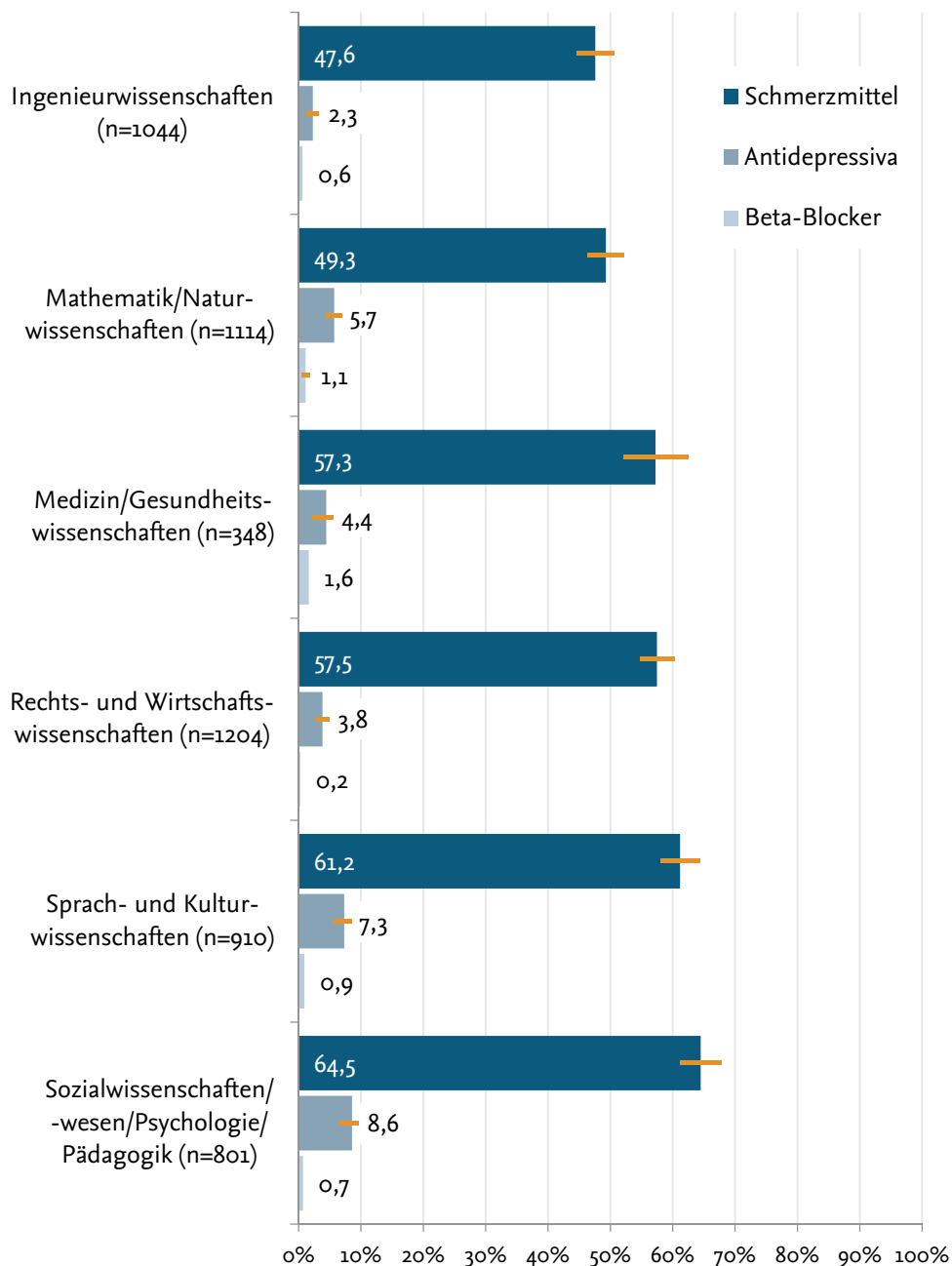
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsums (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



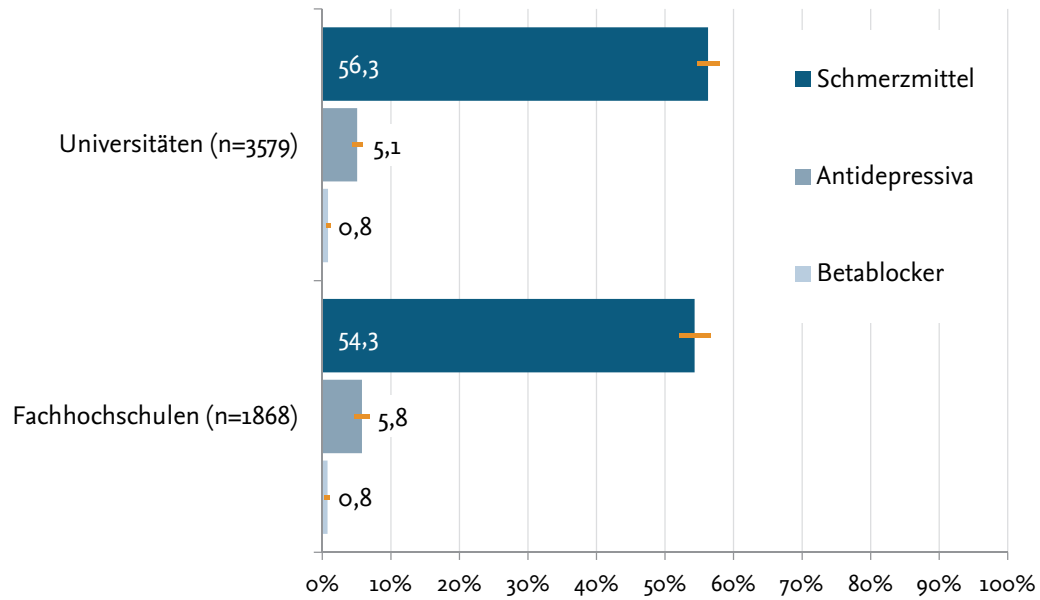
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im letzten Monat Medikamente eingenommen haben. Auswertung nach Substanzklasse. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsument (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



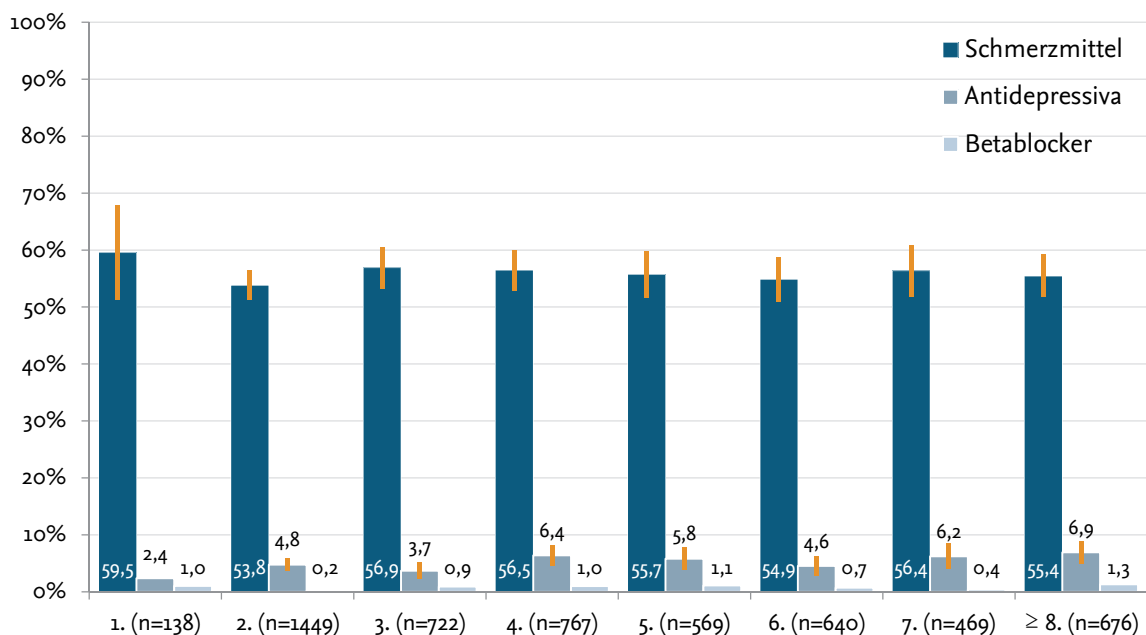
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im letzten Monat Medikamente eingenommen haben. Auswertung nach Substanzklasse. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsums (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



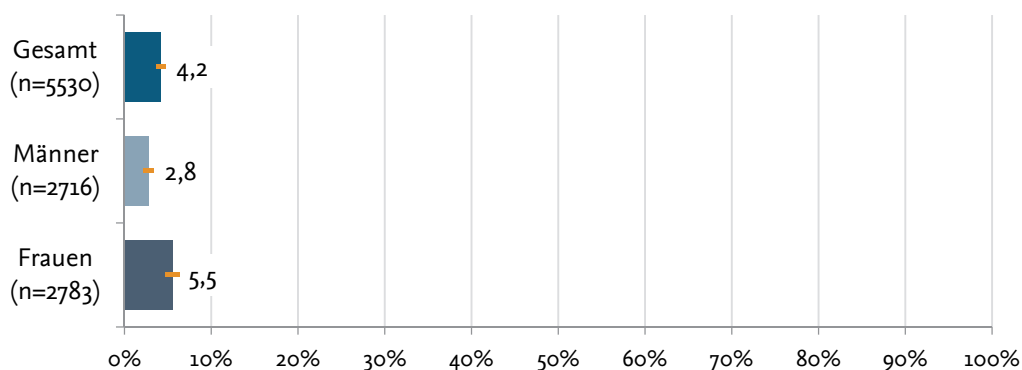
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im letzten Monat Medikamente eingenommen haben. Auswertung nach Substanzklasse. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: 30-Tages-Prävalenz des Medikamentenkonsums (3 Substanzen) bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



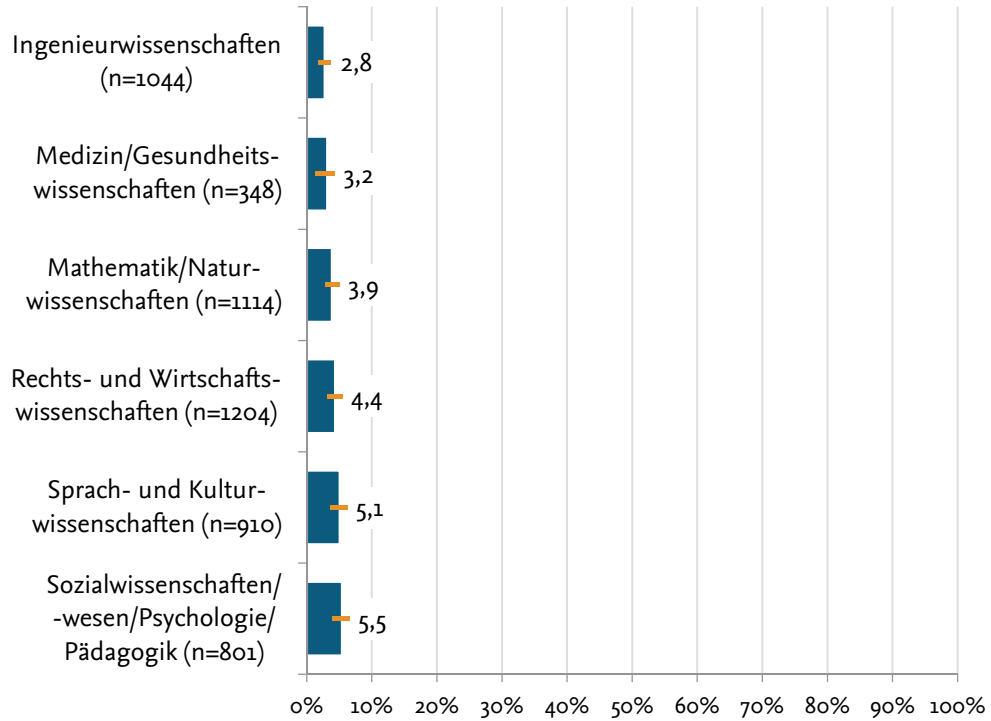
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die im letzten Monat Medikamente eingenommen haben. Auswertung nach Substanzklasse. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Geschlecht.



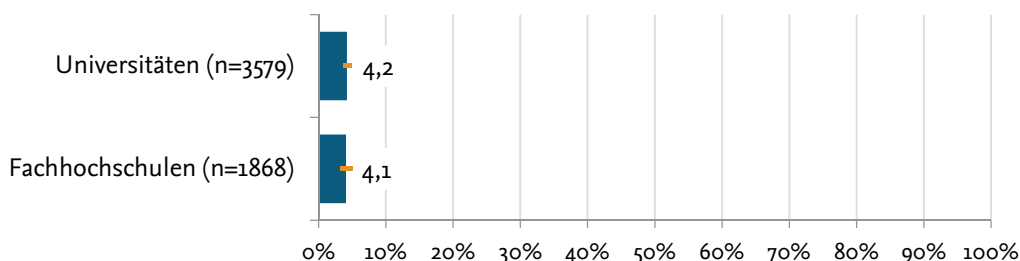
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die an zehn oder mehr Tagen im Monat vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Fächergruppen.



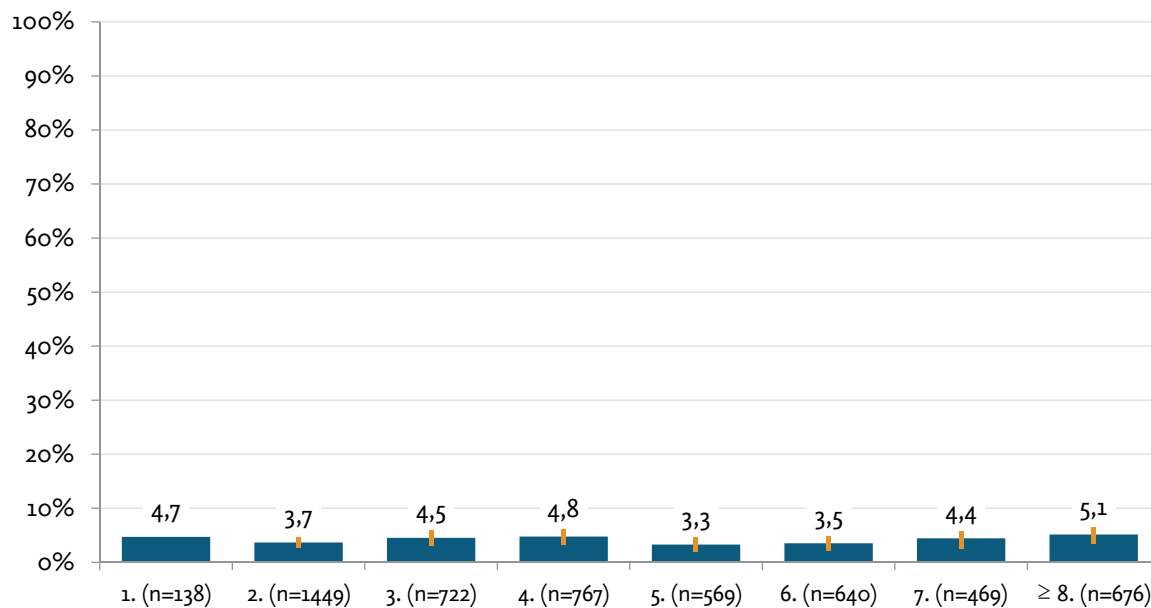
Anmerkung: Anteil der Studierenden, die an zehn oder mehr Tagen im Monat vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die an zehn oder mehr Tagen im Monat vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Riskanter Schmerzmittelkonsum bei Studierenden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Anteil der Studierenden, die an zehn oder mehr Tagen im Monat vor der Befragung Schmerzmittel eingenommen haben. Angaben in Prozent in blauen Balken, 95%-Konfidenzintervalle in orangefarbenen Linien.

Absentismus und Präsentismus

Einleitung

Absentismus und Präsentismus sind zwei Phänomene, die eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeit darstellen (Kramer, Oster & Fiedler, 2013). Mit Absentismus wird die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz bezeichnet. Präsentismus hingegen beschreibt das Verhalten, trotz Gesundheitsproblemen bei der Arbeit zu erscheinen, aber nicht entsprechend einsatzfähig zu sein (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015; Schmidt & Schröder, 2010; Steinke & Badura, 2011). Bisher durchgeführte Studien belegen langfristige negative Folgen von Präsentismus und Absentismus auf die Gesundheit und eine deutlich geminderte Produktivität (Kramer et al., 2013; Steinke & Badura, 2011).

Da Arbeitsbelastung und Zeitaufwand im Studium denen des Arbeitslebens ähnlich sind (Ramm, Multrus & Bargel, 2011), erscheint eine Übertragung dieses Konstrukts von der Arbeitswelt auf den Studienkontext naheliegend. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass Präsentismus auch im Studienkontext vorkommt (Matsushita et al., 2011). Im Unterschied zu konventionellen Formen der Arbeit setzt sich ein Studium aus der Teilnahme an Veranstaltungen in der Hochschule und Selbstlernzeiten zusammen, die in den meisten Fällen zu Hause oder in Arbeitsgruppen außerhalb der Hochschule verbracht werden. Als Präsentismus im Studium wird daher das Verhalten beschrieben, trotz Krankheit bzw. gesundheitlicher Beschwerden für das Studium zu arbeiten, obwohl es sinnvoller gewesen wäre, dies nicht zu tun. Unter Absentismus hingegen werden die krankheitsbedingten Fehltage im letzten Monat gefasst.

Methode

In der Befragung wurde Präsentismus mit folgendem Einzelitem gemessen, welches aus Erwerbstätigenbefragungen übernommen und angepasst wurde: „An wie vielen der letzten 30 Tage haben Sie für das Studium gearbeitet (in der Hochschule, zu Hause, im Praktikum), obwohl Sie sich so krank gefühlt haben, dass es vernünftig gewesen wäre, dies nicht zu tun?“. Die Anzahl der Tage konnte in einem Freitextfeld vermerkt werden. Sobald die Studierenden einen Tag innerhalb der letzten 30 Tage angeben, spricht man von Präsentismus.

Das Item zur Erfragung von Absentismus lautete: „Wie viele der letzten 30 Tage haben Sie aus gesundheitlichen Gründen gefehlt?“ Auch hier konnte die Anzahl der Tage in ein Textfeld eingetragen werden.

Die Präsentismusdimension Ablenkung wurde über eine Subskala der Stanford Presenteeism Scale erhoben (Koopmann et al., 2002), die die Ablenkung von der Arbeit durch gesundheitliche Beschwerden erfasst. Diese Skala wurde übersetzt und auf den Studienkontext angepasst. Ein Beispielitem der Skala lautet „Die Fertigstellung bestimmter Arbeiten erschien mir wegen akuter gesundheitlicher Probleme aussichtslos.“ Die Studierenden sollten auf einer Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) ihre Zustimmung zu diesen Aussagen angeben.

Kernaussagen

- Etwa ein Viertel der Studierenden gibt mindestens einen krankheitsbedingten Fehltag (24,2 %) bzw. etwas weniger als die Hälfte gibt Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden (44,7 %) an oder fühlt sich durch gesundheitliche Beschwerden von ihrer Arbeit für das Studium abgelenkt (42,7 %).
- Weibliche Studierende berichten im Mittel von signifikant mehr Anwesenheitstagen trotz gesundheitlicher Beschwerden (σ : M=1,7, ♀: M=2,5), krankheitsbedingten Fehltagen (σ : M=0,7, ♀: M=1,2), als auch Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden als männliche Studierende (σ : M=1,6, ♀: M=1,9).
- Studierende der Ingenieurwissenschaften geben im Mittel sowohl die geringste Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden (M=1,6) als auch die wenigsten Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden (M=1,7) an.
- Studierende an Fachhochschulen geben im Mittel weniger krankheitsbedingte Fehlitage (M=0,8) als Studierende an Universitäten an.
- Am höchsten ist die Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden im Mittel bei Studierenden ab dem achten Studienjahr (M=2,1).

Ergebnisse

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Studierenden berichtet, an mindestens einem Tag der letzten 30 Tage für das Studium gearbeitet zu haben, obwohl es sinnvoller gewesen wäre, dies nicht zu tun (44,7 %). Etwa ein Viertel gibt an, an mindestens einem Tag aufgrund von Krankheit abwesend gewesen zu sein (24,3 %). 42,7 % der Befragten fühlten sich durch gesundheitliche Beschwerden von der Arbeit im Studium abgelenkt.

Weibliche Studierende geben im Mittel signifikant mehr Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden (σ : M=1,7, ♀: M=2,5) an als ihre männlichen Kollegen und berichten nahezu die doppelte Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen (σ : M=0,7, ♀: M=1,2). Auch hinsichtlich der Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden geben weibliche Studierende im Mittel signifikant höhere Werte an (σ : M=1,6, ♀: M=1,9).

Hinsichtlich der Fächergruppen gibt es leichte Unterschiede in Bezug auf die krankheitsbedingten Fehlitage bzw. die Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden, sowie in den Angaben zur Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden: Die befragten Studierenden der Fächergruppe Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik weisen im Mittel die meisten Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden auf (M=2,5). Die im Mittel geringste Anzahl an Anwesenheitstagen trotz gesundheitlicher Beschwerden geben dagegen Studierende der Ingenieurwissenschaften an (M=1,7). Insbesondere die Studierenden der Fächergruppen Sprach- und Kulturwissenschaften (M=1,3) sowie Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (M=1,2) weisen im Mittel am meisten krankheitsbedingte Fehlitage auf und fast doppelt so viele wie die Studierenden der Ingenieurwissenschaften (M=0,7). Auch hinsichtlich der Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden geben die Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften im Mittel die höchsten Werte an (M=2,0). Im Gegensatz dazu weisen die Studierenden der Ingenieurwissenschaften auch hier im Mittel die geringste Ablenkung auf (M=1,6). Ihre Werte fallen im Mittel auch signifikant geringer als die Studierenden der Fächergruppen Mathematik/Naturwissenschaften (M=1,8) und Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik (M=1,9) aus.

Keine bedeutsamen Unterschiede gibt es zwischen Studierenden an Universitäten und Fachhochschulen hinsichtlich ihrer Anwesenheit trotz gesundheitlicher Beschwerden, wohl aber bezogen auf ihre krankheitsbedingten Fehltag: Studierende an Universitäten fehlen im Mittel signifikant häufiger krankheitsbedingt ($M=1,0$) als jene an Fachhochschulen ($M=0,8$). Auch geben Studierende der Universitäten im Mittel geringfügig mehr Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden an ($M=1,8$) als Befragte an Fachhochschulen ($M=1,7$).

Bezogen auf Studierende unterschiedlicher Studienjahre variieren die Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden kaum. Die niedrigsten Werte krankheitsbedingter Abwesenheitstage haben Studierende des vierten Studienjahres ($M=0,7$). Danach steigen die Anteile von Jahrgang zu Jahrgang kontinuierlich um fast das Doppelte an – bis auf $M=1,3$ krankheitsbedingte Abwesenheitstage bei Studierenden ab dem achten Studienjahr. Demnach fehlen Studierende aus den höheren Studienjahren am häufigsten krankheitsbedingt. Die Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden ist im Mittel relativ stabil. Lediglich Studierende ab dem achten Studienjahr ($M=2,1$) berichten im Mittel eine signifikant höhere Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden als Studierende aller weiterer Jahrgänge.³¹

Die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag fällt bei Studierenden etwas geringer aus als in der Gesamtheit der arbeitenden Bevölkerung, in der die Zahl der Krankheitstage pro Monat zwischen 1,2 und 1,5 Tagen liegt (Grobe & Steinmann, 2017b; Knieps, Pfaff & Ahlers, 2017; Marschall, Hildebrandt, Sydow & Nolting, 2017). Dieses Ergebnis deckt sich mit Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit bei Auszubildenden, die mit 0,96 Fehltagen pro Monat fast genau denselben Krankenstand wie Studierende aufweisen (Grobe & Steinmann, 2017a)³². Allerdings geben Studierende durchschnittlich mehr Tage pro Monat (2,1 Tage) an, an denen sie trotz Krankheit für das Studium gearbeitet haben: In einer repräsentativen Umfrage unter Beschäftigten ergab sich ein Präsentismuswert von nur einem Tag (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2016). Um ihrer Verantwortung gerecht zu werden, sollten Hochschulen ihren Studierenden ermöglichen, während Krankheitsphasen zu genesen und nicht – beispielsweise durch Anwesenheitspflicht – für das Studium arbeiten zu müssen.

Literatur

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2015). *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. (Fehlzeiten-Report, Bd. 2015). Berlin: Springer.

Grobe, T. & Steinmann, S. (2017a). *Gesundheitsreport 2017. Gesundheit von Auszubildenden* (Techniker Krankenkasse, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 22.02.2018. Verfügbar unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/954202/Datei/69510/Gesundheitsreport-2017-Gesundheit-von-Auszubildenden.pdf>

Grobe, T. & Steinmann, S. (2017b). *Gesundheitsreport 2017. Kurzübersicht Fehlzeiten* (Techniker Krankenkasse, Hrsg.). Hamburg. Zugriff am 22.02.2018. Verfügbar unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/940482/Datei/62963/Preview-Fehlzeiten.pdf>

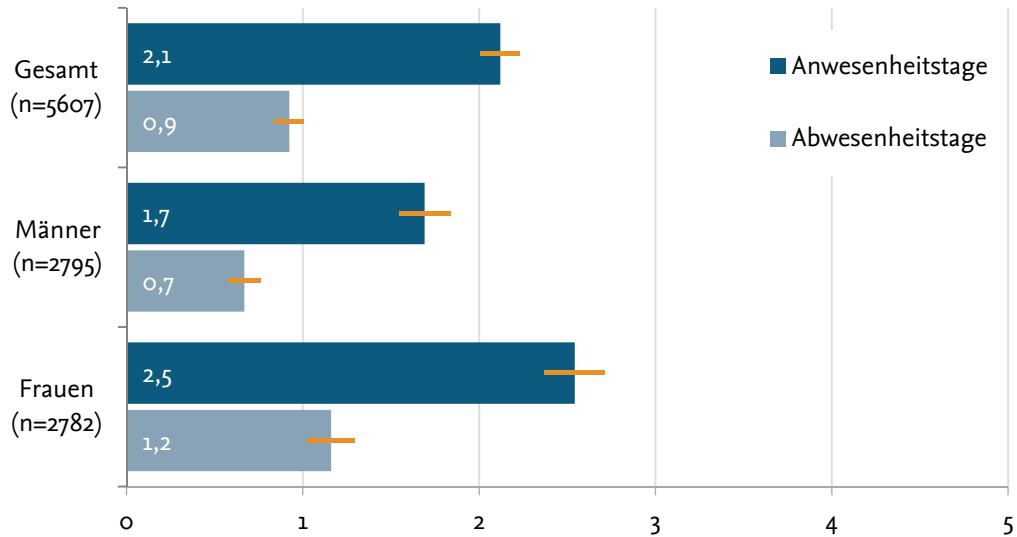
³¹ Die Werte des ersten Studienjahres werden wegen der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert.

³² Bei den Studierenden beziehen sich die Werte auf Selbstbeschreibungen, bei Auszubildenden auf ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit.

- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.). (2016). *Arbeit trotz Krankheit. Wie verbreitet ist Präsentismus in Deutschland?* (DGB-Index Gute Arbeit Kompakt 02/2016). Berlin. Zugriff am 22.02.2018. Verfügbar unter <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/kompakt/++co++60354670-fd65-11e5-b291-52540023ef1a>
- Knieps, F., Pfaff, H. & Ahlers, E. (Hrsg.). (2017). *Digitale Arbeit - digitale Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten* (BKK Gesundheitsreport, Bd. 2017, 1. Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koopmann, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turoin, R. S. et al. (2002). Stanford Presenteeism Scale. Health status and employee productivity. *J Occup Environ Med (Journal of Occupational and Environmental Medicine)*, 44 (1), 14–20.
- Kramer, I., Oster, S. & Fiedler, M. (2013). Präsentismus. Verlust von Gesundheit und Produktivität. *iga.Fakten* (6).
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H. & Nolting, H.-D. (2017). *Gesundheitsreport 2017. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten* (DAK-Gesundheit, Hrsg.) (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung). Hamburg. Zugriff am 22.02.2018. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2017-1885298.pdf>
- Matsushita, M., Adachi, H., Arakida, M., Namura, I., Takahashi, Y., Miyata, M. et al. (2011). Presenteeism in college students: reliability and validity of the Presenteeism Scale for Students. *Quality of Life Research*, 20 (3), 439–446.
- Ramm, M., Multrus, F. & Bargel, T. (2011). *Studiensituation und studentische Orientierungen. 11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen* (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Hrsg.). Bonn. Zugriff am 02.06.2015. Verfügbar unter http://bmbf.de/pub/studiensituation_studentetische_orientierung_elf_lang.pdf
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010). Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (S. 93–100). Berlin: Springer.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

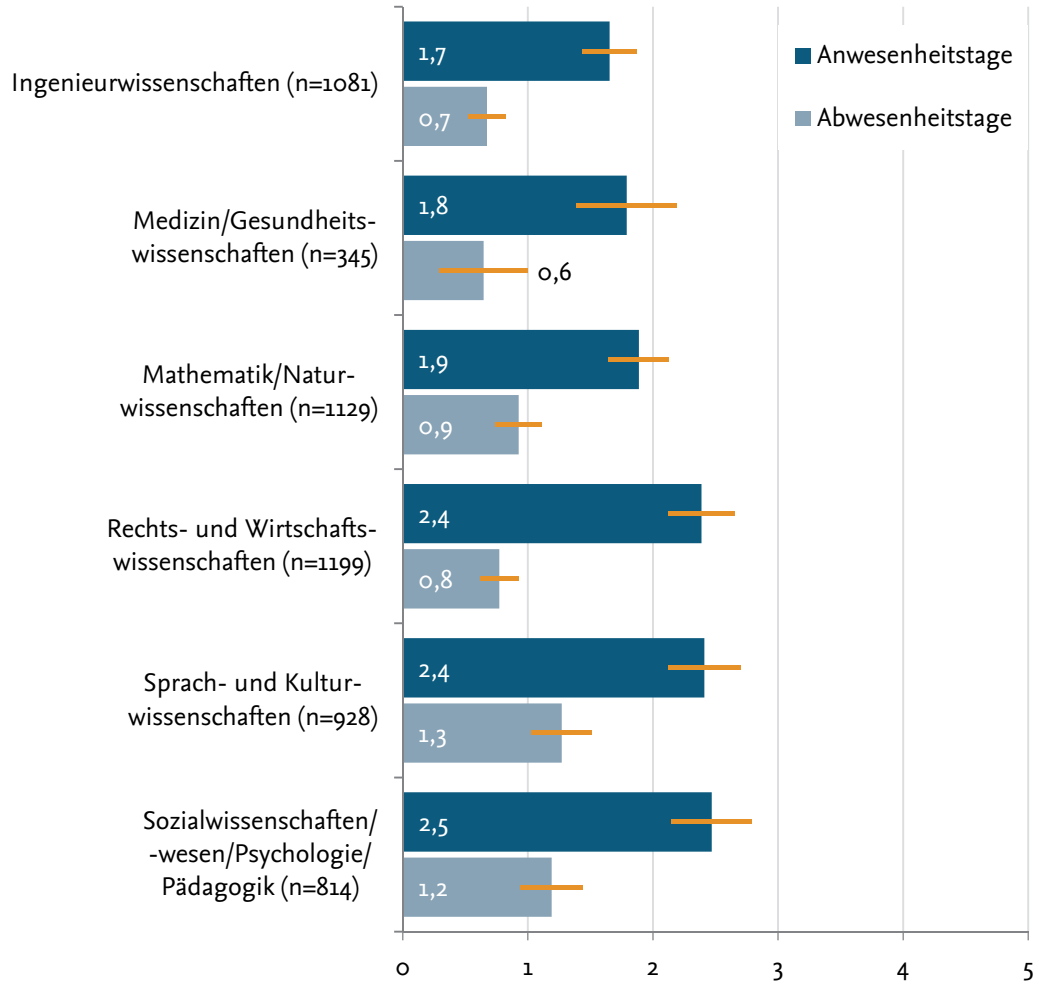
Grafische Ergebnisdarstellung

Abbildung 1: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Geschlecht.



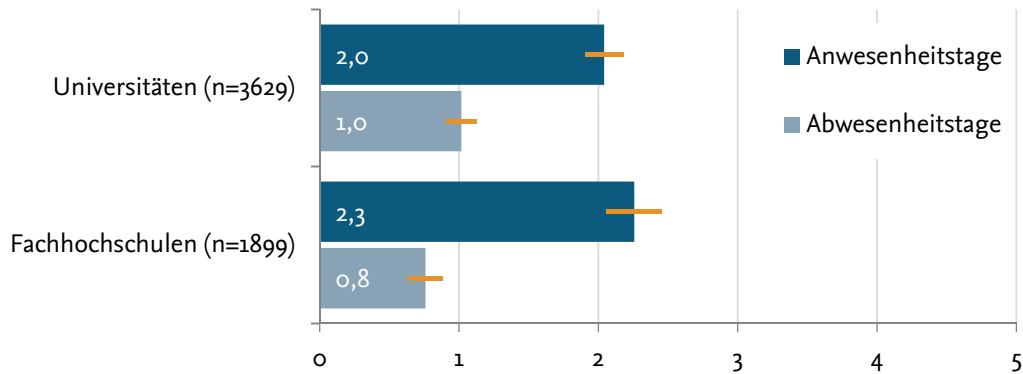
Anmerkung: Anzahl an Studientagen, an denen gesundheitliche Beschwerden aufgetreten sind und durchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen. Mittelwerte in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 2: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Fächergruppen.



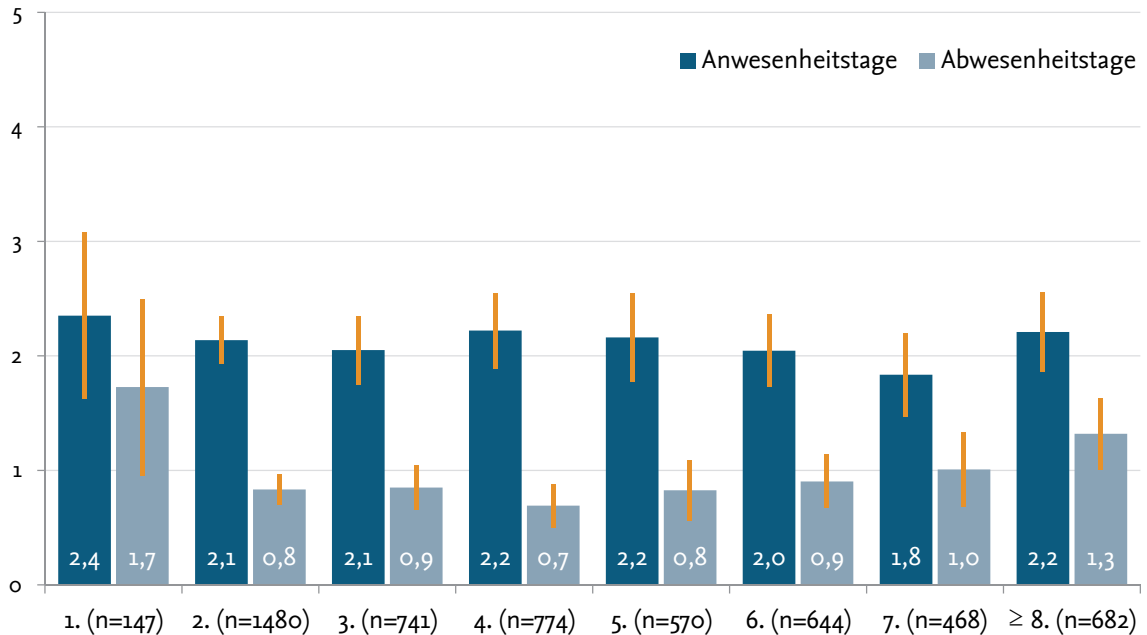
Anmerkung: Anzahl an Studientagen, an denen gesundheitliche Beschwerden aufgetreten sind und durchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen. Mittelwerte in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 3: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Hochschultyp.



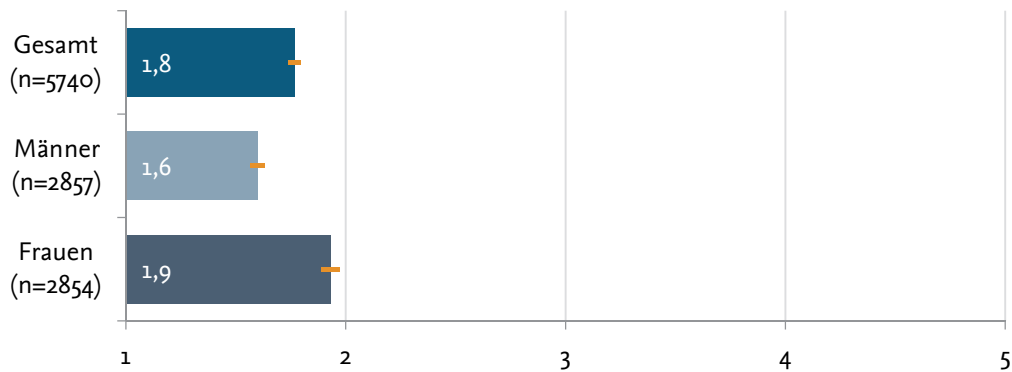
Anmerkung: Anzahl an Studientagen, an denen gesundheitliche Beschwerden aufgetreten sind und durchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen. Mittelwerte in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 4: Anwesenheitstage trotz gesundheitlicher Beschwerden und krankheitsbedingte Fehltage, differenziert nach Studienjahren.



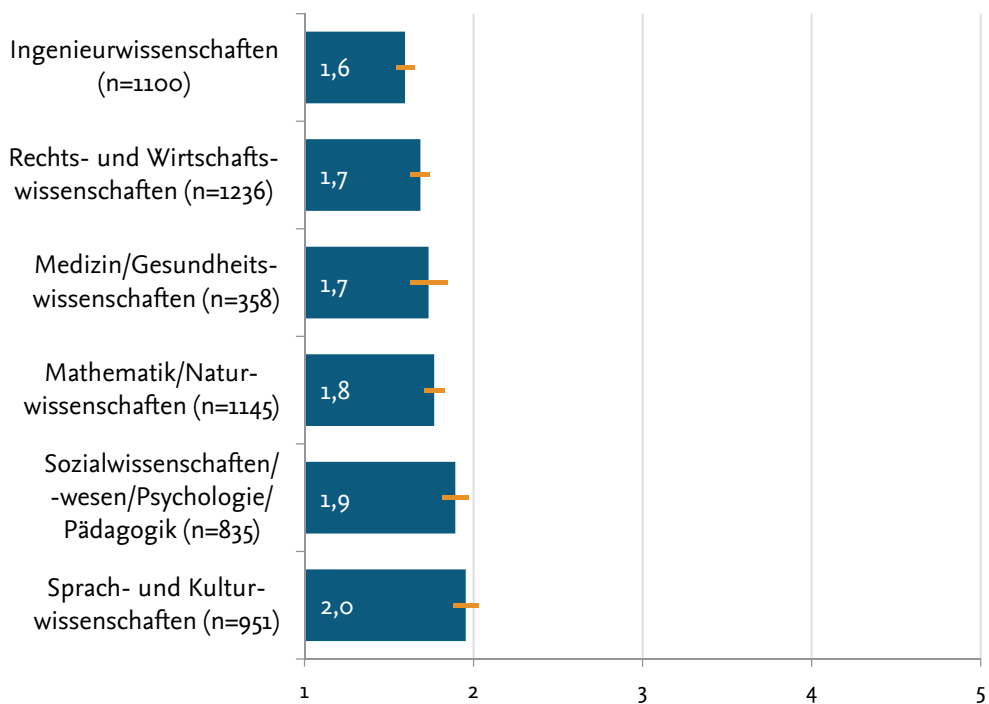
Anmerkung: Anzahl an Studientagen, an denen gesundheitliche Beschwerden aufgetreten sind und durchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen. Mittelwerte in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 5: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Geschlecht.



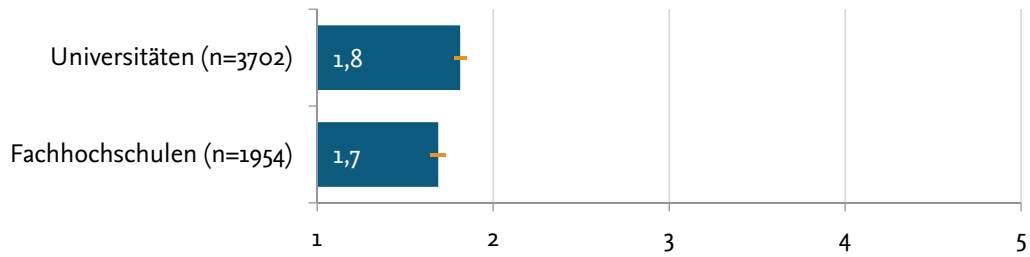
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 6: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Fächergruppen.



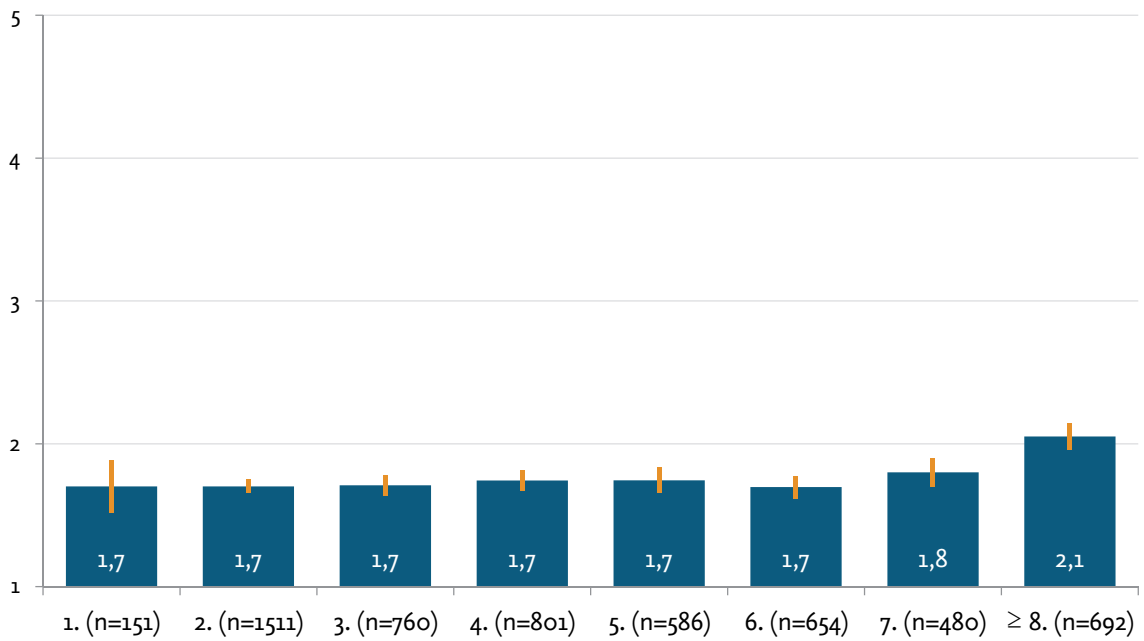
Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 7: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Hochschultyp.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Abbildung 8: Ablenkung durch gesundheitliche Beschwerden, differenziert nach Studienjahren.



Anmerkung: Mittelwerte auf einer Skala von 1 bis 5, dargestellt in blauen Balken; 95 %-Konfidenzintervalle der Mittelwerte in orangefarbenen Linien.

Druck

Fischer Druck GmbH Peine

Bildnachweis

Plainpicture

Stand

Juni 2018