

Gesundheit und Stress im Studium

Bedeutung gesundheitsrelevanter Lebensstile

Dipl. Sportwiss. Carolin Waltert

Dissertation zur Erlangung
des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. phil.)
im Fach Sportwissenschaft

eingereicht am
Department Sport und Gesundheit
Fakultät für Naturwissenschaften
Universität Paderborn

Erstgutachterin: Prof. Dr. Miriam Kehne (Universität Paderborn)
Zweitgutachter: Prof. Dr. Hans-Peter Brandl-Bredenbeck (Universität Augsburg)

Paderborn, den 11. April 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Problemstellung	1
2	Gesundheit, Stress und Lebensstil – fachwissenschaftliche Grundlagen.....	6
2.1	<i>Gesund sein vs. sich gesund fühlen – Gesundheit als hypothetisches Konstrukt</i>	8
2.1.1	Gesundheit – erste Begriffsbestimmung	9
2.1.2	Historische Entwicklungslinien: vom pathogenetischen zum salutogenetischen Gesundheitsverständnis.....	11
2.1.3	Determinanten von Gesundheit.....	23
2.1.4	Zwischenfazit zum Thema Gesundheit	26
2.2	<i>Stress haben vs. sich gestresst fühlen – Stress als hypothetisches Konstrukt.....</i>	28
2.2.1	Stress – erste Begriffsbestimmungen.....	29
2.2.2	Historische Entwicklungslinien: vom biologisch-physiologischen zum transaktionalen Stresskonzept.....	31
2.2.3	Determinanten zur Entstehung von Stress	37
2.2.4	Zwischenfazit zum Thema Stress.....	39
2.3	<i>Gesundheit und Stress.....</i>	40
2.3.1.1	Stress und physische, psychische und soziale Gesundheit	41
2.3.1.2	Ressourcen in der Stress-Gesundheits-Beziehung.....	44
2.3.1.3	Zwischenfazit zur Stress-Gesundheits-Beziehung	48
2.4	<i>Einen speziellen Stil leben: gemeinsam individuell sein – Lebensstil als hypothetisches Konstrukt</i>	49
2.4.1	Lebensstil – erste Begriffsbestimmungen.....	50
2.4.2	Historische Entwicklungslinien: von Klassen-, Schicht- und Milieukonzepten zur Lebensstilforschung	51
2.4.3	Determinanten zur Entstehung von Lebensstilen	64
2.4.4	Zwischenfazit zum Thema Lebensstil.....	66
2.5	<i>Lebensstil, Gesundheit und Stress.....</i>	67
2.5.1	Gesundheit und Lebensstil – das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile	68
2.5.2	Gesundheitsrelevantes Verhalten als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile	70
2.5.2.1	Bewegung und Sport.....	72
2.5.2.2	Inaktivität bzw. sitzende Lebensweise.....	73
2.5.2.3	Ernährungsverhalten	74
2.5.2.4	Rauchen.....	77
2.5.2.5	Alkoholkonsum.....	78

2.5.3	Zwischenfazit zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile	79
2.5.4	Gesundheitsrelevantes Verhalten und Stress	79
2.6	<i>Bilanzierung: Gesundheit, Stress und Lebensstil</i>	81
3	Gesundheit, Stress und Lebensstile von Studierenden im Setting Hochschule	84
3.1	<i>Die Hochschule im Fokus der Gesundheitsförderung</i>	85
3.2	<i>Studierende zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: das Konzept des „Emerging Adulthood“</i> ...	90
3.3	<i>Studierende und Lebensstil: Chancen und Risiken der Transition</i>	94
3.4	<i>Studierende zwischen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen</i>	95
3.4.1	Studierende im Fokus wissenschaftlicher Forschung	95
3.4.2	Studierendengesundheit in Deutschland bis zur Durchführung der GriPs-Datenerhebung in 2010	101
3.4.3	Weitere Forschungsergebnisse zur Studierendengesundheit in Deutschland in den Jahren 2011-2021	112
3.5	<i>Bilanzierung: Gesundheit, Stress und Lebensstile von Studierenden im Setting Hochschule</i>	127
4	Forschungsleitende Fragestellungen	130
5	Die empirische Untersuchung: Design und Methodik	131
5.1	<i>Allgemeine Informationen zum Datensatz, zur Datenerhebung und Stichprobenrekrutierung</i>	131
5.2	<i>Das Erhebungsinstrumentarium</i>	132
5.2.1	Die personenbezogenen Daten	133
5.2.2	Die Instrumente zur Erfassung der Stress-Gesundheits-Beziehung	135
5.2.2.1	Subjektiver Gesundheitszustand	136
5.2.2.2	Globales Stressempfinden im Studium	138
5.2.2.3	Studiumsbezogene Selbstwirksamkeit als personale Ressource	138
5.2.2.4	Wahrgenommene soziale Unterstützung als soziale Ressource	138
5.2.3	Die erfassten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen	139
5.2.3.1	Körperlich-sportliche Aktivität	140
5.2.3.2	Ernährungsverhalten	141
5.2.3.3	„Inaktive Sitzzeit“ über Medienkonsum	142
5.2.3.4	Substanzkonsum	143
5.3	<i>Die Stichprobenbeschreibung</i>	143
5.4	<i>Vorgehen und Verfahren zur Datenauswertung</i>	146
5.4.1	Grundlegende Informationen zum Datensatz und seiner Aufbereitung	146

5.4.2	Deskriptive Auswertung und statistische Kennwerte	147
5.4.3	Kontingenzanalyse mittels Pearson Chi-Quadrat-Test.....	148
5.4.4	Die einfaktorielle Varianzanalyse für unabhängige Stichproben.....	149
5.4.5	T-Test für unabhängige Stichproben	153
5.4.6	Die hierarchische Clusteranalyse	154
5.4.7	Die multiple lineare Regression.....	158
6	Darstellung der Ergebnisse.....	161
6.1	<i>Gesundheit, Stress und Ressourcen der Paderborner Studierenden.....</i>	<i>161</i>
6.1.1	Subjektiver Gesundheitszustand	161
6.1.2	Globales Stressempfinden im Studium	164
6.1.3	Personale und soziale Ressourcen	165
6.2	<i>Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Teil studentischer Lebensstile.....</i>	<i>167</i>
6.2.1	Bewegung und Sport.....	167
6.2.2	Ernährungsverhalten	168
6.2.3	„Inaktive Sitzzeit“ über Medienkonsum.....	169
6.2.4	Substanzkonsum.....	171
6.3	<i>Studentische Lebensstile und ihr Zusammenhang mit Gesundheit, Stress und Ressourcen.....</i>	<i>173</i>
6.3.1	Identifikation und Deskription	173
6.3.2	Gesundheitsrelevante Lebensstile und subjektiver Gesundheitszustand	178
6.3.3	Gesundheitsrelevante Lebensstile und globales Stressempfinden	179
6.3.4	Gesundheitsrelevante Lebensstile und personale und soziale Ressourcen.....	179
6.4	<i>Zusammenhangsmuster innerhalb der Cluster: personale und soziale Ressourcen sowie Stressempfinden im Hinblick auf den Gesundheitszustand.....</i>	<i>180</i>
6.4.1	„Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ (Cluster 1)	181
6.4.2	„Die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ (Cluster 2)	182
6.4.3	„Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ (Cluster 3)	183
6.4.4	„Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Cluster 4)	184
7	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	186
7.1	<i>Themenkomplex 1: Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden an der Universität Paderborn</i>	<i>186</i>
7.2	<i>Themenkomplex 2: Studentische Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit, Stress und Ressourcen</i>	<i>194</i>

7.3	<i>Themenkomplex 3: Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand.....</i>	199
8	Abschließende Bilanz	202
8.1	<i>Reflexion des methodischen Vorgehens</i>	203
8.2	<i>Abgeleitete Konsequenzen für die Praxis.....</i>	208
8.3	<i>Künftige Forschungsperspektiven und Ausblick.....</i>	210
9	Literaturverzeichnis	213
Anhang	239

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Grafische Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky (aus Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)	16
Abb. 2. Von Hurrelmann und Richter (2013, S. 126) stark vereinfachte grafische Darstellung des Salutogenese Modells von Antonovsky (1979, S. 184-185)	19
Abb. 3. Grafische Darstellung des Sozialisationsmodells von Hurrelmann (aus Hurrelmann & Richter, 2013, S. 133).....	21
Abb. 4. Determinanten von Gesundheit in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead (1991) (zitiert nach Richter & Hurrelmann, 2011, S. 45).....	24
Abb. 5. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (aus Franke, 2012, S. 122).....	34
Abb. 6. Die schematisch dargestellte Stress-Gesundheits-Beziehung mit Fokus auf die direkten und indirekten Auswirkungen von Stress auf den Gesundheitszustand des Menschen (aus Franke, 2012, S. 127).....	43
Abb. 7. Lebensstil nach Max Weber (zitiert nach Abel, 1999, S. 46).....	65
Abb. 8. Grafische Darstellung des Konzepts gesundheitsrelevanter Lebensstile (aus Abel, 1992, S. 125-126).....	69
Abb. 9. Aktualisierte Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen 2020 (aus AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2020).....	87
Abb. 10. Der subjektive Gesundheitszustand der Paderborner Studierenden (n = 1.829).....	162
Abb. 11. Das globale Stressempfinden der Paderborner Studierenden (n = 1.829)	164
Abb. 12. Die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit der Paderborner Studierenden (n = 1.829)	165
Abb. 13. Die wahrgenommene soziale Unterstützung der Paderborner Studierenden (n = 1.829).....	166
Abb. 14. Das Ernährungsverhalten der Paderborner Studierenden gemessen über den Ernährungsmusterindex (n = 1.829).....	169
Abb. 15. Der Nikotinkonsum der Paderborner Studierenden (n = 1.829).....	171
Abb. 16. Der Alkoholkonsum der Paderborner Studierenden (n = 1.829)	172
Abb. 17. Clusterzentren der Vier-Cluster-Lösung in der Paderborner Stichprobe.....	174
Abb. 18. Verteilung der Studierenden auf die Cluster	174
Abb. 19. Ellbow-Kriterium zur Bestimmung der Cluster	258

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.	<i>Beispielhafte Widerstandsressourcen (modifiziert nach Franke, 2018, S. 878)</i>	17
Tab. 2.	<i>Gruppen negativer Stressoren (aus Franzkowiak & Franke, 2018, S. 967-968)</i>	37
Tab. 3.	<i>Wirkungen sozialer Unterstützung: aktuell bestehende wissenschaftliche Ansätze (aus Franzkowiak, 2018f, S. 926-927)</i>	46
Tab. 4.	<i>Modifizierte Übersicht der Konzeptualisierungen verschiedener Ausrichtungen der Lebensstilforschung (aus Otte & Rössel, 2011, S. 16)</i>	62
Tab. 5.	<i>Die Orientierungswerte für Erwachsene für eine vollwertige Ernährung – angelehnt an den Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (aus Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2014, S. 26; Hervorhebungen durch den Herausgeber)</i>	76
Tab. 6.	<i>Entwicklungsaufgaben in Anlehnung an Havighurst (1972 zitiert nach Oerter & Dreher, 2008, S. 281)</i>	91
Tab. 7.	<i>Entwicklungsaufgaben von Studierenden auf drei Ebenen: (1) modifiziert für das emerging adulthood (in Anlehnung an Oerter & Dreher, 2008, S. 281); (2) abgeleitet aus der Transitionsforschung für den Zeitpunkt des Beginns eines Studiums; (3) differenziert in zusätzliche Entwicklungsaufgaben, die sich an den einzelnen Phasen im Studium orientieren</i>	92
Tab. 8.	<i>Übersicht nationaler Studien für die Zielgruppe der Studierenden</i>	96
Tab. 9.	<i>Übersicht standortübergreifender Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Hochschulen</i>	102
Tab. 10.	<i>Gesundheitstypen auf Basis gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Kognitionen (modifiziert nach Allgöwer, 2000, S. 110-111)</i>	108
Tab. 11.	<i>Übersicht ausgewählter hochschulstandortspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten bis 2010</i>	110
Tab. 12.	<i>Studentische Lebensstiltypen auf Basis von drei ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Brandl-Bredenbeck et al., 2013, S. 127-128)</i>	113
Tab. 13.	<i>Übersicht nationaler Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Hochschulen im Zeitraum 2011 bis aktuell</i>	114
Tab. 14.	<i>Personenbezogene Inhalte der Merkmalsstichprobe</i>	133
Tab. 15.	<i>Gesundheits- und stressrelevante Themenkomplexe der Merkmalsstichprobe</i>	136
Tab. 16.	<i>Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Merkmalsstichprobe</i>	140
Tab. 17.	<i>Die Personenstichprobe</i>	144

Tab. 18. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum physischen Gesundheitszustand hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	163
Tab. 19. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum psychischen Gesundheitszustand hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	163
Tab. 20. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum globalen Stressempfinden im Studium hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen	165
Tab. 21. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen	166
Tab. 22. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	167
Tab. 23. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur Alltagsaktivität hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen	168
Tab. 24. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur Sportaktivität hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen	168
Tab. 25. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum Ernährungsverhalten hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	169
Tab. 26. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum täglichen Medienkonsum gemessen in Stunden hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	170
Tab. 27. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels Chi ² -Test zum Nikotinkonsum hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	172
Tab. 28. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels Chi ² -Test zum Alkoholkonsum hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen.....	173
Tab. 29. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum physischen Gesundheitszustand hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit	179
Tab. 30. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum psychischen Gesundheitszustand hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit	179

Tab. 31. <i>Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum globalen Stressempfinden im Studium hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit</i>	179
Tab. 32. <i>Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zur studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit</i>	180
Tab. 33. <i>Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit</i>	180
Tab. 34. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 1</i>	181
Tab. 35. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 1</i>	182
Tab. 36. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 2</i>	182
Tab. 37. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 2</i>	183
Tab. 38. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 3</i>	183
Tab. 39. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 3</i>	184
Tab. 40. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 4</i>	185
Tab. 41. <i>Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 4</i>	185
Tab. 42. <i>Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf Basis des Merkmals Geschlecht</i>	191

Tab. 43. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf Basis der Merkmale Bildungsherkunft und zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen.....	193
Tab. 44. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress und Ressourcen auf Basis der Clusterzugehörigkeit	197
Tab. 45. Zusammenfassende Darstellung der Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress bezogen auf den psychischen Gesundheitszustand (SW = Selbstwirksamkeit, soz. U. = wahrgenommene soziale Unterstützung, Stress = globales Stressempfinden (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$))	200
Tab. 46. Zusammenfassende Darstellung der Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress bezogen auf den physischen Gesundheitszustand (SW = Selbstwirksamkeit, soz. U. = wahrgenommene soziale Unterstützung, Stress = globales Stressempfinden (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$))	201
Tab. 47. Übersicht ausgewählter studiumsphasen- und zielgruppenspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten	242
Tab. 48. Bivariate Korrelationen zwischen den in die Clusteranalyse einbezogenen z-transformierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.....	258

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule
ALK	Alkoholkonsum
AlltagsA	Alltagsaktivität
AV	Abhängige Variable
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CV	Cramers V
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
EMI	Ernährungsmusterindex
GriPs	Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren
HEDE	Health-Disease
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KGH	Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschule
MED_InA	Inaktive Sitzzeit über Medienkonsum
NGH-NRW	Netzwerk Gesunde Hochschulen NRW
PC	Personal Computer
R_NR	Nikotinkonsum
RKI	Robert Koch-Institut
SpoA	Sportaktivität
TV	Fernseher
UV	Unabhängige Variable
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung und Problemstellung

Das Studium galt lange Zeit besonders auf gesellschaftlicher Ebene als die schönste Zeit des Lebens. Zumeist wurden – besonders in der retrospektiven Betrachtung dieses Lebensabschnitts – viele Freiräume, ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, völlige Unbeschwertheit zwischen ausgelassenen Freizeitaktivitäten und wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit selbst gewählten Themeninhalten sowie hoher Selbstbestimmung im Alltag der Studierenden betont. Es handelte sich um Vorstellungen, die mit vielversprechenden Assoziationen hinsichtlich der Lebenswelt der jungen Akademikerinnen und Akademiker¹ in Verbindung gebracht und im Sinne der Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit der Studierenden als Chancen angesehen wurden.

Auch in der gegenwärtigen Betrachtung des Studiums ist es nicht unüblich, dass populärwissenschaftliche Veröffentlichungen nach wie vor eine unvergessliche Zeit versprechen, die mit Erfolg und Gelassenheit einhergehen: „Endlich Studium!: Das Handbuch für die beste Zeit deines Lebens“ (Kersting & Appenzeller, 2012, Titelblatt), „Dein Top-Studium. So studierst du schnell, erfolgreich und gelassen“ (Proksch, 2012, Titelblatt), „Der Studi-Survival-Guide. Erfolgreich und gelassen durchs Studium“ (Krengel, 2012, Titelblatt) oder „Die Studentebibel: Die Pflichtlektüre für dein Studium und die beste Zeit deines Leben“ (Czopnik & Köhler, 2020) weisen auf einen einzigartigen, scheinbar unbeschwerten und einfach zu absolvierenden Lebensabschnitt auf dem Weg ins Berufsleben hin.

Konträr zu dieser im Volksmund immer noch weit verbreiteten Auffassung vom Hochschulstudium entstand in den letzten gut 20 Jahren ein verändertes Bild: Wird die Situation von Studierenden an Hochschulen besonders seit der Umstellung des universitären Bildungsprozesses durch die Bologna-Reform im Jahr 1999 (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2020) betrachtet, scheint der bisher vorherrschende Eindruck vom Studium als finale, ungezwungene und im Vergleich zum Berufsleben vergleichsweise entspannte Phase vor dem Beginn „des Ernst des Lebens“ seine Gültigkeit verloren zu haben. In den letzten gut zwei Dekaden hat die Anzahl der Besorgnis erregenden Berichte und Schlagzeilen über die Situation an deutschen Hochschulen sowie die vermeintlich gestiegenen Belastungen im Studium inklusive der daraus potentiell resultierenden negativen Beeinflussungen der Gesundheit der Studierenden zugenommen. Zitate wie die Folgenden prägen seit mehreren Jahren regelmäßig die mediale Berichterstattung:

¹ Die vorliegende Arbeit verwendet grundsätzlich das generische Maskulinum. Ziel ist die sprachliche Vereinfachung und die bessere Lesbarkeit des vorliegenden Textes. Die Inhalte implizieren aber gleichermaßen die weibliche und diverse Form. An den Stellen, an denen ausschließlich das weibliche Geschlecht im Fokus steht, wird dieses durch die Verwendung der weiblichen Form deutlich gemacht.

- „Studium macht krank“ (Dreisbach, 2008, S. 2),
- „Stress in der Uni. Studieren bis zur Erschöpfung“ (F. Meyer, 2010, 26. August),
- „Stress im Studium: Die entspannten Jahre sind vorbei“ (Konieczny, 2011, 03. Mai),
- „Wer studiert, wird therapiert“ (Spiegel online, 2012, 13. Juni),
- „Studenten am Rande des Nervenzusammenbruchs. Angststörungen, Depressionen, Burn-out: Immer mehr Studenten wächst das Studium über den Kopf“ (Meuter, 2014, 09. Juli),
- „Psychische Krisen im Studium: Studenten leiden unter Stress“ (Ustorf, 2015, 13. November),
- „Studenten unter Stress: Gut die Hälfte spürt massiven Druck“ (FAZ.NET, 2016, 10. Oktober),
- „Generation Stress. Studenten sind häufiger gestresst als Erwerbstätige“ (Werner-Staude, 2017, 11. April),
- „Viel Stress, zu viel Alkohol“ (U. Götz, 2017, 26. April),
- „Weinend in der Uni-Bibliothek - Macht Stress im Studium krank?“ (Maleike, 2018, 17. März) oder
- „Ängste, Depressionen, Studienabbruch – Wenn Studenten psychisch krank werden“ (Rößler, 2019, 06. Oktober)

Diese Schlagzeilen heben die gesundheitliche Situation der Studierenden hervor und rücken potentielle gesundheitsbeeinflussende Konsequenzen des Studiums in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Trotz häufig zu findender semantischer Pointierung basieren die skizzierten Szenarien oftmals auf empirisch fundierten Ergebnissen. Seit Ende der neunziger Jahre ist die Anzahl der Studien zur Studierendengesundheit und vor allem zur psychischen Situation kontinuierlich gestiegen. Sie belegen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven, dass die aufgrund ihres Alters vermeintlich als gesund erachtete Statusgruppe der jungen Akademiker gesundheitsbeeinträchtigende Probleme im körperlichen und vor allem im psychischen Bereich haben. Trotz überwiegend als (sehr) gut eingeschätztem allgemeinen Gesundheitszustand, sind bis zu 50% der Studierenden in Deutschland sehr gestresst. Die Studenten berichten von zahlreichen Stressoren innerhalb und außerhalb der Hochschule (AOK-Bundesverband, 2016) und nennen zahlreiche physische und psychische Beschwerden, mit denen sie im Alltag umgehen müssen (Grützmaker et al., 2018). Auch die Auswertung von Routinedaten der Techniker Krankenkasse zu Arzneimittelverordnungen, ambulanter ärztlicher Versorgung sowie Diagnosen spiegeln die Probleme besonders im psychischen Bereich wider: So konsultierten Studierende im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen, die sich nicht im Studium befinden, häufiger psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Nervenheilkunde. Darüber hinaus wurden unter den Studierenden häufiger „afektive Störungen“, „depressive Episoden“ sowie „andere Angststörungen“ diagnostiziert. Schließlich konnte in der vertiefenden Auswertung zu Antidepressiva gezeigt werden, dass ihre Verordnungsrate in der studentischen Population innerhalb von acht Jahren um 57% gestiegen ist (Techniker Krankenkasse, 2015a).

Die Studien zeigen zudem, dass das gesundheitsbezogene Verhalten der Studierenden unterschiedlich ist. So achten die jungen Akademiker unterschiedlich stark auf ausreichende körperliche Aktivität (Grützmaker et al., 2018, S. 100) bzw. sind auf unterschiedlichem Niveau sportlich aktiv (Stock et al., 1997, S. 243): Die Spannweite geht hier von den nicht sportlich Aktiven bis hin zu den Intensivsportlern (Göring & Möllenbeck, 2010). Auch beim Thema Ernährung zeigen die Studenten unterschiedliche Verhaltensweisen bezogen auf das Konsumverhalten unterschiedlicher Lebensmittelgruppen (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018). Ferner differiert das studentische Verhalten bezogen auf den Sucht- und Substanzmittelkonsum: Etwa 19% der Studierenden rauchen gelegentlich oder regelmäßig (Grützmaker et al., 2018, S. 111). Gut 40% der Studierenden zeigen einen problematischen Alkoholkonsum (Grützmaker et al., 2018, S. 119). Die Verhaltensweisen differieren u. a. auf Basis des Geschlechts und der Fächergruppenzugehörigkeit.

Diesen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen kommt im Hinblick auf die Gesundheit eine entscheidende Bedeutung zu, denn sie können den Gesundheitszustand der Studierenden direkt und indirekt beeinflussen.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Dissertation an. Sie nimmt die physische und psychische Gesundheit von Studierenden vor dem Hintergrund gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen als Teil gesundheitsbezogener Lebensstile in den Blick und analysiert ihre Bedeutung für die Einschätzung des Gesundheitszustandes und Stressempfindens der Studenten. Personale und soziale Ressourcen, denen im Rahmen der Stressgenese und -bewältigung eine wichtige Rolle zukommt, werden im Kontext der Stress-Gesundheits-Beziehung der jungen Akademiker zusätzlich berücksichtigt.

Eingebettet in sozialisationstheoretische Grundgedanken (Hurrelmann, 2006) werden das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1986) sowie das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile von Abel (1992) als theoretisches Fundament der vorliegenden Dissertation herangezogen, um die komplexen Zusammenhänge von Gesundheit, Stress und Lebensstil aufzuarbeiten und für die vorliegende Arbeit nutzbar zu machen.

Zur Struktur der Arbeit

In Kapitel 2 werden zunächst die fachwissenschaftlichen Grundlagen zu den Konstrukten Gesundheit, Stress und Lebensstil erarbeitet, um in die theoretischen Bezugskonzepte der vorliegenden Dissertation einzuführen. Aufgrund der hohen Komplexität aller drei Einzelbegriffe erfolgt zuerst eine systematische Auseinandersetzung mit jedem einzelnen. Anschließend werden sie nacheinander zusammengeführt: Die Aufarbeitung beginnt mit dem Gesundheitsbegriff. In einem ersten Schritt erfolgt unter historisch-chronologischer Perspektive die Darstellung verschiedener Gesundheitsdefinitionen, um auf Basis ihrer Inhalte das für diese Dissertation herangezogene Gesundheitsverständnis vorzustellen. Im Mittelpunkt stehen die Inhalte des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses sowie das auf die Gesundheitsthematik übertragene Sozialisationsmodell nach Hurrelmann

(2006), welches der vorliegenden Arbeit als Rahmentheorie zugrunde gelegt wird. Anschließend werden die vielfältigen Determinanten von Gesundheit erarbeitet, die den Gesundheitszustand der Menschen – in diesem Fall der Studierenden – beeinflussen können.

In einem zweiten Schritt wird aus vornehmlich psychologischer Perspektive der Begriff Stress aufgearbeitet. Dazu werden auch in diesem Abschnitt verschiedene Begriffsverständnisse nebeneinander dargestellt, bevor das für diese Arbeit relevante transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1986) beschrieben wird. In diesem Kontext wird die besondere Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen für den Bewertungs- und Bewältigungsprozess verdeutlicht und Determinanten zur Entstehung von Stress – die so genannten Stressoren – präsentiert. In einem dritten Schritt erfolgt das Zusammenführen der ersten zwei Begriffe. Die direkten und indirekten Zusammenhänge der Stress-Gesundheits-Beziehung werden dargestellt.

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Lebensstilbegriff aus vornehmlich soziologischer Perspektive. Auch hier wird in historisch-chronologischer Sicht die Entstehung der Lebensstilforschung mit ihren unterschiedlichen Konzeptionen zum Begriffsverständnis nachgezeichnet, um die für die vorliegende Arbeit relevante Definition von Otte und Rössel (2011) vorzustellen. Auch an dieser Stelle werden Determinanten zur Entstehung von Lebensstilen angeführt. Schließlich erfolgt eine Zusammenführung des Lebensstilbegriffs mit Gesundheit und Stress: Die Verbindung von Gesundheit und Lebensstil wird über die Theorie gesundheitsrelevanter Lebensstile von Abel (1992, 1999) hergestellt, wobei – mit Rückbezug auf die Auseinandersetzung mit den Einzelbegriffen von Gesundheit und Lebensstil – den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung beigemessen wird. So werden ausgewählte Verhaltensweisen anschließend aufgegriffen und hinsichtlich ihrer Empfehlungen im Rahmen der Gesundheitsförderung vorgestellt. Schließlich werden auch die Verbindungen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile – und Stress aufgearbeitet. Mit dieser umfangreichen Auseinandersetzung mit allen drei Konstrukten sowie ihrer Verbindung untereinander wird der erste Grundstein des theoretischen Rahmens der vorliegenden Dissertation gelegt.

Im sich anschließenden Kapitel 3 richtet sich der Blick auf die Studierenden im Setting Hochschule. Einleitend wird die Notwendigkeit einer grundsätzlichen, settingspezifischen Gesundheitsförderung dargestellt. Anschließend wird das Studium – in Anlehnung an das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) – zuerst unter entwicklungspsychologischer Perspektive betrachtet und studiumsspezifische Entwicklungsaufgaben erarbeitet, die als mögliche Stressoren einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Studierenden besitzen können. Darüber hinaus wird die Entstehung und Entwicklung von Lebensstilen aus der Perspektive der Transitionsforschung beleuchtet, um Aussagen über die Veränderbarkeit von studentischen Lebensstilen treffen zu können.

Schließlich folgt die Aufarbeitung des Forschungsstands zur physischen und psychischen Gesundheit, zu Ressourcen und ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile – von Studierenden. Das Kapitel schließt mit einer Bilanzierung, in dessen Rahmen weitere Ansatzpunkte des theoretischen Rahmens spezifiziert werden.

Aufbauend auf den beiden Theoriekapiteln zur Konstruktion des theoretischen Rahmens der vorliegenden Dissertation werden in Kapitel 4 die handlungsleitenden Forschungsfragen formuliert.

Im fünften Kapitel werden das Design und die Methode der empirischen Untersuchung beschrieben. Es werden allgemeine Informationen zum Datensatz, zur Datenerhebung und Stichprobenrekrutierung angeführt, da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Sekundäranalyse eines bereits bestehenden Datensatzes handelt (vgl. Kapitel 5.1). Anschließend werden die Erhebungsinstrumentarien und die Stichprobe beschrieben. Es folgt die Beschreibung der zur Beantwortung der Forschungsfragen eingesetzten statistischen Verfahren. Kapitel 6 beinhaltet die Darstellung der Ergebnisse: Diese werden, angelehnt an die Gliederung der Fragestellungen, in einem Dreischritt präsentiert. Dem gleichen Aufbau folgend werden im sich anschließenden siebten Kapitel die Forschungsfragen beantwortet und die Ergebnisse auf Basis des Erarbeiteten diskutiert. Dies erfolgt über den Rückbezug auf den theoretischen Rahmen der Kapitel 2 und 3 sowie mit Blick auf den aufgearbeiteten Forschungsstand.

Kapitel 7 beschließt die vorliegende Dissertation mit einer abschließenden Bilanz. Diese beinhaltet zum einen eine Zusammenfassung, die Reflexion des methodischen Vorgehens, die Ableitung von Konsequenzen für die Praxis der settingspezifischen Gesundheitsförderung sowie die Darstellung eines Ausblicks mit künftigen Forschungsperspektiven.

2 Gesundheit, Stress und Lebensstil – fachwissenschaftliche Grundlagen

Die Themen Gesundheit, Stress und Lebensstil sind aus dem Kontext der Betrachtung der heutigen Gesellschaft nicht mehr weg zu denken. Gesundheit gilt soziologisch betrachtet seit mehreren Jahrzehnten als so genannter Megatrend², der sowohl auf gesamtgesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene große Bedeutung erlangt hat. Im Zusammenhang mit dem Begriff Stress finden sich die beiden Termini in unterschiedlichen Kontexten und Diskussionen wieder und sind dabei aus verschiedenen Perspektiven omnipräsent: in der *Politik*, wenn es auf Basis demografischer Entwicklungen und des sozialen Wandels um gesamtgesellschaftliche Belange im Gesundheitswesen geht (z. B. Reformen und Gesetze, medizinische und pflegerische Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleich- und Ungleichheit); in der *Wirtschaft* und in den *Medien*, wenn die als gesundheitsrelevant und stressreduzierend suggerierten Produkte und Konsumgüter, (Freizeit-)Angebote, Reisen, Sport- und Fitnessgeräte, mobilen Applikationen (Apps) und Internetpräsenzen vermarktet werden. Im *Bildungswesen*, wenn die Schaffung gesundheitsförderlicher Lernwelten, die Einrichtung gesunder Bildungsinstitutionen sowie die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenzen aller in den verschiedenen Settings Aktiven im Mittelpunkt stehen oder in der *Berufswelt*, wenn die betriebliche Gesundheitsförderung bzw. das betriebliche Gesundheitsmanagement thematisiert und gesunde Mitarbeiter und Unternehmen forciert werden. All diese Bereiche tangieren letztlich den *Alltag der Menschen*. Die hier zu beobachtende gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, der Fokus auf die Bereiche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude sowie die zum Teil erhöhte Aufmerksamkeit auf einen leistungsfähigen und „funktionierenden“ Körper spiegelt dabei die präferierte Vorstellung eines gesunden, nicht gestressten oder gar kranken Menschen wieder und scheint auf individueller Ebene für viele Bürger eine wichtige Rolle zu spielen.

Dennoch belegen zahlreiche empirische Untersuchungen, dass Menschen aller Altersgruppen in ihrer Gesundheit bzw. in einzelnen Bereichen dieser beeinträchtigt sind und sich im Leben gestresst fühlen (Froböse et al., 2018; Hapke et al., 2013; Lampert et al., 2018; Robert Koch-Institut, 2014; Swiss Life Deutschland & YouGov Deutschland, 2020, 18. November; Techniker Krankenkasse, 2013, 2016). Auch in der Studierendenschaft lässt sich dieses Phänomen beobachten: zielgruppenspezifische Studien zeigen, dass sich die junge, vermeintlich gesunde Bevölkerungsgruppe hinsichtlich ihrer Gesundheit bzw. einzelner Facetten dieser negativ beeinflusst

² Wopp (2006) definiert verschiedene Trendformen auf Basis der Merkmale Wirkungsdauer und Wirkungsbreite, wobei die Wirkungsbreite die Popularität bzw. Beeinflussung eines Themengebiets bezogen auf viele gesellschaftliche Bereiche – beispielsweise Bevölkerungsgruppen, Konsumgüter, Technologien, Politik, Kommunikation – beschreibt. Die Wirkungsdauer rekuriert auf einen gewissen Zeitraum – angefangen von wenigen Wochen bzw. Monaten bis hin zu mehreren Jahren (S. 14f.). Megatrends sind in diesem Kontext „Entwicklungen mit langer Wirkungsdauer und großer Wirkungsbreite“ (S. 16). Konkret schlägt Wopp (2006) das Thema Gesundheit in diesem Bereich vor. Auch das Zukunftsinstitut (Mühlhausen, 2021) benennt Gesundheit als einen solchen Megatrend (von aktuell insgesamt zwölf Megatrends) und ordnet sie sogar als „Schlüsselressource der Zukunft“ (HEAG Holding AG – Beteiligungsmanagement der Wissenschaftsstadt Darmstadt, 2012, S. 3) ein.

fühlt. Die jungen Akademiker geben an, von verschiedenen Situationen, Anforderungen und Aufgaben im und um das Studium herum gestresst zu sein, was sich in vielfältigen physischen und psychischen Beschwerden äußert (AOK-Bundesverband, 2016; Grobe et al., 2018; Grützmaker et al., 2018; Jawurek & Grobe, 2007; Lutz-Kopp et al., 2019; Techniker Krankenkasse, 2015a, 2015b). Diese angedeutete Ambivalenz von der grundsätzlichen Präsenz der Thematiken Gesundheit und Stress im Alltag der Bevölkerung und dem tatsächlichen Gesundheitszustand bzw. Stresslevel unterstreicht die notwendige Auseinandersetzung mit den beiden Themen. Besonders der Begriff Lebensstil spielt im Kontext der Diskussion um Gesundheit und Stress eine wichtige Rolle. Der Terminus wird beispielsweise in der *Politik* verwendet, um gesundheitliche Ungleichheiten zu erklären und das Ziel einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung – die Förderung gesunder Lebensstile und die Schaffung gesunder Lebenswelten – umzusetzen. Die *Medizin* nutzt Lebensstile, um die Ätiologie von unterschiedlichen Krankheiten zu untersuchen und Begründungen für einzelne Schutz- bzw. Risikofaktoren oder Kausalzusammenhänge zu eruieren. Die *Gesundheitswissenschaften* greifen auf Lebensstile zurück, um sich u. a. mit Einstellungen, Verhaltensweisen und Orientierungen der Individuen zu beschäftigen, die einen möglichen Einfluss auf die individuelle und kollektive Gesundheit besitzen. Dabei werden den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Ressourcen des Individuums im Kontext der Entstehung und Beeinflussung von Gesundheit sowie der Vermeidung von Stress eine wichtige Bedeutung beigemessen: so gilt es als empirisch belegt, dass gesundheitsbezogenes Verhalten, wie Bewegung und Sport, Ernährung, eine sitzende Lebensweise, als auch der Nikotin- und Alkoholkonsum gesundheitsbeeinflussende Wirkungen zugeschrieben werden (Faltermaier, 2018; Gerber & Schilling, 2018; Rapp & Klein, 2020; Salewski & Opwis, 2018; World Health Organization, 2020b). Sie alle zählen in ihrer negativen Ausprägung – also dem Nikotin- und (übermäßigen) Alkoholkonsum, körperlicher Inaktivität und Mangel-, Fehl- und Überernährung – zu den von der World Health Organisation (WHO) veröffentlichten globalen Risikofaktoren für die Inzidenz von Krankheiten sowie einer gestiegenen Mortalität (World Health Organization, 2009; vgl. auch Salewski & Opwis, 2018). Stress kann in diesem Kontext dazu führen, dass sich „gesunde“ Verhaltensweisen in Stresssituationen in gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen ändern und die Entstehung von Krankheiten begünstigen. Auch den personalen und sozialen Ressourcen des Individuums werden Potenziale für Gesundheit und Stress zugesprochen: Sie können als Puffer gegen Stress wirksam werden, besitzen eine hohe Relevanz im Bewältigungsprozess und fördern beim Vorhandensein von Ressourcen die Gesundheit.

An dieser Stelle setzt das erste Theoriekapitel der vorliegenden Dissertation an. Es liefert einen fachwissenschaftlichen Überblick über Theorien, Modelle und Konzeptionen zu den drei Termini Gesundheit, Stress und Lebensstil und zeigt ihre komplexen Zusammenhänge im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention auf. Nacheinander werden in historisch-chronologischer Perspektive das gegenwärtige Gesundheits- und

Stressverständnis aufgearbeitet (vgl. Kapitel 2.1, 2.2): Zu beiden Begriffen erfolgt jeweils eine thematische Auseinandersetzung über (1) die Ableitung der etymologischen Wortbedeutung, (2) die Darstellung grundsätzlicher Annahmen aus Standardwerken sowie (3) die inhaltliche Begriffsbestimmung auf Basis (gesundheits-)wissenschaftlicher Handbücher und Fachveröffentlichungen. Anschließend werden die beiden Begriffe mit Blick auf die Krankheitsentstehung zusammengeführt und Verbindungen zueinander aufgezeigt (vgl. Kapitel 2.3). Es werden die Zusammenhänge von Gesundheit und Stress konkreter herausgestellt und die besondere Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen in der Stress-Gesundheits-Beziehung aufgearbeitet.

In einem weiteren Schritt erfolgt anschließend die fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begriff Lebensstil aus vornehmlich soziologischer Perspektive. Das dreischrittige Vorgehen aus den Kapiteln 2.1 und 2.2 wird aufgegriffen, um die historische Entwicklung der Lebensstilforschung nachzuzeichnen und die lebensstilrelevanten Merkmale herauszuarbeiten (vgl. Kapitel 0). Anschließend werden die Zusammenhänge von Gesundheit, Stress und Lebensstil in zwei Schritten erarbeitet (vgl. Kapitel 2.5): Zuerst wird die Verbindung von Gesundheit und Lebensstil über die Vorstellung des Konzepts gesundheitsrelevanter Lebensstile präzisiert und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als prominenter Teil von Lebensstilen im Hinblick auf ihre gesundheitsrelevante Bedeutung aufgearbeitet. Anschließend werden die Zusammenhänge dieser gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mit Stress beschrieben. In einem letzten Schritt werden resümierend die wichtigsten Erkenntnisse in Form einer Bilanzierung bündig zusammengefasst (vgl. Kapitel 2.6).

2.1 Gesund sein vs. sich gesund fühlen – Gesundheit als hypothetisches Konstrukt

„Gesundheit ist unser höchstes Gut“ – diese bekannte Redewendung spielt in der heutigen modernen Technologiesellschaft eine große Rolle, denn Gesundheit und gesund sein gelten heute mehr denn je als zwei hohe Prioritäten im Leben vieler Menschen. Mit einer fast selbstverständlichen Überzeugung streben viele Menschen eine hohe Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen, die Intaktheit ihres Körpers, eine Ausgeglichenheit auf emotionaler und psychischer Ebene sowie stabile soziale Beziehungen an. Die beiden Begrifflichkeiten *Gesundheit* und *gesund sein* haben Einzug in den Alltag der Bevölkerung erhalten, wenn es darum geht die eigene Verfassung bzw. das individuelle Befinden zu beschreiben oder Motive für persönliches Handeln zu erklären. Doch so selbstverständlich wie Äußerungen zum eigenen Gesundheitszustand und -empfinden getroffen werden, so subjektiv geprägt ist ihr Inhalt. Umso wichtiger ist es für die vorliegende Arbeit, eine theoretisch fundierte Ausgangssituation zum Begriffsverständnis zu schaffen.

Dieses erste Teilkapitel legt über die Aufarbeitung des Gesundheitsverständnisses den Grundstein für die notwendige theoretische Rahmenkonzeption der vorliegenden Dissertation. Die folgenden Abschnitte 2.1.1 bis

2.1.4 befassen sich mit der Beantwortung nachstehender Leitfragen: Was ist Gesundheit bzw. wie wird sie definiert? Wie entsteht Gesundheit? Gibt es einen Unterschied zwischen gesund sein und sich gesund fühlen? Was beeinflusst Gesundheit? Wie stehen Gesundheit und Krankheit miteinander in Verbindung?

Ziel dieser Abschnitte ist es, aus der Fülle der vorhandenen Theorien, Konzepte und Modelle, die eine vollständige Rezeption unmöglich machen, relevante Eckpfeiler der historischen Entwicklung vom pathogenetisch verstandenen Gesundheitsbegriff hin zum salutogenetischen Verständnis nachzuzeichnen und inhaltlich gebündelt aufzuarbeiten, um das dieser Arbeit zu Grunde liegende Gesundheitsverständnis zu definieren.

2.1.1 *Gesundheit – erste Begriffsbestimmung*

Zur ersten Annäherung an den Begriff erfolgt ein Blick in ausgewählte Wörterbücher zur Herkunft der deutschen Sprache (Kluge & Seebold, 2011; Pfeifer, 1993a). Die recherchierten Ausführungen geben einen Einblick in die ursprüngliche Etymologie: Gesundheit wird von Kluge und Seybold (2011) als „Abstraktum³“ des Adjektivs gesund bezeichnet (S. 355). Dieses hat seinen Ursprung im 8. Jahrhundert (n. Chr.) und findet sich unter anderem im mittelhochdeutschen Wort gesunt, im althochdeutschen gisunt(i), im mittelniederländischen gesonde bzw. gesont und im westgermanischen *ga-sunda. Zudem kann es „auf schwundstufiges (ig.) *sǵʰu-nt“ (S. 355) zurückgeführt werden. All diese Ursprünge bedeuten so viel wie „mächtig, stark“ (S. 355). Auch Pfeifer (1993a) leitet den Begriff Gesundheit vom Adjektiv ab. „Nicht krank, wohlauf, heilsam“ (S. 442) sind seine zugewiesenen Bedeutungen. Zudem führt er, ähnlich wie Kluge und Seybold (2011), die Herkunft über das althochdeutsche gisunt(i) an, welches er unter anderem mit „stark, nicht krank, unverletzt“ (S. 442) übersetzt. Der daraus abgeleitete Sinn des Substantivs Gesundheit wird mit „Zustand des Gesundseins“ bzw. mit „Unverletztheit“ gleichgesetzt (Pfeifer, 1993a, S. 442). Bereits an dieser Stelle fällt auf, dass Gesundheit über die Übersetzungen ein abstrakter und wenig greifbarer, aber dennoch positiv konnotierter Begriff ist, der einen nicht eindeutig bestimm- baren Zustand beschreibt. Ferner wird der Begriff in beiden Wörterbüchern mehrfach mit dem Terminus Krankheit – häufig als Gegenpol oder sogar als deklariertes Antonym zu Gesundheit – in Verbindung gebracht. Es ist somit notwendig auch diesen Begriff etymologisch zu betrachten: Krankheit wird in den genannten Werken auch vom zugehörigen Adjektiv krank abgeleitet und unter anderem mit folgenden Bezeichnungen verbunden: „nicht gesund, leidend, (...), schwach, (...) kraftlos, klein, schmal, gering, schlecht“ (Pfeifer, 1993a, S. 726; alt-, mittel- und spätmittelhochdeutsches Ursprungswort: kranc). Das Substantiv Krankheit führt Pfeifer (1993a) auf „Krank- sein, körperliche bzw. seelische Störung, Leiden“ (S. 727) zurück und nennt in diesem Zusammenhang eben- falls das mittelhochdeutsche Wort kranchheit, welches so viel wie „Schwäche, Dürftigkeit, Not“ (S. 727) bedeutet.

³ Als Abstraktum wird in der Linguistik (Sprachwissenschaft) ein Substantiv verstanden, welches nichts Gegenständliches be- schreibt (Bibliographisches Institut GmbH, 2020a, Absatz Bedeutungen Nr. 2).

Kluge und Seybold (2011) nutzen ebenfalls die Interpretation der mittel-, althochdeutschen sowie ergänzend der mittelniederdeutschen Herkunft und stimmen mit Pfeifers (1993a) Erläuterungen überein. Krankheit benennen sie im Pendant zur Etymologie von Gesundheit als Abstraktum des Wortes krank, was auf einen sich möglicherweise verändernden, variabel zu erreichenden Zustand hinweist (S. 537). Aus dieser ersten allgemeinen Annäherung lässt sich festhalten, dass sich Krankheit auf einen negativ assoziierten bzw. wenig erstrebenswerten Zustand bezieht und als Komplement zur Gesundheit verwendet wird. Zudem kann sich Krankheit sowohl auf körperliche als auch auf psychische Facetten beziehen, was unter der Annahme, Krankheit sei der Gegenpol zu Gesundheit, ebenfalls für Gesundheit angenommen werden kann.

In einem zweiten Schritt erfolgt die weitere Annäherung an die Termini Gesundheit und Krankheit über den Blick in ausgewählte Standardwerke, wie den Duden in der Online-Ausgabe (Bibliographisches Institut GmbH, 2020c) und die Brockhaus-Enzyklopädie (Zwahr, 2006). In beiden Werken finden sich Ausführungen zu den Begriffen: Gesundheit ist ein „Zustand oder [ein] bestimmtes Maß körperlichen, psychischen oder geistigen Wohlbefindens; [die] Nichtbeeinträchtigung durch Krankheit“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2020c, Abschnitt Bedeutung). Zudem wird sie als „das >>normale<< (bzw. nicht >>ranke<<) subjektive Befinden, Aussehen und Verhalten sowie das Fehlen von der Norm abweichender ärztl. Befunde“ (Zwahr, 2006, S. 659) beschrieben. Die Gesundheit eines Menschen kann zudem durch zahlreiche Faktoren (Gewohnheiten, Überzeugungen, Emotionen, spontane Handlungen) beeinflusst werden. Im Hinblick auf synonyme Wortbedeutungen werden die Ausdrücke „Frische, Wohlbefinden, Wohlgefühl, (gehoben) Wohlsein, (Medizin) Salubrität“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2020c, Abschnitt Synonym) verwendet. Gesundheit wird mit physischer und/oder psychischer Leistungsfähigkeit gleichgesetzt und beschreibt die „Einheit von Körper und Geist“ (Zwahr, 2006, S. 660).

Im Kontext dieser Ausführungen findet sich das Wort Krankheit erneut als ausgewiesenes Antonym zur Gesundheit (Abschnitt Antonym). Sie wird zum einen im engen Verständnis als „das Vorhandensein von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperl., geistigen und/oder seel. Veränderungen bzw. Störungen [bezeichnet], die vorübergehend [also akut] oder dauerhaft [somit chronisch] sein (...) und im Extremfall zum Tod führen“ (Zwahr, 2006, S. 673) können, bezeichnet. Zum anderen meint das weite Verständnis „das Fehlen von Gesundheit“ (Zwahr, 2006, S. 673). Hinsichtlich der Entstehung von Krankheiten nennt der Brockhaus multiple Ursachen, die sich durch innere und äußere Faktoren begründen und ihren Ursprung u. a. in umweltbedingten, sozialen, psychischen Faktoren, in Stress oder in Facetten der individuellen Lebensgestaltung haben können (Zwahr, 2006).

Diese ergänzenden Erläuterungen unterstreichen die im ersten Schritt festgehaltene Verbindung beider Begriffe als gegensätzliche Positionen zueinander und erweitern das bisherige Verständnis um (1) verschiedene Ebenen (Wohlbefinden = Subjektivität; Fehlen von der Norm abweichender Befunde = objektive Messung), auf denen

Gesundheit und Krankheit festgestellt werden können. (2) Um multiple innere und äußere Einflussfaktoren auf physischer, psychischer und sozialer Ebene (Gewohnheiten und Verhalten), die sowohl Gesundheit als auch Krankheit beeinflussen können. Zudem wird (3) im Hinblick auf Gesundheit „das Fehlen von der Norm abweichender ärztl. Befunde“ (Zwahr, 2006, S. 659) genannt, was die Beurteilung von Gesundheit und Krankheit durch Experten in den Fokus rückt. Bei der Betrachtung der Ausführungen fällt (4) auf, wie viele Synonyme für Gesundheit vorhanden sind, die im alltäglichen Sprachgebrauch der Menschen oftmals ohne Differenzierung verwendet werden und (5) an dieser Stelle erstmals die Begriffe Stress und individuelle Lebensgestaltung als mögliche Ursprünge für die Entstehung von Krankheiten erwähnt. Damit werden die Verbindungen von Gesundheit, Stress und Lebensstil bereits an dieser Stelle ersichtlich.

Im dritten Schritt richtet sich der Blick in vornehmlich gesundheitswissenschaftliche Handbücher, Lexika und Fachveröffentlichungen (Monografien und Sammelbände), die aus unterschiedlichen Blickwinkeln, verschiedene Ansätze des Gesundheitsverständnisses sowie Ausführungen zur Entstehung von Gesundheit bündeln⁴. Der Fokus des nächsten Abschnitts liegt auf der historisch-chronologischen Darstellung zentraler Gesundheitsverständnisse, um die Veränderung des Begriffsverständnisses zu verstehen und die heutige Komplexität nachvollziehen zu können. Konkret vorgestellt werden: das naturwissenschaftliche bzw. rationale Modell (biomedizinische Perspektive), das Risikofaktorenmodell, das biopsychosoziale Modell, die Gesundheitsdefinition der WHO, das Modell der Salutogenese, das Modell der Resilienz sowie das Sozialisationsmodell.

2.1.2 *Historische Entwicklungslinien: vom pathogenetischen zum salutogenetischen Gesundheitsverständnis*

Lange Zeit – konkret seit dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts – wurde die Definition des Begriffs Gesundheit durch die biomedizinische Perspektive geprägt, die im Kern die Entstehung von Krankheiten – im Sinne einer pathogenetischen Sichtweise⁵ auf den menschlichen Organismus – zum Thema hat. Unter dem Begriff Krankheit werden in diesem Kontext

Störungen der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus [verstanden]. Sie haben spezifische Entstehungszusammenhänge (Ätiologie), typische Symptome und Manifestationen (Nosologie) sowie

⁴ An dieser Stelle konzentrieren sich die weiteren Ausführungen auf den Begriff Gesundheit; Inhalte zum Thema Krankheit werden ausschließlich dann eingebracht, wenn es für das Begriffsverständnis von Gesundheit notwendig ist. Ausführlichere Details zum Begriff Krankheit sind zusammenfassend von Franzkowiak (2018c) im e-Book „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“ und von Franke (2012) in ihrer Monografie „Modelle von Gesundheit und Krankheit“ angeführt und können dort ergänzend nachgelesen werden.

⁵ Der Begriff Pathogenese wird aus den griechischen Worten páthos (Schmerz; Leiden) sowie aus dem lateinischen genesis bzw. griechischen génesis (Zeugung, Schöpfung) abgeleitet und meint die „Entstehung und Entwicklung einer Krankheit“ (Bibliographisches Institut GmbH Abschnitt Bedeutung, 2020f, Abschnitt Bedeutung).

objektiv beschreibbare Verlaufsmuster und funktionale Folgen (Prognose). Aus der Kenntnis dieser Faktoren lassen sich vorhersehbare Behandlungsergebnisse ableiten (Therapie, Kuration), aber auch Bedingungen für Störungen des Heilungs- und Wiederherstellungsprozesses beschreiben (Chronifizierung, Rezidiv, Behinderung). (Franzkowiak, 2018c, S. 34)

Die Krankheiten können dabei eindeutig über „kausale anatomische, organische, biochemische, physiologische, neurobiologische oder andere naturwissenschaftlich objektivierbare Auslöser, Ursachen oder Abweichungen von biologischen oder funktionellen Regelgrößen“ (Franzkowiak, 2018a, S. 38; vgl. auch Bengel et al., 2001, 16-17) bestimmt werden. Gesundheit wird nach diesem Verständnis mit Störungsfreiheit gleichgesetzt. Maßgebliche Bedeutung hat dieses auch als naturwissenschaftliches bzw. rational bezeichnetes Modell bei der Behandlung und Erklärung von Infektionskrankheiten. Es fokussiert vor allem biochemische und physiologische Abweichungen und es erfährt auch in der aktuellen Diskussion im Gesundheitssystem in verschiedenen Fachdisziplinen (Biologie, Genforschung und Neurowissenschaft) nach wie vor großen Zuspruch (Franke, 2012, S. 39-40). Mit Hilfe festgelegter, möglichst objektiver Parameter (z. B. durch die von der WHO herausgegebene International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD)) erfolgt die Klassifikation unterschiedlicher Krankheiten durch professionelle Expertenbeurteilungen.

Auf Basis dieses pathogenetischen Krankheitsverständnisses leitet sich die Definition von Gesundheit – als „Abwesenheit von Krankheit, als Fehlen biologischer Dysfunktionen oder homöostatischer Störungen, als Fehlen negativer Einwirkungen, als subjektive Wahrnehmung eines ‚Schweigens‘ und störungsfreien Funktionierens der Organe“ (Franzkowiak, 2018c, S. 35) ab. Krankheit und Gesundheit stehen somit in biomedizinischer Perspektive disparat nebeneinander und lassen sich als „dichotome Zustände“ (Franke, 2012; Franzkowiak, 2018a) voneinander trennen (Lippke & Renneberg, 2006; Ziegelmann, 2002). Der Mensch ist laut dieser Auffassung somit entweder gesund oder krank. Zudem geht dieses Modell davon aus, dass das Individuum keinen direkten Einfluss auf beide Zustände hat, da ihnen entweder genetische, innerkörperliche bzw. externe Ursachen zu Grunde liegen, die nicht beeinflussbar sind (Franke, 2012, S. 133; Knoll et al., 2011, S. 18).

Maßgeblich kritisiert an dieser so genannten „Negativdefinition“ (Franke, 2012, S. 39) wird die im Rahmen der Genese von Krankheiten angeführte Fokussierung auf meist monokausale Ursachen, die der gegenwärtigen Diskussion um multiple verhältnis- und verhaltensrelevante Einflussfaktoren und dem vermehrten Auftreten von Zivilisationskrankheiten (chronisch-degenerative Krankheiten) nicht mehr Stand halten kann. Das pathogenetische Verständnis von Gesundheit klammert gesellschaftliche, wirtschaftliche, politische, soziale und individuelle Rahmenbedingungen weitgehend aus, die neben den Funktionsstörungen des Organismus zu multiplen Ätiologien von Krankheiten führen können (Faltermaier, 2017; Franzkowiak, 2018a; Lippke & Renneberg, 2006).

Diese Kritik führte dazu, dass das biomedizinische Paradigma zwischen 1960 und 1990 über das Risikofaktorenmodell erweitert wurde. Es basiert ebenfalls auf pathogenetischen Ursprungsgedanken und bezieht sich vornehmlich auf chronisch-degenerative Krankheiten.

Risikofaktoren bezeichnen in diesem Kontext

alle empirisch im Bevölkerungsmaßstab gesicherten Vorläufer und Prädiktoren von organischen und psychosomatischen Krankheiten, von psychischen oder Entwicklungsstörungen. Ein Risikofaktor gibt Auskunft über eine potentielle, sich direkt oder indirekt und in der Regel erst mit zeitlicher Verzögerung manifestierende Gefährdung der Gesundheit, der Entwicklung oder der sozialen und kulturellen Integration bzw. Inklusion. (Franzkowiak, 2018e, S. 846)

Risikofaktoren werden in drei Kategorien differenziert: (1) „Verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebundene“, (2) „sozialstrukturelle, ökologisch bedingte oder settingbezogene“ sowie (3) „unabänderliche Risikofaktoren“ (Franzkowiak, 2018e, S. 848). Zu Kategorie 1 gehören beispielsweise im Kontext kardiovaskulärer und zerebrovaskulärer Erkrankungen und Krebserkrankungen Tabakkonsum und Passivrauchen, schädlicher Alkoholkonsum, Fehlernährung, Übergewicht und Adipositas, erhöhter Blutfettspiegel, Bewegungsmangel und Inaktivität (vorwiegend sitzende Lebensweise) oder chronische Stressbelastung. In Kategorie 2 können beispielsweise dauerhafte Belastungen durch Schadstoffe, Sonneneinstrahlung, Hitze, Lärm und Schichtarbeit verortet werden. Zur Kategorie 3 gehören beispielsweise das Alter, Geschlecht und die genetische Disposition (Franzkowiak, 2018e, S. 848). Sie beeinflussen sich zum Teil gegenseitig oder verstärken sich über Kombinationen untereinander. Die Risikofaktoren werden zudem epidemiologisch bestimmt und geben an, ob ein erhöhtes Risiko an einer Krankheit zu erkranken auftreten kann, oder ob mit verschiedenen gesundheitlichen Einbußen zu rechnen ist. Zudem beziehen sie sich auf (Sub-)Populationen in der (Gesamt-)Bevölkerung.

Darin liegt, neben der Fokussierung auf vornehmlich krankmachende Faktoren, einer der größten Kritikpunkte: systematische Aussagen über Risikofaktoren und daraus resultierende, wahrscheinlich auftretende Krankheiten müssen nicht auf jedes Individuum zutreffen. Zudem weist das Risikofaktorenmodell Parallelen zur Eindimensionalität im Entstehungskontext von Krankheiten auf, wie sie im biomedizinischen Modell zu finden sind (Faltermaier, 2017; Franke, 2012). Mit Blick auf die Prävention und Gesundheitserziehung ist es aktuell dennoch das populärste Erklärungsmodell im Bereich der Prävention und Gesundheitserziehung (Franzkowiak, 2018e). Das ursprüngliche Risikofaktorenmodell wurde aus sozialmedizinischer Sicht Mitte der 1970er-Jahre präzisiert (Bildung von primären, sekundären und tertiären Risikofaktoren für koronare Erkrankungen, hierarchisches Stufenmodell) und in den 1980er- bis 1990er-Jahren medizinsoziologisch weiterentwickelt (Berücksichtigung psychosozialer Risikokonstellationen; Risikosituationen auf chronischer, subakuter und dispositioneller Ebene). Allerdings wurden diese Fortführungen in den vergangenen Dekaden nicht weiter ausdifferenziert bzw. sonstig veröffentlicht (Franzkowiak, 2018e, S. 854)⁶, so dass sie hier keine weitere Relevanz besitzen.

⁶ In aktuellen Ansätzen zum Risikofaktorenmodell und deren präventivmedizinischer Umsetzung wird der Begriff Risikofaktor aufgrund von fehlenden, eindeutigen Kausalitäten eher neutralisiert und durch den des Risikomarkers, als undifferenzierte Formulierung ohne direkte Ursache-Wirkungs-Verbindung verwendet (Franzkowiak, 2018e, S. 857-858). Dies soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit allerdings nicht weiter thematisiert werden.

Ebenfalls Ende der 1970er-Jahre wurden diese pathogenetisch orientierten Ansätze über das biopsychosoziale Modell erweitert, welches die Entstehung von Krankheit nicht ausschließlich über genetische Dispositionen und (kaum beeinflussbare) äußere Einflüsse (Viren, Bakterien, Verletzungen) herleitet, sondern zudem psychische (z. B. individuelle Verhaltensweisen, Einstellungen, Bewältigungsstrategien, Stress, Schmerz) und soziale Faktoren (z. B. sozioökonomischer Status, Netzwerke, Verhältnisse) berücksichtigt (Bengel et al., 2001, S. 17-18; J. W. Egger, 2005, S. 3-12; Faltermaier, 2017, S. 56-58; Franzkowiak, 2018d, S. 822-832; Gerrig et al., 2018, S. 490-492; Knoll et al., 2011, S. 19; Lippke & Renneberg, 2006, S. 9-10; Ziegelmann, 2002, S. 150-151). Ausgangssituation für diese Überlegungen ist eine systemtheoretische Sichtweise, die den Körper als ganzheitliches, hierarchisch strukturiertes System verschiedener Ebenen ansieht. Gesundheit bezieht sich in diesem Modell auf

die ausreichende Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam (...) bewältigen zu können. (J. W. Egger, 2008, S. 15)

Damit wird auf ein dynamisches Gleichgewicht hingewiesen, welches ständig wiederhergestellt werden muss. Dieses der psychosomatischen Perspektive zuzuordnendes Verständnis berücksichtigt dabei sowohl biologische (körperliche), psychologische als auch soziale (lebensweltliche) Wirkfaktoren und sieht ein multifaktorielles Ursachengeflecht in der Ätiologie von Gesundheit und Krankheit (J. W. Egger, 2017). Allerdings erfuhr auch dieses Modell wissenschaftstheoretische Kritik (bezogen auf ein fehlendes einheitliches Begriffssystem auf den Ebenen der Organmedizin und Psychologie sowie in Bezug auf die philosophischen Grundannahmen in Anlehnung an den so genannten emergenten⁷ Materialismus (J. W. Egger, 2005, S. 6-7), die zur Weiterentwicklung des Konzepts zur Theorie der Organischen Einheit führte⁸. Trotz Kritik besitzt das biopsychosoziale Modell eine „Brückenfunktion zwischen klassisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodellen und integrativen Gesundheits-Krankheits-Modellen wie der Stressbewältigungs-Perspektive und der Salutogenese“ (Franzkowiak, 2018d, S. 829-830). Die beiden letzten werden im weiteren Verlauf dieser Ausführungen noch erläutert.

Eine weitere, die wohl bekannteste Definition von Gesundheit, ist die der WHO (1948): „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (zitiert nach

⁷ Der Begriff Emergenz beschreibt ein Phänomen, „wonach höhere Seinsstufen durch neu auftauchende Qualitäten aus niederen entstehen“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2020i, Abschnitt Bedeutungen). Im Kontext des biopsychosozialen Modells ist „das Hervorbringen von Phänomenen [gemeint], die auf der jeweils darunter liegenden Systemebene nicht vorhanden sind und damit dort auch nicht als Erklärungsgrundlagen zur Verfügung stehen“ (J. W. Egger, 2005, S. 5) .

⁸ An dieser Stelle wird auf weitere Erläuterungen verzichtet, da das biopsychosoziale Modell und seine Erweiterung zur Theorie der Organischen Einheit bzw. zur „Theorie der Körper-Seele-Einheit (body mind unity)“ (J. W. Egger, 2017) in der psychosomatischen Forschung angesiedelt ist. Dieser Forschungszweig besitzt für die vorliegende Arbeit keine weitere Relevanz und wird damit in seiner Detailliertheit für folgende Überlegungen ausgeklammert.

World Health Organization, 2020a, S. 1). Bereits in ihrer Verfassung von 1946 formulierte die WHO Grundsätze zur Erreichung eines bestmöglichen Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung und beschrieb in diesem Zusammenhang Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens, der nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen beinhaltet (World Health Organization, 2014, 08. Mai, S. 1). Diese abstrakte, wenig präzise und zugleich weit gefasste Definition löste sich von der pathogenetischen Sichtweise aller bisher vorgestellten Konzepte. Sie differenziert explizit (wie auch schon das biopsychosoziale Modell) unterschiedliche Facetten der Gesundheit – die körperliche, geistige und soziale Ebene, die sich gegenseitig beeinflussen. Zudem spielt über das Wohlbefinden auf den subjektiven Charakter von Gesundheit an. Allerdings wird auch diese zum Teil als utopisch formuliert benannte Begriffsbestimmung kritisch rezensiert, da zum einen wenig inhaltliche Präzision und somit fehlende Operationalisierung in der Ausgestaltung des Wohlbefindens auf den drei Ebenen zu finden ist und zum anderen auf Basis der subjektiven Inhalte – eines vollständigen Wohlergehens auf den unterschiedlichen Ebenen – kaum ein Mensch als gesund bezeichnet werden kann (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018; Hurrelmann & Richter, 2013; Razum & Kolip, 2020a). Hinzu kommen auch in dieser ursprünglichen ersten Definition der WHO fehlende Aussagen zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheit, die im Nachgang allerdings über das Konzept „Gesundheit für alle“ aufgenommen wurden (Franke, 2012; Hurrelmann, 2006; Hurrelmann & Richter, 2013; Kaluza, 2011; Lippke & Renneberg, 2006). So erweiterte die WHO ihre Aussagen zu Gesundheit in der Ottawa-Charta um folgende Inhalte:

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt wird, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. (World Health Organization, 1986, S. 5)

Diese Zugabe unterstreicht die Komplexität des Gesundheitsverständnisses und spielt auf verhaltens- und verhältnisrelevante Aspekte für die Entstehung von Gesundheit an. Seit dieser Veröffentlichung wurden in aktuelleren Publikationen der WHO auch ökologische und spirituelle Facetten aufgegriffen, die allerdings im europäischen und nordamerikanischen Raum bislang wenig Beachtung finden und noch keinen Einzug in die Ursprungsdefinition erhalten haben (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, S. 177-178). Trotz Kritik an der WHO-Definition erfährt sie in Politik und in der Gesundheitsförderung und Prävention nach wie vor großen Anklang, da sie erstmalig verschiedene Perspektiven von Gesundheit betont. Im wissenschaftlichen Kontext hingegen wird sie aufgrund der bereits aufgeführten Kritikpunkte laut Franzkowiak und Hurrelmann (2018) als „nicht mehr aktuell“ (S. 178) bezeichnet.

Einen eindeutigen Perspektivwechsel von pathogenetischen Konzeptionen zum salutogenetischen⁹ Gesundheitsverständnis läutete schließlich Antonovsky (1997) ein, indem er nicht mehr die Krankheitsentstehung in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte, sondern sich auf die Frage: „Was hält den Menschen gesund?“ bzw. genauer formuliert: „Wann befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky, 1997, S. 15) fokussierte. Damit erweiterte er die aus seiner Perspektive einseitige Sichtweise der Pathogenese um einen entscheidenden Blickwinkel (Bengel et al., 2001, 26-27; Franke, 2018, S. 877): die gesundheitserhaltende Perspektive. Eine Grundannahme des Modells besteht darin, „dass Krankheiten eine normale Erscheinung im menschlichen Leben (...) und nicht Abweichungen von der Normalität“ sind (Franke, 2012, S. 170). Antonovsky (1997) bezeichnet dieses Phänomen mit dem Begriff der Heterostase, welche vom Individuum eine kontinuierliche Anpassungsleistung erfordert. Der zweite Unterschied zu bisherigen Ansätzen äußert sich im bereits zitierten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Abb. 1): Es sieht Gesundheit und Krankheit nicht als zwei sich ausschließende Dichotome an, bei denen der Mensch entweder gesund oder krank ist, sondern verortet den Menschen auf Basis dynamischer Übergänge zwischen den beiden Polen. Es wird daher auch „bipolares Konzept“ genannt (Franke, 2012, S. 101-102). Das Individuum ist demnach entweder mehr gesund oder mehr krank, erreicht die beiden Endpunkte (völlige Gesundheit bzw. völlige Krankheit) allerdings nicht. Die Platzierung auf dem auch als Health-Disease-Kontinuum (HEDE-Kontinuum) bezeichneten Modell wird sowohl über objektive als auch über subjektive Faktoren bestimmt und ist folglich mehrdimensional ausgelegt (Franke, 2012, 2018; Franzkowiak, 2018b). Dennoch fokussiert sich Antonovsky in seinen Überlegungen zur Gesundheit vor allem auf die körperliche Dimension (vgl. Antonovsky, 1979 zitiert nach Bengel et al., 2001, S. 32).

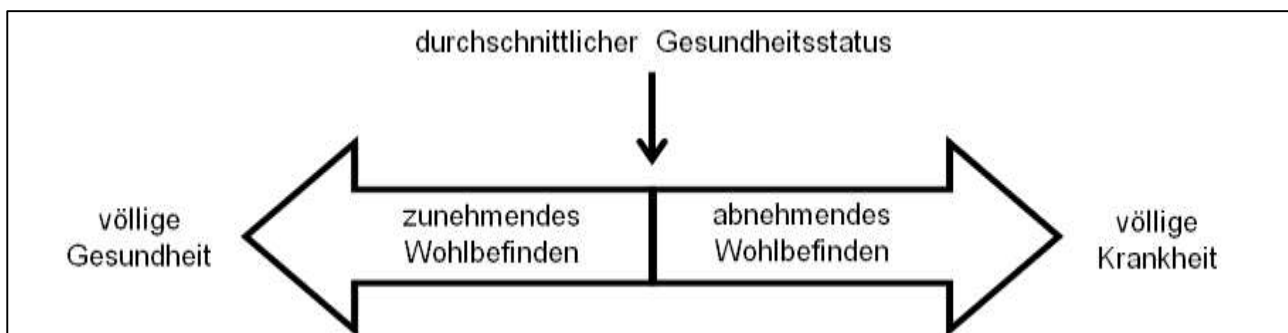


Abb. 1. Grafische Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky (aus Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)

⁹ Der Begriff *Salutogenese* hat seine Herkunft im lateinisch-französischen bzw. griechisch-lateinischen, setzt sich aus *salus* (Gedeihen, Wohlbefinden, Heil) und *genese* (Entstehung, Entwicklung) zusammen (Bibliographisches Institut GmbH, 2020b, 2020g) und meint die „Gesamtheit gesundheitsfördernder und -erhaltender Faktoren“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2014, Abschnitt Herkunft).

In den Fokus dieses Konzepts rücken somit gesundheitserhaltende Faktoren und Antonovsky (1997) stellt über die Konzentration auf salutogenetische Elemente – angelehnt an die Stressforschung (siehe Kapitel 2.2.2) – einen klaren Bezug zu so genannten Copingressourcen¹⁰ her. Verantwortlich für die Positionierung auf dem HEDE-Kontinuum sind somit Stressoren¹¹ im Abgleich mit vorhandenen Widerstandsressourcen. Die Stressoren werden dabei allerdings nicht ausschließlich negativ verstanden, sondern können auch gesundheitsförderliche Wirkungen besitzen (Franke, 2012, 2018; Ziegelmann, 2002). Tabelle 1 listet diese Widerstandsressourcen auf.

Tab. 1. *Beispielhafte Widerstandsressourcen (modifiziert nach Franke, 2018, S. 878)*

Individuelle Widerstandsressourcen	Gesellschaftliche Widerstandsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • gute körperliche Konstitution • ausreichende Immunpotenziale • kognitive Ressourcen (Wissen, Intelligenz, Problemlösefähigkeit) • psychische Ressourcen (Optimismus, Selbstvertrauen, Identität) • Gesundheitswissen und Vertrautheit mit dem Versorgungssystem • interpersonale Ressourcen (soziale Unterstützung, soziale Integration, aktive Teilnahme an individuell bedeutsamen Entscheidungs- und Kontrollprozessen) • soziostrukturelle Ressourcen (Einbindung in stabile Kulturen, Orientierung an Werten und Überzeugungen) • materielle Sicherheit, sicherer Arbeitsplatz, Verfügbarkeit über Dienstleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Frieden • Intakte Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze • Sicherheit der sozialen Systeme

¹⁰ Coping in psychologischer Perspektive bedeutet „Bewältigung“ (Hemetsberger, 2020). Franzkowiak und Franke (2018) definieren Coping als: „alle kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen (...), mit dem als Stressor bewerteten Reiz umzugehen und die von ihm ausgehende Bedrohung bzw. den antizipierten Schaden zu minimieren (S. 968). Weitere Details siehe Kapitel 2.2.2.

¹¹ Als Stressoren werden jegliche Reize, Situationen oder Faktoren verstanden, die Stress auslösen (Schneider & Lindenberger, 2012, S. 781). Es gibt unterschiedliche Systematisierungsvorschläge, die im Rahmen des Kapitels 2.2.3 detaillierter angeführt werden.

Im Kern von Antonovskys (1997) Überlegungen steht der Sense of Coherence¹², der „besonders günstige und gelungene Ausgangskonstellation von Widerstandsressourcen, die ein in sich stimmiges Muster ergeben“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 123) darstellt, und aussagt, dass ein Mensch in einer Belastungssituation geeignete Ressourcen mobilisieren und bewusst selektieren kann, um die gestellte Anforderung erfolgreich zu bewältigen. Diese Widerstandsressourcen können sowohl gesellschaftlich oder individuell verankert sein. Der mit Kohärenzsinn übersetzte Begriff ist

eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (Antonovsky, 1997, S. 36)

Der Kohärenzsinn gliedert sich damit in die drei Komponenten Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), Bewältigbarkeit (sense of manageability) und Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) und beschreibt eine tiefe innere Überzeugung des Menschen alltägliche Stressoren erfolgreich zu bewältigen; konkret – „dass das Leben sinnvoll ist und dass man es meistern kann, auch wenn es manchmal schwierig ist“ (Franke, 2018, S. 878). Um ein starkes Kohärenzgefühl ausbilden zu können, müssen

Menschen (...) im Verlauf ihres Lebens immer wieder erfahren können, dass ihnen ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, dass ihr Leben nicht chaotisch, zufällig, willkürlich ist, sondern, dass sie Einfluss nehmen können, und dass das, was sie tun, Sinn hat, dass sie den Anforderungen gewachsen sind. (Franke, 2012, S. 176; vgl. auch Razum & Kolip, 2020a)

Laut Hurrelmann und Richter (2013) entsteht, vereinfacht dargestellt, die Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, indem innere oder äußere Stressoren (auf physischer, psychosozialer oder biochemischer Ebene) auf die individuellen Widerstandsressourcen eines Menschen treffen (auf physischer, psychischer und sozialer Ebene) und über verschiedene Stufen bewertet werden (vgl. Abb. 2). Es entsteht ein Stresszustand, den Antonovsky (1997) als „Spannungszustand“ bezeichnet (S. 16; vgl. auch Franke, 2012, S. 177-180). Die Spannungsverarbeitung – als aktiver Bewältigungsprozess – wird von diesen Ressourcen sowie dem Kohärenzsinn maßgeblich beeinflusst und entscheidet darüber, ob die Anforderung erfolgreich gelöst werden kann oder nicht. So beeinflussen sowohl objektive Parameter als auch subjektive Befindlichkeiten die Positionierung auf dem Kontinuum (Franke, 2018, S. 878).

¹² Als „eine Hauptdeterminante sowohl dafür (...), welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, daß man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“ (Antonovsky, 1997, S. 33).

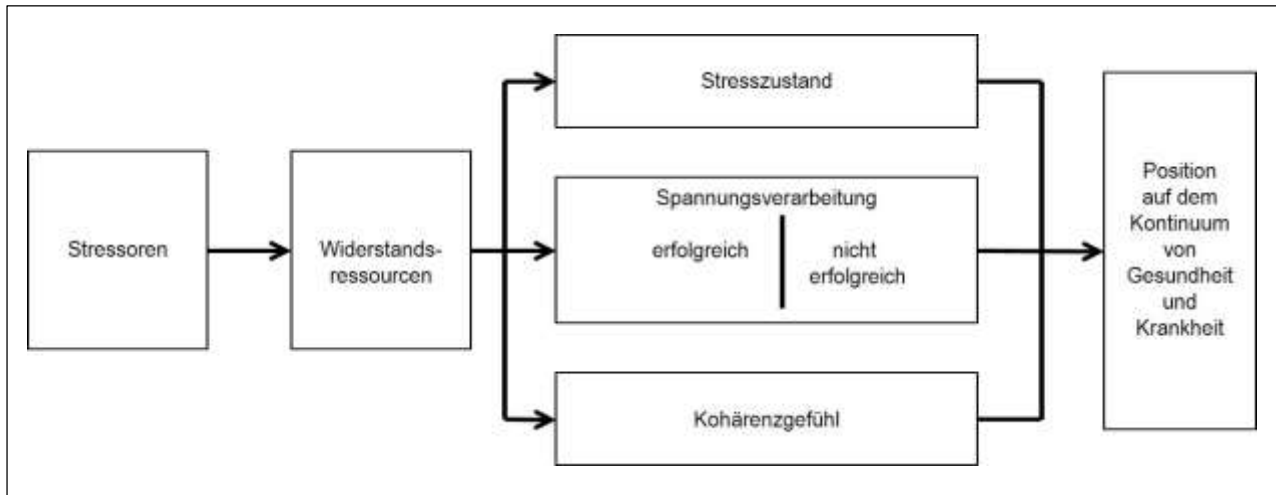


Abb. 2. Von Hurrelmann und Richter (2013, S. 126) stark vereinfachte grafische Darstellung des Salutogenese Modells von Antonovsky (1979, S. 184-185)

Auch an diesem Modell wird Kritik hinsichtlich der Klarheit der Konzeption, der empirischen Belegbarkeit, des Vorhandenseins einer subjektiven Einschätzung zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit sowie der fehlenden, ausreichenden Berücksichtigung gesellschaftlicher Aspekte geübt (Becker, 2006, S. 36-37; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126-127). Franke (2012) nennt zudem das fehlende Aufgreifen von positiven Ressourcen, die keine unmittelbare Relevanz im Bewältigungsprozess im Sinne von Widerstandsressourcen besitzen (S. 180-183). Dennoch lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass Antonovskys Modell eins der aktuell Populärsten in der fachwissenschaftlichen Diskussion zur Begriffsbestimmung von Gesundheit darstellt und nach wie vor als Ausgangspunkt für den Paradigmenwechsel vom pathogenetischen zum salutogenetischen Gesundheitsverständnis gesehen wird.

Ein weiteres Konzept greift diese zum damaligen Zeitpunkt neuartige Fokussierung auf gesundheitserhaltende Faktoren auf: Die psychologische Konzeption der Resilienz bzw. der Schutzfaktoren, welche historisch gesehen in seinen Ursprüngen vor Antonovskys Veröffentlichung publiziert wurde. Lange Zeit wurde dieses Konzept der Resilienz allerdings auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen bezogen und erst nach Antonovskys Veröffentlichung des Salutogenese-Modells auch auf Erwachsene übertragen. Resilienz wird mit psychischer Widerstandsfähigkeit gleichgesetzt, die dazu beiträgt, die physische und psychische Gesundheit wiederherzustellen oder positiv zu beeinflussen. Im Kindes- und Jugendalter bezieht sich die Resilienz auf die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsschritten trotz ungünstiger Lebensumstände, chronisch oder einmalig traumatischer Erlebnisse oder so genannter kritischer Lebensereignisse. Im Erwachsenenalter meint Resilienz die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen jeglicher Art. Als resilientes Kriterium tragen Thun-Hohenstein, Lampert und Altendorfer-Kling (2020) dabei folgende Merkmale zusammen:

- „das Nicht-Erkranken im Falle einer erblich belasteten Situation

- die Nicht-Entwicklung einer bekannten Folge eines Risikofaktors
- Kriterien des Gelingens äußerer Anpassung und/oder
- Gelungene Lebensbewältigung
- die Verbesserung des Sozialkapitals oder anderer sozialer Parameter (Verheiratung, Arbeit, gesellschaftliche Integration)“ (S. 9).

Resilienz ist sowohl Voraussetzung, als auch Ergebnis des Bewältigungsprozesses. Sie entsteht über die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt (Lyssenko et al., 2011; Lyssenko & Bengel, 2018; Thun-Hohenstein et al., 2020) und drückt aus „wie gut Menschen in der Lage sind, sich von Krisen und Katastrophen nicht ‚aus der Form‘ bringen zu lassen“ (Franke, 2012, S. 185). Im Mittelpunkt der Resilienzmodelle stehen personeninterne und -externe Schutzfaktoren, die zum Lösen der Situation beitragen und verhindern, dass Störungen auftreten (Lyssenko & Bengel, 2018, S. 842). Sie sind auf den fünf Ebenen Kultur, Gesellschaft, unmittelbare Umgebung, Familie und Individuum zu finden und können beispielsweise personal, familiär oder sozial sein, wobei hier die Begriffsbezeichnungen in Abhängigkeit der jeweiligen Autoren variieren (personale/persönliche/interne; soziale/umweltbezogene/ökologische/externe Resilienzfaktoren). Zu berücksichtigen ist, dass die Schutzfaktoren kontextgebunden sind, d. h. zum einen, dass die Wahrnehmung dieser als protektive Faktoren vom einzelnen Individuum abgängig ist und zum anderen, dass sie situationsabhängig sowohl Resilienz- als auch Risikofaktoren darstellen können (Hammelstein, 2006; Lyssenko et al., 2011; Lyssenko & Bengel, 2018).

Kritisiert an diesem Modell wird zum einen die bisher noch ausstehende, fehlende einheitliche Definition der Resilienz, die ausschließliche Fokussierung auf das Individuum ohne die Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungen sowie zum Teil mangelnde theoretische Überlegungen (Franke, 2012, S. 188-189; Gabriel, 2005, S. 214-215; Hammelstein, 2006, S. 18-23).

Ein letzter Definitionsansatz zur Gesundheitssystematik, der an dieser Stelle aufgegriffen werden soll, ist das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006). Ähnlich wie der Salutogenese-Ansatz ist dieses Modell integrativ ausgerichtet, d. h. es berücksichtigt verschiedene Aspekte anderer bereits vorgestellter Konzeptionen. Angelehnt an sozialisationstheoretische Gedanken¹³ ist die Grundannahme dieses Modells, dass sich der Mensch „über die gesamte Lebensspanne hinweg in einer intensiven Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität¹⁴ [befindet], um die eigene Persönlichkeit aufzubauen und weiterzuentwickeln und seine Integrität und

¹³ Die Sozialisationstheorie greift laut Hurrelmann (2006) auf Gedankengut aus der Soziologie und Psychologie zurück und beschäftigt sich mit der Frage, „wie ein Mensch mit seiner genetischen Ausstattung an Trieben und Bedürfnissen und seinen angeborenen Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmalen zu einem selbstständigen Subjekt mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion wird und es schafft, dabei die Anforderungen von Kultur, Ökonomie und ökologischer Umwelt zu bewältigen“ (S. 128).

¹⁴ Als innere Realität werden laut Hurrelmann (2006) genetische Anlagen sowie körperliche sowie psychische Grundmerkmale verstanden. Zur äußeren Realität gehören soziale und physikalische Umweltmerkmale. Mit dem Begriff „produktiv“ ist mit Blick auf die produktive Realitätsverarbeitung zudem das Prozesshafte der Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt über den gesamten Lebenslauf gemeint (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 130).

Identität zu bewahren“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 129). Diese Auseinandersetzung mit der Realität, die sich im Konzept der Entwicklungsaufgaben¹⁵ widerspiegelt, ist aktiv und wird auch als „produktive Realitätsverarbeitung“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 129) bezeichnet. Sie findet auf vier Ebenen statt – dem Körper, der Psyche, der sozialen Umwelt sowie der physischen (Öko-) Umwelt. Dabei müssen diese Teilsysteme im dynamischen Gleichgewicht gehalten werden, damit sich der Mensch zu einer „sozial handlungsfähigen Persönlichkeit“ (S. 129) entwickelt und die damit eng verbundene Gesundheitsdynamik unterstützt wird. Gelingt dies nicht, können sich negative Einflüsse mit Blick auf die Persönlichkeitsentwicklung ergeben sowie Störungen und Krankheiten entwickeln (vgl. Abb. 3). Auch in diesem Erklärungsmodell spielen personale und soziale Ressourcen eine wichtige Rolle: „Sie bezeichnen die aus der inneren und äußeren Realität hervorgehenden Potenziale [des Individuums], die zur Lösung der Entwicklungsaufgaben zur Verfügung stehen“ (Hurrelmann, 2006, S. 131).

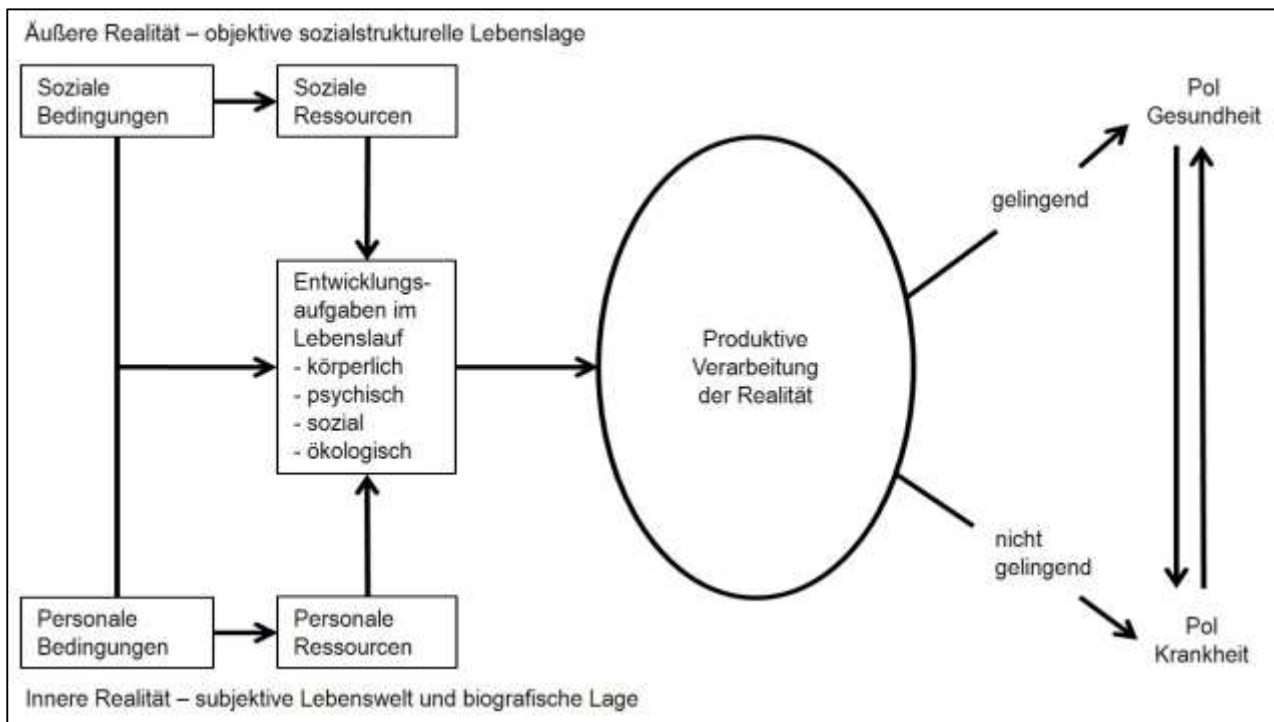


Abb. 3. Grafische Darstellung des Sozialisationsmodells von Hurrelmann (aus Hurrelmann & Richter, 2013, S. 133)

¹⁵ Das Konzept der Entwicklungsaufgaben geht auf Havighurst (1972) zurück, der den Lebenslauf eines Menschen in bestimmte alterstypische Abschnitte gliederte und ihnen eine Abfolge bestimmter Probleme zuordnete. Eine Entwicklungsaufgabe ergibt sich dann laut Schneider und Lindenberger (2012) „aus entwicklungsabhängigen Fähigkeiten und Möglichkeiten, aus somatischen Reifungs- und Abbauprozessen und altersnormierten gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen, die kulturspezifisch sein können“ (S. 765). Sie können auf verschiedenen Ebenen (z. B. biologisch, sozial, individuell) angesiedelt sein (Schneider & Lindenberger, 2012, S. 53-54) und müssen im Leben bewältigt werden, um sich optimal entwickeln zu können (vgl. Kapitel 3.2).

Die gesamten Ausführungen zum (historischen) Wandel des Gesundheitsverständnisses erweitern und fundieren die zuvor in den Kapiteln 2.1.1 & 2.1.2 dargestellten Inhalte der Annäherung an den Terminus Gesundheit. Gesundheit wird aus unterschiedlichen Perspektiven definiert und es besteht eine große Anzahl an Modellen, die sich in unterschiedlichen Fachdisziplinen manifestiert haben (u. a. hier angesprochene Medizin, Psychologie, Soziologie; weitere in dieser Arbeit nicht berücksichtigte Perspektiven: philosophisch, juristisch, theologisch, geschichtswissenschaftlich, Laien-/Alltagskonzepte). Bislang besteht allerdings kein Konsens für eine übergreifend anerkannte Definition. Je nach fachspezifischem Ausgangspunkt und spezieller Wissenschaftsdisziplinzugehörigkeit werden unterschiedliche Schwerpunkte für die Definition und Entstehung von Gesundheit (und auch Krankheit) gelegt. Festzuhalten bleibt, dass der lange Zeit dominierende pathogenetische Ansatz mit der ausschließlichen Fokussierung auf Störungen des Organismus bzw. auf Risikofaktoren durch das Konzept der Salutogenese mit der Grundannahme eines multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuums auf dem sich der Mensch bewegt, abgelöst wurde. Dennoch bestehen die unterschiedlichen Vorstellungen bis heute nebeneinander.

Hurrelmann (2006) schlägt auf dieser Basis und seinen Überlegungen zum Sozialisationsmodell „acht interdisziplinär tragfähige Maxime von Gesundheit und Krankheit“ (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011, S. 102) vor, die er über die Bündelung verschiedener Theorien und Konzeptionen zum Gesundheitsverständnis unterschiedlicher Fachdisziplinen entwickelt:

1. Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2. Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
4. Gesundheit und Krankheit als jeweilige Eckpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5. Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit das Ergebnis einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6. Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7. Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.
8. Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen – der körperlichen, psychischen und sozialen – voneinander unterscheiden. (Hurrelmann & Franzkowiak, 2011, S. 102)

Diese Leitgedanken münden in einer eigenen, disziplinübergreifenden Definition von Gesundheit: Hurrelmann und Richter (2013) beschreiben sie wie folgt:

Gesundheit bezeichnet den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (S. 147 - Ergänzung um „dynamisch“ durch Franzkowiak & Hurrelmann, 2018)

Für das Gesundheitsverständnis der vorliegenden Arbeit sind das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) sowie der salutogene Gedanke der Gesundheitserhaltung von Antonovsky (1997) handlungsleitend. Begründet ist dies zum einen in der Dominanz des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses im Kontext Hochschule und zum anderen in dieser Dissertation zugrundeliegenden Verständnis des Studiums als Lebensphase mit spezifischen Entwicklungsaufgaben, die Studierende auf Basis ihrer Ressourcen produktiv bearbeiten und bewältigen müssen, um gesund zu bleiben. Nachdem die unterschiedlichen Gesundheitsverständnisse aufgearbeitet wurden, widmet sich das folgende Kapitel der Frage, wie Gesundheit entsteht bzw. wodurch sie beeinflusst wird.

2.1.3 *Determinanten von Gesundheit*

Nachdem im vorherigen Abschnitt über die Aufarbeitung unterschiedlicher Begriffsverständnisse und Modelle erarbeitet wurde, dass Gesundheit sowohl durch multiple innere als auch durch äußere Faktoren beeinflusst wird und sich auf verschiedenen Ebenen (physisch, psychisch, sozial) niederschlägt, beleuchtet dieses Kapitel in Anlehnung an die Ausführungen von Richter und Hurrelmann (2018) sowie Walter, Gerlich und Schwartz (2018) konkret verschiedene Determinanten von Gesundheit, die auch als Gesundheitsindikatoren bezeichnet werden. Die Determinanten können als Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung betrachtet werden und haben zum Ziel, die Gesundheitspotentiale der Gesamtbevölkerung, und damit einhergehend auch jene der Studierenden als Zielgruppe dieser Arbeit, zu stärken und Krankheitsrisiken zu minimieren (Richter & Hurrelmann, 2011, S. 45). Die folgenden Ausführungen lehnen sich an das ursprünglich von Dahlgren und Whitehead (1991) erarbeitete Modell an. Dieses greift in fünf Kategorien verhaltens- und verhältnisrelevante Inhalte auf, welche die Gesundheit der Menschen direkt und indirekt – über eine der anderen Kategorien – beeinflussen (vgl. Abb. 4).



Abb. 4. Determinanten von Gesundheit in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead (1991) (zitiert nach Richter & Hurrelmann, 2011, S. 45)

Kategorie 1 – bildet in der Kreismitte die Basis des Modells. Die individuellen Merkmale Alter, Geschlecht sowie genetische Dispositionen und Erbanlagen, die willentlich nicht verändert werden können, aber dennoch einen Einfluss auf die individuelle Gesundheit besitzen, sind hier angesiedelt. Diese werden als personeninterne Faktoren bezeichnet.

Die Faktoren der individuellen Lebensweise (Kategorie 2) beziehen sich auf vielfältige Aspekte des individuellen Lebensstils eines Menschen sowie des konkreten gesundheitsrelevanten Verhaltens (siehe dazu Details in Kapitel 2.5.1, 2.5.2). Dazu gehören, wie bereits in den Ausführungen zum Risikofaktorenmodell angeführt, u. a. das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, der Konsum von Genussmitteln und Nikotinprodukten, aber auch die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, geschützter Geschlechtsverkehr uvm.¹⁶ Diese und alle folgenden Determinanten der Kategorien drei bis fünf können über eine systematische Gesundheitsförderung positiv beeinflusst werden.

In der Kategorie 3 finden sich soziale Aspekte, wie die Integration des Individuums in soziale Netzwerke, seinen Kontakt zu Freunden und Familie, seine Zugehörigkeit zu einer Gruppe sowie die wahrgenommene soziale

¹⁶ Im Rahmen dieses Kapitels wird zuerst ein Überblick über ausgewählte Faktoren der Gesundheit gegeben. Detailliertere Ausführungen zu ausgewählten gesundheitsfördernden bzw. -gefährdenden Verhaltensweisen werden im Rahmen der Theorie gesundheitsrelevanter Lebensstile angeführt (siehe Kapitel 2.5.1).

Unterstützung. Auch diese Determinanten besitzen einen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen. Dieser kann sich sowohl direkt, als auch indirekt über das Gesundheitsverhalten gestalten.

Kategorie 4 beinhaltet Determinanten aus der Lebens- und Arbeitswelt des Menschen. Angesiedelt sind hier beispielsweise das Arbeitsumfeld, die Bildung, die Wohnsituation und die Versorgung durch das Gesundheitssystem.

Die letzte Kategorie Nummer 5 impliziert die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt der Menschen, welche die gesamtgesellschaftliche Gesundheit ebenfalls beeinflussen können. Dazu gehört z. B. soziale Ungleichheit in der Gesellschaft (Richter & Hurrelmann, 2018, S. 51-52).

Das dargestellte Modell unterstreicht übersichtlich die zuvor in Kapitel 2.1.2 bereits in den unterschiedlichen Definitionsansätzen angedeutete Vielseitigkeit der Einflussfaktoren auf die individuelle und kollektive Gesundheit. Sie finden sich sowohl beim Individuum als auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Auch die Ausführungen von Walter et al. (2018) zu den so genannten Gesundheitsindikatoren nennen verschiedene Einflussfaktoren der Gesundheit der Bevölkerung. Dabei werden als Gesundheitsindikatoren – vornehmlich im Kontext der Gesundheitsberichterstattung und Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention – relevante Merkmale bezeichnet, welche die Gesundheit der Menschen beeinflussen und diese beschreiben. Dazu gehören neben soziodemografischen Aspekten u. a. der Gesundheitsstatus, multiple gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, verfügbare Ressourcen und Kompetenzen, Umweltbedingungen sowie die Versorgung, Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen, Zugänge zu gesundheitsförderlichen Angeboten, Strukturbildung und Wirtschaftlichkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen, aber auch die Zufriedenheit der Zielgruppe (Walter et al., 2011, S. 286-289). In Anlehnung an die WHO (1996) führen Walter et al. (2018) drei Gruppen von Gesundheitsindikatoren an:

- Indikatoren, die auf den Outcome zielen (z. B. Gesundheitsstatus)
- Indikatoren, die den Prozess erfassen (z. B. Qualität der Leistungserbringung)
- Indikatoren, die sich auf Determinanten beziehen, die die Gesundheit beeinflussen. Darunter fallen verhaltensbezogene Faktoren (...) sowie kontextuelle Faktoren wie das sozioökonomische Umfeld, die Arbeitsmarktsituation und Gegebenheiten der Umwelt (Luft, Lärm, Wohnstruktur). (Walter et al., 2018, S. 503)

Diese Parameter sind somit Hilfsmittel, welche schließlich Aussagen über die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Teile zulassen und unterstreichen die Komplexität der die Gesundheit beeinflussenden Faktoren.

Beide vorgestellten Konzeptionen zu Determinanten und Gesundheitsindikatoren machen deutlich, wie viele Parameter die Gesundheit eines Menschen und ganzer Populationen – und damit auch die Studierenden als Zielgruppe dieser Arbeit beeinflussen können: Gesundheit entsteht aus der Summe der verschiedenen Einflüsse

der Determinanten und Bedingungsfaktoren bzw. durch die multiplen Gesundheitsindikatoren auf den verschiedenen Ebenen – individuell, sozial, gesamtgesellschaftlich. Sie ist somit durch das Zusammenspiel vom individuellen Verhalten, dem Genpool des Menschen sowie den gesellschaftlichen Verhältnissen bedingt.

Abschließend werden die bisherigen Ausführungen zur fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Terminus Gesundheit resümiert und die Konsequenzen für die vorliegende Arbeit zusammengefasst.

2.1.4 *Zwischenfazit zum Thema Gesundheit*

In diesem Kapitel hat auf Basis der einleitend formulierten Leitfragen eine dreischrittige Aufarbeitung der Gesundheitsthematik, als erstem für die vorliegende Arbeit relevantem Begriff, stattgefunden. Über die Etymologie, ausgewählte Grundlagenwerke sowie vornehmlich gesundheitswissenschaftliche Fachliteratur ist die Erarbeitung aktuell diskutierter und nebeneinanderstehender Gesundheitsverständnisse und ihrer Entstehungskontexte erfolgt. Aus diesen Ausführungen lassen sich folgende Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit bilanzierend festhalten:

- Gesundheit stellt ein schwer zu fassendes, multidimensionales Konstrukt dar (Franzkowiak, 2018c). Es liegt eine große Zahl an Definitionen, Konzepten und Modellen vor (Razum & Kolip, 2020b), die in unterschiedlichen Fachdisziplinen mit verschiedenen Schwerpunkten verankert sind (u. a. medizinische, psychologische, soziologische, philosophische, juristische, theologische Perspektive). Die unterschiedlichen theoretischen Annahmen fokussieren dabei zur Entstehung und Beeinflussung von Gesundheit differente Faktoren: biologische, -chemische oder physiologische Vorgänge im menschlichen Organismus und/oder Deviationen/Aspekte auf Verhaltens-, Erlebens- oder sozialer Ebene (Gerber, 2008, S. 31; Gogoll, 2004, S. 16). Eine einheitlich anerkannte Definition liegt bislang nicht vor (Franke, 2012; Franzkowiak & Hurrelmann, 2018; Gogoll, 2004; Hurrelmann & Richter, 2013; Razum & Kolip, 2020b).
- Gesundheit beschreibt zum einen sowohl einen aktuellen bzw. dynamischen Zustand, einen Prozess als auch ein (temporäres) Ergebnis. Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass Gesundheit mehr als das Fernbleiben von Krankheit ist.
- Die dargestellten Gesundheitsverständnisse machen deutlich, dass es einen Unterschied zwischen objektivierbaren Messungen von Funktionszuständen des menschlichen Organismus (biomedizinische Perspektive) durch Experten und den daraus resultierenden Rückschlüssen auf den Gesundheitszustand (gesund sein; objektive Perspektive¹⁷) sowie den subjektiv orientierten Gesundheitsdefinitionen (sich gesund fühlen; subjektive Perspektive¹⁸) gibt. Beide Perspektiven – die objektive Messung und subjektive Wahrnehmung

¹⁷ Voelcker-Rehage (2018) bezeichnet als objektive Gesundheit „alle mess- und beobachtbaren Funktionen, insgesamt das gesamte Spektrum medizinischer Diagnosen“ (S. 746).

¹⁸ Als subjektive Gesundheit wird „die Gesamtheit der auf Gesundheit und Krankheit bezogenen Wahrnehmungen, Überlegungen, Überzeugungen und Ideen einer Person“ (Voelcker-Rehage, 2018, S. 747).

der eigenen Gesundheit – stimmen dabei nicht automatisch überein. In der Konsequenz muss im Hinblick auf die Erfassung gesundheitsrelevanter Parameter zwischen einem objektiv gemessenen und einem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand differenziert werden.

- Über das von Antonovsky (1997) erstmals klar artikulierte Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet sich das Individuum zu jeder Zeit zwischen den beiden Polen gesund und krank und muss die Homöostase auf Basis vorhandener Ressourcen immer wieder neu herstellen. Diese Verbindung von Gesundheit und Krankheit spiegelt sich historisch gesehen im Wandel vom pathogenetischen zum salutogenetischen Verständnis der Gesundheit wider. Im Mittelpunkt steht dabei nicht mehr die Krankheitsentstehung, sondern die Gesundheitserhaltung.
- Einen Schritt weiter geht das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006). Im Vergleich zum salutogenetischen Modell unterscheidet es sich durch die explizite Berücksichtigung des gesamten Lebenslaufs mit phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben, die das Individuum in der Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt produktiv bearbeiten und bewältigen muss. Zudem impliziert es mehr die soziostrukturellen Rahmenbedingungen als Antonovskys Modell (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 128, 139) und stellt damit das für diese Arbeit ausgewählte Modell zur Entstehung von Gesundheit dar. Gesundheit beschreibt danach
den dynamischen Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein dynamisches Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (S. 147 - Ergänzung um „dynamisch“ durch Franzkowiak & Hurrelmann, 2018)
- Gesundheit wird von multiplen Komponenten (bezeichnet als Determinanten oder Indikatoren der Gesundheit) beeinflusst. Dazu zählen die bereits angesprochenen inneren und äußeren Faktoren, (die u. a. auch als Ressourcen, Widerstands- oder Schutzfaktoren bezeichnet werden), sich auf unterschiedliche Ebenen – körperlich, psychisch, sozial – beziehen und sowohl individuelle als auch umwelt- bzw. sozialstrukturelle Bereiche berücksichtigen. Eine wichtige Rolle in der Entstehung und Beeinflussung der Gesundheit spielen, wie die Ausführungen zum Risikofaktorenmodell sowie zu den Determinanten von Gesundheit gezeigt haben, die individuelle Lebensweise bzw. das gesundheitsrelevante Verhalten der Menschen. Diese Verhaltensweisen sind maßgeblich für den individuellen Gesundheitszustand verantwortlich.

Nachdem die fachwissenschaftliche Aufarbeitung des Gesundheitsbegriffs erfolgt ist, wird im folgenden Abschnitt der zweite für diese Arbeit relevante Begriff – Stress – erarbeitet.

2.2 Stress haben vs. sich gestresst fühlen – Stress als hypothetisches Konstrukt

Neben dem Begriff Gesundheit prägt auch der Terminus Stress den Alltag vieler Menschen: „Kinder haben (...) [ihn] in der Schule, Studenten in der Uni, Erwachsene im Job; wir spüren den steigenden Druck im Büro genauso wie in der Freizeit, im Sport, im Stau, im Freundeskreis, in der Ehe und beim Sex“ (Ruess & Mai, 2007, 28. März). Aussagen wie „ich habe Stress“ oder „ich bin gestresst“ sind dabei aus dem Sprachgebrauch vieler Personen nicht mehr weg zu denken. Sie finden immer dann Verwendung, wenn Individuen von vielfältigen Verpflichtungen, überfüllten Terminkalendern und unzähligen, zumeist zeitgleich anfallenden Aufgaben und Anforderungen im Beruf oder Privatleben berichten. Oftmals steht das Thema auch mit einhergehender Ermüdung, Erschöpfung, Überforderung und sogar Burnout bzw. Depressionen in Verbindung. In der Konsequenz ist es nicht überraschend, dass die (multimediale) Aufarbeitung der Stress-Thematik sowie die Empfehlungen zur Stressreduktion ebenso vielschichtig sind, wie der in Kapitel 2.1 erläuterte öffentliche Umgang mit der Thematik Gesundheit: neben zum Teil stark pointierten Aussagen zum Stresslevel der Deutschen Bevölkerung in der Tagespresse, finden sich in Zeitschriften und TV-Sendungen Tipps und Strategien zur Stressvermeidung sowie zur Förderung von Entspannung und Erholung. Es werden unzählige Wellness-Arrangements und -reisen zur Flucht aus dem schnelllebigen, hektischen Alltag offeriert, die Lebensmittel-, Pharma- und Sportartikelindustrie vermarkten Anti-Stress-Produkte und Institutionen bzw. Organisationen bieten thematisch vielfältige Seminare und Workshops zur Unterstützung des Stressabbaus an.

Mit Blick auf die Forschung finden sich zahlreiche Studien, die die psychische Situation der deutschen Bürger untersuchen. So belegen verschiedene Studien der vergangenen Jahre – u. a. die Veröffentlichungen „Bleib locker, Deutschland. TK-Stressstudie“ (Techniker Krankenkasse, 2016), der jüngst veröffentlichte DAK-Gesundheitsreport (Storm, 2020), „Der Stressreport Deutschland 2019“ (BAuA, 2020), die Erhebung „Wie gesund lebt Deutschland?“ (Froböse et al., 2018), das „Präventionsradar“ der DAK (Hanewinkel et al., 2019) oder die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1; Hapke et al., 2013), dass sich viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene in ihrem Leben gestresst fühlen. Auch die WHO (1998c) hat die weite Verbreitung des Stresses erfasst: „Mental disorders contribute little to mortality but make a huge contribution to the global burden of disease“ (World Health Organization, 1998c, S. 98). Stress wird zu „einer der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts“ erklärt (Fink, 2016, 26. April) und mentale Erkrankungen zu einem der größten Treiber der globalen Krankheitslast (World Health Organization, 1998c, eigene Übersetzung). Stress scheint somit ein allgegenwärtiges Phänomen in der heutigen Leistungsgesellschaft geworden zu sein.

Auch in der Studierendenschaft zeigt sich dieses Phänomen. Viele Studenten sind gestresst und leiden zum Teil sogar an psychischen Syndromen. Zudem ist die Verschreibungsquote von Antidepressiva in den letzten Jahren unter den jungen Akademikern drastisch gestiegen (AOK-Bundesverband, 2016; Grützmaker et al., 2018; Techniker Krankenkasse, 2015a, 2015b). Neben der medikamentösen Therapie ist auch der Bedarf und

die Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungen bei den Studierenden aufgrund der erhöhten psychischen Belastungen angestiegen (Heilmann et al., 2015).

Auf Basis dieser Beobachtungen legt das folgende Kapitel den zweiten Grundstein für die theoretische Rahmenkonzeption dieser Arbeit. In Anlehnung an die Ausführungen zum Gesundheitsbegriff (vgl. Kapitel 2.1) befassen sich die folgenden Abschnitte 2.2.1 bis 2.2.4 mit der Beantwortung nachstehender Leitfragen: Was ist Stress bzw. wie wird er definiert? Wie entsteht Stress? Gibt es einen Unterschied zwischen Stress haben und sich gestresst fühlen? Was beeinflusst Stress? Ziel dieser Abschnitte ist es aus der ebenfalls vorhandenen großen Anzahl vorhandener Theorien, Konzepte und Modelle der Stressforschung, relevante Säulen aus historischer Perspektive nachzuzeichnen und verschiedene Annahmen inhaltlich kompakt darzustellen, um das Stressverständnis dieser Arbeit vorzustellen.

2.2.1 *Stress – erste Begriffsbestimmungen*

Zur ersten Begriffsannäherung erfolgt wiederum der Blick in die bereits zuvor genutzten Wörterbücher zur Herkunft der deutschen Sprache. Etymologisch betrachtet hat der Begriff Stress seinen Ursprung im neuenglischen bzw. amerikanisch-englischen Wort stress (Pfeifer, 1993b, S. 1379), welches laut Online-Ausgabe des Deutsch-Englisch-Wörterbuchs mit „Betonung, Spannung, Beanspruchung, Belastung, Druck, Anstrengung, Gewicht, Last, Überlast, Nachdruck, Überanstrengung“ (Hemetsberger, 2021b, Abschnitt Substantive) übersetzt werden kann. Pfeifer (1993b) beschreibt Stress als „(gesundheitsschädigende) Überbeanspruchung des menschlichen Organismus durch große physische und psychische Belastungen“ (S. 1379) und führt die Wortherkunft erstens auf die Abkürzung des englischen Begriffs distress – übersetzt mit „Qual, Schmerz, Kummer, Not, Erschöpfung“ (S. 1379) – und zweitens auf das altfranzösische destrece – übersetzt mit „Bedrängnis, Angst, Not“ (S. 1379) – zurück. Auch Kluge und Seybold (2011) leiten die Wortherkunft aus dem Englischen bzw. Französischen ab und kommen zu übereinstimmenden Übersetzungen (S. 891). An der Vielzahl und Art der angeführten Wortbedeutungen lässt sich an dieser Stelle bereits festhalten, dass es sich beim Wort Stress um einen vornehmlich negativ konnotierten Terminus handelt, der ein Ungleichgewicht ausdrückt, einen wenig erstrebenswerten (Befindens-) Zustand beschreibt und seinen Entstehungskontext sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene haben kann. Zudem fallen die vermehrte Verwendung des Belastungsbegriffs als auch die Verbindung zum Gesundheitsbegriff ins Auge, wenn Stress als gesundheitsschädigende Überbeanspruchung definiert wird.

Mit Blick in die Standardwerke Duden in der Online-Ausgabe (Bibliographisches Institut GmbH, 2020c) und Brockhaus-Enzyklopädie (Zwahr, 2006) lassen sich folgende Inhalte ergänzen: Stress hat laut Duden zwei unterschiedliche Bedeutungen: Zum einen die „erhöhte Beanspruchung, Belastung physischer oder psychischer

Art [und zum anderen bedeutet er] (umgangssprachlich) „Ärger“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2020h, Abschnitt Bedeutungen). Als Synonyme werden u. a. die Begriffe Anspannung, Anstrengung, Beanspruchung, Belastung, Konzentration, Mühe, Strapaze und (gehoben) Beschweris angeführt (Abschnitt Synonyme).

Im Brockhaus (Zwahr, 2006) finden sich weitere inhaltliche Anhaltspunkte: Ursprünglich als Fachbegriff in der Natur verwendet, wurde der Terminus Stress bereits frühzeitig unter psychischer Perspektive genutzt und steht heute für einen „Sammelbegriff (...) einer Vielzahl unterschiedl. Einzelphänomene, für die ein Zustand erhöhter Aktivierung des Organismus (...) kennzeichnend ist“ (S. 473). Auf Basis dieser zunächst neutralen Begriffsdefinition kann Stress in zwei Arten differenziert werden: den *Eustress* und den *Distress*. Die erste Art wird häufig als positiver Stress bezeichnet, der die individuelle Leistung eines Menschen steigern kann. Er meint die „notwendige Aktivierung des Organismus (>>Würze des Lebens<<) in Form einer günstigen, gesundheitsfördernden Belastung, die den Menschen zur Nutzung seiner Ressourcen führt und damit auch eine Weiterentwicklung eigener Fähigkeiten ermöglicht“ (Zwahr, 2006, S. 473). Die zweite Form, der *Distress*, bezieht sich auf den so genannten negativen Stress, durch den „ein schädigendes Übermaß von Anforderungen an den Organismus“ (Zwahr, 2006, S. 473) gestellt wird und der Auswirkungen auf physische, psychische und soziale Facetten der Gesundheit eines Menschen haben kann¹⁹.

Diese Definitionen verdeutlichen, dass Stress keinesfalls nur negativ aufzufassen ist. Die Stressreaktion der erhöhten Aktivierung ist ein natürlicher, körperlicher Prozess, der zur Bewältigungsiniziiierung notwendig ist. Dieser Eustress kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Der Distress hingegen beschreibt eine negativ empfundene Situation bzw. einen wenig erstrebenswerten momentanen oder auch überdauernden Zustand, der den Menschen in seinem Wohlbefinden und seiner Leistungsfähigkeit auf unterschiedlichen Ebenen – physisch, psychisch und/oder sozial – beeinträchtigen kann. Es lässt sich festhalten, dass er aus einer empfundenen Überforderungssituation entsteht und Auswirkungen auf den menschlichen Organismus und die individuelle Gesundheit haben kann. Zudem findet sich in diesem Zusammenhang der Begriff der Ressourcen in beiden Lexika: sie spielen im Entstehungs- und Bewältigungskontext von Stress eine wichtige Rolle (weitere Details in Kapitel 2.3.1.2).

Im dritten Schritt richtet sich der Blick (in Analogie zu den Inhalten des Kapitels 2.1.1) in vornehmlich (gesundheits-)wissenschaftliche Handbücher, Lexika und Fachveröffentlichungen (Monografien und Sammelbände), die das Thema Stress aus unterschiedlichen Blickwinkeln und Wissenschaftsdisziplinen bearbeiten und zusammenfassend darstellen. Ziel der folgenden Abschnitte ist es einen bündigen Überblick über die unterschiedlichen theoretischen Annahmen zu geben und die für diese Arbeit als relevant eingestuft Inhalte heraus zu stellen.

¹⁹ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf Basis der Thematik der vorliegenden Dissertation ausschließlich auf die zweite Wortbedeutung eingegangen.

Um – analog zur Aufarbeitung des Gesundheitsbegriffs – die historische Entwicklung des Begriffs und die damit einhergehende Erweiterung der Stresstheorien zu verdeutlichen, werden in historischer Perspektive drei Kategorien von Theorien und Konzepten vorgestellt, die sich im fachwissenschaftlichen Diskurs entwickelt haben: die situationsspezifischen bzw. stimulusorientierten, die biopsychologischen bzw. reaktionsbezogenen und die interaktionistischen/transaktionalen bzw. relationalen Ansätze.

2.2.2 *Historische Entwicklungslinien: vom biologisch-physiologischen zum transaktionalen Stresskonzept*

Der Begriff Stress hat, wie bereits angedeutet, eine lange Tradition. Erstmals 1936 vom Mediziner Selye im psychologischen Kontext verwendet, lassen sich die aktuell diskutierten Stresskonzepte in drei übergeordnete Gruppen einteilen: (1) Die situationsspezifischen bzw. stimulusorientierten (Stress als Input), (2) die biopsychologischen bzw. reaktionsbezogenen (Stress als Output) und (3) die interaktionistischen/transaktionalen bzw. relationalen Ansätze (Stress als Ergebnis der Person-Umwelt-Transaktion) (Faltermaier, 2017; Franzkowiak & Franke, 2011, 2018; Gerlach, 2008; Knoll et al., 2017; Kohlmann, 2002; Reimann & Pohl, 2006; Schwarzer, 1992, 2004; Werdecker & Esch, 2019; Zwahr, 2006).

Die erste Kategorie der situationsspezifischen bzw. stimulusorientierten Theorien führen die Entstehung von Stress vor allem auf Veränderungen in Lebenssituationen und deren Konsequenzen bezogen auf das Befinden eines Menschen zurück, d. h. auf einen schädigenden Stimulus aus der Umwelt. Somit liegt der Fokus auf der die Reaktion auslösenden Situation anstatt auf der (physischen) Reaktion durch die Situation (Franke, 2012, S. 111). Im Mittelpunkt stehen so genannte kritische Lebensereignisse²⁰, die es zu bewältigen gilt und die ein „hohes Maß an Anpassungsleistung und persönlicher Umorientierung“ (Kohlmann, 2002, S. 558) vom Individuum erfordern. Holmes und Rahe (1967) sind Hauptvertreter dieser Konzeption. Im Rahmen ihrer in den 60er-Jahren veröffentlichten Life-Event-Theorie dokumentierten sie verschiedene Stresssituationen und gewichteten diese auf Basis empirischer Untersuchungen hinsichtlich ihrer Stressbelastung. Beispiele für diese Situationen bzw. Lebensereignisse sind Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin, Scheidung, Gefängnisstrafe, Krankheit oder Verletzung, Heirat, Kündigung der Arbeitsstelle, Schwangerschaft oder sexuelle Schwierigkeiten (Holmes & Rahe, 1967 zitiert nach Franke, 2012, S. 113). Die beiden Vertreter entwickelten die Social Readjustment Rating Scale, bei der betroffene Personen 43 einzelne Lebensereignisse bewerten, so dass ein Summenscore der hinterlegten Life-Change Units entsteht. Dieser Punktwert wird genutzt, um eine Aussage hinsichtlich Stress und eines potenziellen Erkrankungsrisikos vorzunehmen. Kritisiert an ihrem Vorgehen werden u. a. methodische

²⁰ Laut Schneider und Lindenberger (2018) sind sie „belastende Ereignisse im menschlichen Lebenslauf, die Bewältigungsstrategien erfordern. Man unterscheidet normative kritische Lebensereignisse, die im Lebenslauf regelhaft eintreten und zugleich Entwicklungsaufgaben sind, und non-normative kritische Lebensereignisse, die unerwartet eintreten und daher besonders belastend sind (z.B. Unfall, Krankheit, Tod eines Angehörigen)“ (S. 804). Im Gegensatz zum Konzept der Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.1.2) betreffen die kritischen Lebensereignisse bis auf wenige Ausnahmen nur einzelne Individuen und treten zumeist unvorhergesehen auf (Schneider & Lindenberger, 2018, S. 52).

Aspekte im Rahmen ihrer Untersuchung, eine fehlende fundierte theoretische Einbettung sowie die Annahme, dass die Lebensereignisse für alle Menschen unabhängig von ihrer Lebenslage identisch seien (Franke, 2012, S. 114; Gerrig et al., 2018, S. 477).

Die zweite Kategorie der Stresstheorien bilden die biopsychologischen bzw. reaktionsbezogenen Konzeptionen. Sie sehen Stress als (biologisch-physiologische) (Belastungs-)Reaktion auf bestimmte Umwelt- und innerpsychische Reize eines Menschen und fokussieren deren zumeist körperliche Anpassungsreaktionen sowie die intraindividuellen Regulationssysteme des Menschen. In diesen Konzeptionen steht der menschliche Organismus mit seiner Reaktion auf Stressoren im Vordergrund; die stressinduzierenden Ursprünge, die zur Reaktion führen, bleiben unberücksichtigt (Faltermaier, 2017; Franke, 2012; Knoll et al., 2017; Werdecker & Esch, 2019). Dauern diese Überbeanspruchungszustände längerfristig an, kann es zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommen (Kohlmann, 2002, S. 558). Einer dieser Kategorievertreter ist der bereits erwähnte Mediziner Selye (1936), der sich mit der Reaktion des Organismus auf unterschiedliche äußere Einflussfaktoren beschäftigte und bereits in den 1930er Jahren eine Theorie der Stressreaktion, die er im General Adaptation Syndrome zusammenfasst, erarbeitete. Diese Anpassungsleistung des Menschen beinhaltet drei Reaktionsmuster auf einen Stressor: die Alarm-, Widerstands- und Erschöpfungsphase. Sie gestalten sich wie folgt: In der Alarmphase der akuten Stressphase reagiert der Körper mit einem Schock und es resultiert vorerst eine geringere Widerstandskraft. In der Widerstandsphase antwortet der Körper mit der Ausschüttung und Aktivierung bestimmter messbarer Hormone auf die jeweilige Situation, um das innere Gleichgewicht (die Homöostase) wiederherzustellen, um sich an die situativen Bedingungen anzupassen. Diese Reaktion wird auch Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System genannt (Knoll et al., 2017, S. 88-89; Kudielka & Kirschbaum, 2002, S. 561). In dieser Phase kommt es durch die Aktivierung der Energiereserven zu einer zeitweiligen Erhöhung der Widerstandskraft und zum Bewältigungsversuch. Löst sich die Stresssituation nicht auf und manifestiert sich in Form von chronischem Stress, kommt es zur Erschöpfungsphase. Hier brechen Widerstand und Adaptationen ein und es kann zur Entstehung von Ausfallerscheinungen kommen (Faltermaier, 2017, S. 87-126; Franzkowiak & Franke, 2018, S. 965; Gerrig et al., 2018, S. 475-476; Knoll et al., 2017, S. 88-89). Die heutige Weiterentwicklung dieses Konzepts beschränkt die Anpassungsleistung des Menschen nicht nur auf hormonelle Reaktionen, sondern impliziert komplexere Vorgänge in allen Funktionssystemen des Körpers (beispielsweise auch Atmung, Herz-Kreislaufsystem, Muskulatur, Stoffwechsel) (Franke, 2012, S. 110).

Die beschriebenen Ansätze der ersten und zweiten Kategorien erfuhren neben den bereits angeführten Aspekten weitere Kritik hinsichtlich ihrer Inhalte bezogen auf die Passivität des Menschen – konkreter: bezüglich interindividueller Unterschiede hinsichtlich des Stresserlebens (Knoll et al., 2011, S. 89-93).

Auf dieser Basis erhält die dritte Kategorie der Stresskonzeptionen besondere Aufmerksamkeit: die transaktionalen/ interaktionistischen bzw. relationalen Konzeptionen. Sie legen den Fokus im Gegensatz zu den vorher

dargestellten Theorien auf die „Bedeutung der kognitiven Einschätzung einer belastenden Situation“ (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 965; vgl. auch Gogoll, 2004, S. 35-37), d. h. auf die subjektive Bewertung und Bedeutungszuweisung einer vorerst neutralen Anforderung. Die Interaktion zwischen Mensch und Umwelt steht – auf Basis der zur Verfügung stehenden Ressourcen – somit im Mittelpunkt dieser kognitiv-psychologischen Stress-theorien (Franzkowiak & Franke, 2018; vgl. auch Reimann & Pohl, 2006, S. 219). Der bekannteste Vertreter ist der Psychologe Richard S. Lazarus. Als Militärpsychologie beobachtete er, „dass Menschen nicht uniform auf einen Stressor reagieren, sondern dass der gleiche Stressor in der gleichen Situation von verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich verarbeitet werden kann“ (Franke, 2012, S. 117). Dies nahm er zum Anlass, die Entstehung von Stress neu zu durchdenken. Ergebnis ist das transaktionale Stressmodell, welches in den 1980er Jahren publiziert wurde und heutzutage auch unter dem Namen Coping-Theorie bekannt ist. In diesem Modell definieren Lazarus und Folkman (1986) Stress wie folgt: „Psychological stress refers to a relationship with the environment that the person appraises as significant for his or her well-being and in which the demands tax or exceed available coping resources“ (S. 63).

Es werden zwei Begriffe relevant: appraisal und coping. Franke (2012) übersetzt diese mit kognitiver „Bewertung“ (appraisal) und „Bewältigung“ (coping). Stress entsteht somit in der reziproken Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt – damit kann Stress als relationales Konzept bezeichnet werden. Im Grundsatz erfolgt eine als bedeutsam empfundene Bewertung der Situation (und damit gegebenenfalls die Bewertung der Situation als Stressor) im Hinblick auf das individuelle Wohlergehen.

Sie erfolgt dabei in zwei Schritten: im primary und secondary appraisal. Abbildung 5 zeigt den schematischen Ablauf des gesamten Coping-Prozesses.

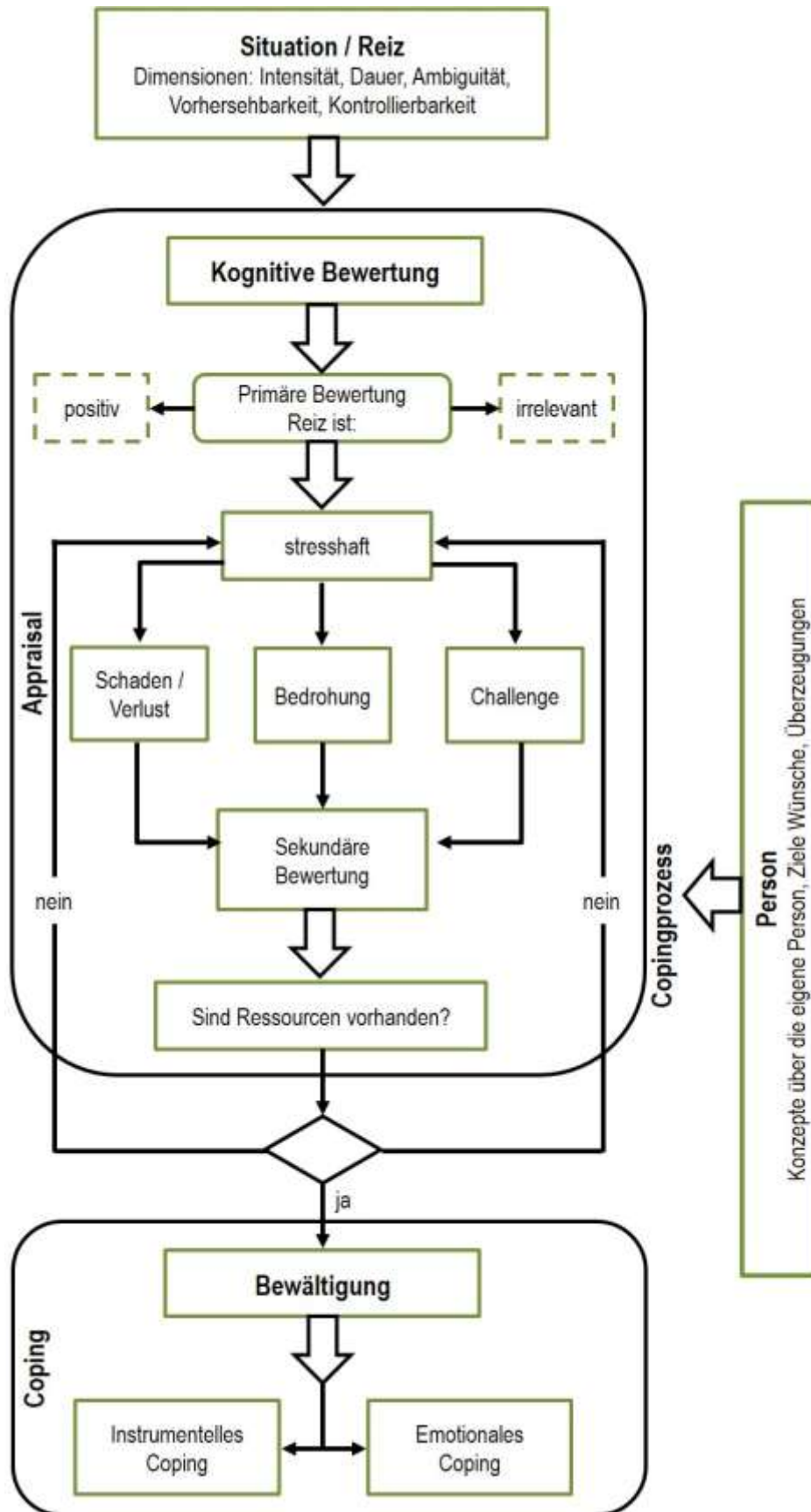


Abb. 5. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (aus Franke, 2012, S. 122)

Trifft in einer Person-Umwelt-Interaktion ein Reiz bzw. eine Situation auf ein Individuum, erfolgt die Phase der Bewertung. In einem ersten Teilschritt wird die Situation wahrgenommen und ihre Relevanz überprüft, indem abgewogen wird, welche Auswirkungen die Anforderung auf das Wohlergehen der Person besitzt. „Der Reiz kann (1) irrelevant für die Person sein, er kann (2) als positiv bewertet werden oder aber (3) als einer, der die unmittelbaren Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, das heißt als stresshaft [eingeschätzt werden]“ (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 966-967). Für den Bewältigungsprozess relevant ist ausschließlich die dritte Einschätzung, in der aus der neutralen Situation bzw. dem Reiz ein Stressor wird. Ist diese Einschätzung als stresshaft geschehen, bewertet das Individuum in einem nächsten Schritt die mögliche Konsequenz des Stressors bezüglich potenziell auftretendem Schaden bzw. Verlust, Bedrohung oder Herausforderung²¹. Sind beide appraisal-Teilschritte erfolgt, beginnt der secondary appraisal: hier erfolgt ein Abgleich der vorhandenen Bewältigungsressourcen bezogen auf den Stressor (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 966-967; Reimann & Pohl, 2006, S. 219). Als Ressourcen gelten dabei alle „Kräfte und Mittel, die eine Person in sich und in ihrer Umwelt aktivieren kann“ (Franzkowiak & Franke, 2011, S. 547)²².

Die Phase des Copings, in der alle „kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen [initiiert werden, um] mit dem Stressor umzugehen“ (Franke, 2012, S. 120; Kaluza, 2002), schließt sich an. Ziel ist es, den erwarteten Schaden bzw. die Bedrohung so gering wie möglich zu halten. Die Bewältigungsstrategien lassen sich auf Basis der Annahmen von Lazarus und Folkman (1984) dabei ebenfalls in zwei Kategorien – die problembezogenen, instrumentellen sowie die emotionsbezogenen Strategien – unterteilen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Lösung der Situation zum einen in Bezug auf Anstrengungen, die die Situation verändern und zum anderen in Bezug auf jene, die die eigenen Emotionen und Gefühle modifizieren. Zu den Strategien des instrumentellen Copings zählt das Einholen von Informationen oder von sozialer Unterstützung. Kognitives Umstrukturieren, innerliches Distanzieren, Sich-Ablenken oder Beten werden dem emotionalen Coping zugerechnet. Beide Strategien sind dabei nicht eindeutig getrennt voneinander zu betrachten (Franke, 2012; Franzkowiak & Franke, 2018; Reimann & Pohl, 2006)²³. Franzkowiak und Franke (2018) nennen in ihrer neusten Veröffentlichung zu Stress und Stressbewältigung eine dritte Copingstrategie – das regenerative Coping – welches Maßnahmen

21 An dieser Stelle soll betont werden, dass die hier erfolgte schematische Darstellung in der realen Handlungssituation nicht nacheinander, sondern zum Teil auch gleichzeitig – mit einer Rückbewertung vorheriger Bewertungen – stattfindet (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 967). Zum besseren Verständnis werden an dieser Stelle die einzelnen Phasen allerdings nacheinander beschrieben.

22 Die besondere Bedeutung der Ressourcen wird im Rahmen der Aufarbeitung der Stress-Gesundheits-Beziehung in Kapitel 2.3.1.2 noch einmal aufgegriffen. An dieser Stelle wird vorerst die Gesamtheit des Prozesses zur Stressgenese dargestellt, um seine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, bevor konkret einzelne Ressourcen differenzierter dargestellt werden.

23 Andere Theorien zu Bewältigungsstrategien differenzieren insgesamt vier Strategien des Copings: die reaktiven, antizipatorischen, präventiven und proaktiven. Bereits an der Formulierung fällt auf, dass es sich nicht nur um Anstrengungen hinsichtlich Stressereignissen, sondern mit dem proaktiven Coping auch um zielorientierte Facetten handelt (Schwarzer, 2004, S. 159-162). Zudem ist Lazarus Verwendung des Bewältigungsbegriffs den prozessorientierten Definitionen zuzuordnen, welche sich im Gegensatz zu den trait-orientierten Annahmen durch die drei Aspekte Aktualitätsbezogenheit, Situationsabhängigkeit sowie zeitliche Variabilität auszeichnet (Gogoll, 2004, S. 44).

enthält, „körperliche Anspannung zu lösen, innere Unruhe zu dämpfen und neue Energien aufzubauen“ (S. 968-969).

Im Hinblick auf das erfolgreiche Lösen der als stressreich bewerteten Situation ist es notwendig, dass das Individuum über ausreichend personale und/oder soziale Ressourcen verfügt und Bewältigungsstrategien situationsspezifisch aus sich selbst oder aus der Umwelt bereitstellen kann. Nur so kann der Stressor erfolgreich überwunden werden (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 969).

Parallel zu den Bewältigungsbemühungen erfolgt das reappraisal, die ständige Neubewertung und ggf. die Modifikation der primären Einschätzung der Situation, die zur Veränderung der Bewältigungsstrategien oder zur Neubewertung des Stressors führen kann. Das Ergebnis des Bewältigungsprozesses kann dann das Entschärfen oder das Aufrechterhalten des Stressors sein und unterschiedliche Auswirkungen – beispielsweise Entwicklungsschritte oder die Beeinflussung der Gesundheit und des Wohlbefindens – besitzen. Die Neuartigkeit des Modells im Vergleich zu den situationsspezifischen bzw. biopsychologischen Stresstheorien besteht darin, dass jedwede Situation in Abhängigkeit von der subjektiven Bedeutungszuweisung sowie den Ressourcen des Individuums zu Stress führen kann oder nicht. Damit stellen Lazarus und sein Team die Grundannahme der Life-Event-Theorie – „dass es personenunabhängige, objektivierbare Lebensereignisse gibt, die für alle Menschen gleichermaßen Stress auslösen“ (Franke, 2012, S. 114) – in Frage – und fokussieren die Individualität der Stressgenese.

Die gesamten Ausführungen zum (historischen) Wandel des Stressverständnisses untermauern aus fachwissenschaftlicher Perspektive die Inhalte der ersten Annäherung an den Stressterminus (vgl. Kapitel 2.2.1). Auch der Begriff Stress wird in unterschiedlichen Konzeptionen verschieden definiert und es bestehen mehrere Modelle der Stressgenese nebeneinander, die sich mit unterschiedlichen Entstehungsursachen und deren Folgen auseinandersetzen. Bislang besteht auch hinsichtlich dieser Thematik kein Konsens für eine übergreifend anerkannte Definition: Je nach fachspezifischem Ausgangspunkt und spezieller Betrachtungsperspektive werden unterschiedliche Schwerpunkte für die Entstehung von Stress gelegt. Festzuhalten bleibt dennoch, dass die lange Zeit dominierenden situationsspezifischen bzw. stimulusorientierten und rein biopsychologischen bzw. reaktionsbezogenen Ansätze mit der Fokussierung auf Stress als Input bzw. die durch den Stress ausgelöste Situation durch komplexere Konzepte aus transaktionaler Perspektive abgelöst wurden. Damit wird der Entstehungskontext komplexer und der Fokus auf die individuelle Bewertung sowie Bewältigung gelegt. Den zur Verfügung stehenden Ressourcen kommt im Bewertungs- und Bewältigungsprozess eine entscheidende Bedeutung zu.

Für das Stressverständnis der vorliegenden Dissertation wird das transaktionale Stressmodell von Lazarus zugrunde gelegt. Es stellt die Wahrnehmung, Bewertung sowie die subjektive Bedeutungszuweisung der Studierenden in den Mittelpunkt, um auf dieser Basis und unter Einbezug vorhandener Ressourcen den Bewältigungsversuch zu initiieren. Gelingt dieser Versuch, wird die Situation entschärft. Misslingt die Auseinandersetzung, kann es zu Einschränkungen und Schädigungen der Gesundheit bis zur Entstehung von Krankheiten kommen. In weiterer Analogie zur Aufarbeitung der Determinanten von Gesundheit (vgl. Kapitel 2.1.3) erfolgt im nächsten Schritt die Auseinandersetzung mit möglichen Einflussfaktoren für die Entstehung von Stress: den Stressoren.

2.2.3 Determinanten zur Entstehung von Stress

Nachdem im vorherigen Abschnitt herausgearbeitet wurde, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte zum Thema Stress vorliegen und diese verschiedene Erklärungsansätze aus unterschiedlichen Blickrichtungen anbieten, werden nun Determinanten bzw. Indikatoren zur Entstehung von Stress theoriebasiert zusammengetragen. Auf Basis der Ausführungen zum transaktionalen Stressmodell in Kapitel 2.2.2 ist an dieser Stelle zuerst festzuhalten, dass allgemeingültige Determinanten bzw. Indikatoren für die Stressgenese nicht generalisierbar für alle Menschen vorhanden sind. Begründet ist dies in der bereits angesprochenen höchst subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung von Reizen, Anforderungen und Situationen und ihrer (möglichen) Bewertung als Stressoren. Sowohl in der Appraisal, als auch in der Coping-Phase spielen individuelle Personenmerkmale und das Vorhandensein sowie der Einsatz von Ressourcen für die Bewältigung eine entscheidende Rolle. Der gleiche Reiz, die identische Situation oder die gleiche Anforderung können für eine Person einen Stressor darstellen und für eine andere Person nicht (Faltermaier, 2017; Franke, 2012; Werdecker & Esch, 2019).

Dennoch konnten Gruppen von Stressoren identifiziert werden, die von vielen Menschen als stresshaft empfunden werden. Drei Strukturierungsschemata werden in Anlehnung an Franzkowiak und Franke (2018), Reimann und Pohl (2006) sowie Gogoll (2004) angeführt. Tabelle 2 zeigt exemplarisch die Kategorisierung der erst genannten Autoren. Franzkowiak und Franke (2018) differenzieren sechs Gruppen von negativen Stressoren. Dazu zählen: Alltags- und Arbeitsbelastungen und physikalisch-sensorische, Leistungs- und soziale sowie körperliche Stressoren, kritische Lebensereignisse, chronische Spannungen und Belastungen und lebensverändernde kritische Übergänge im Lebenslauf (die auch als Entwicklungsaufgaben bezeichnet werden können).

Tab. 2. Gruppen negativer Stressoren (aus Franzkowiak & Franke, 2018, S. 967-968)

Art der Stressoren	Beispiel für Situationen und Reize
Alltags- und Arbeitsbelastungen und physikalisch-sensorische Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Hetze • Zeitlicher Druck, Arbeitsverdichtung • Lärm • Reiz- oder Schlafentzug

Fortführung Tab. 2. *Gruppen negativer Stressoren* (aus Franzkowiak & Franke, 2018, S. 967-968)

Art der Stressoren	Beispiel für Situationen und Reize
Leistungs- und soziale Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Über- und Unterforderung • Konkurrenz • Isolation • Zwischenmenschliche Konflikte
Körperliche Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzung • Schmerz • Hunger • Starke Funktionseinschränkungen
Lebensverändernde kritische Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Bezugspersonen, von wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz • Plötzliche Einschränkungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
Chronische Spannungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte kleine Alltagsprobleme („daily hassles“) • Rollenkonflikte in Beruf und Familie • Dauerhafte Arbeitsüberlastungen • Lang andauernde Krankheiten
Kritische Übergänge im Lebenslauf („Transitionen“)	<ul style="list-style-type: none"> • Adoleszenz und junges Erwachsenenalter • Pubertät, Klimakterium, Andropause • Berufseinstiege oder -ausstiege • Übergang in die nachberufliche Lebenszeit, in ein Rentner*innen-Dasein • „Empty nest“-Syndrom

Reimann und Pohl (2006) führen hingegen nur drei übergeordnete Kategorien der Stressoren an: physikalische und körperliche, zu denen sie beispielsweise Kälte, Lärm, extreme Hitze, Schmerz, Gefahren für Leib und Leben zählen. Ferner nennen sie soziale Stressoren (z. B. Konflikte, Trennungen) und Anforderungen im Bereich der Leistung (exemplarisch genannt werden Überforderungen, geringer Handlungsspielraum, Zeitdruck). Gogoll (2004) fügt aus der Perspektive der physisch-materiellen und sozialen Umwelt neben den bereits aufgezählten kritischen Lebensereignissen („life events“), den chronischen Anspannungen („chronic strains“), den alltäglichen Belastungen („daily hassles“) und den problematischen Transitionen (Übergänge im Lebenslauf) auch die so genannten „nonevents“ – also das „Nichteintreten eines erwünschten Ereignisses“ (S. 38; vgl. auch Reimann & Pohl, 2006, S. 218) – sowie die makrostrukturellen Stressoren (z. B. politische Revolutionen, Gogoll, 2004, S. 37) an.

Bei der Betrachtung der drei Systematisierungsschemata fällt auf, dass die Stressoren ihren Ursprung in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens haben. Ähnlich wie die Determinanten von Gesundheit lassen sich potenzielle Stressoren auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene verorten. Die unterschiedlichen Strukturierungen zeigen zudem Parallelen in den identifizierten Stressoren auf, die sich vielschichtig ausgestalten. Ob die einzelnen Situationen und Beispiele allerdings tatsächlich zu Stressoren werden, ist – wie zuvor erläutert –

interindividuell verschieden und abhängig von Einschätzungsprozessen, den vorhandenen Ressourcen im Coping-Prozess sowie den eingesetzten Copingstrategien (Schwarzer, 2002a, S. 176). All diese Stressoren können bei misslingender Bewältigung zum Auftreten von Stress-Symptomen führen, die – bei anhaltendem Dauerzustand – pathophysiologische Auswirkungen für die Gesundheit haben können. Diese werden in Kapitel 2.3 beschrieben.

Nachdem Stressoren als Einflussfaktoren für die Stressgenese betrachtet wurden, werden die gesamten Inhalte zur Stressthematik in Form einer Bilanzierung zusammengefasst.

2.2.4 *Zwischenfazit zum Thema Stress*

Im vorangegangenen Kapitel hat eine dreischrittige Annäherung und inhaltliche Begriffsbestimmung zum Terminus Stress, als zweitem für die vorliegende Arbeit relevantem Begriff, stattgefunden. Über die Etymologie, Grundlagenwerke sowie (gesundheits-)wissenschaftliche Fachliteratur ist die Aufarbeitung aktuell diskutierter und zum Teil nebeneinanderstehender Konzeptionen und Ansätze zur Entstehung von Stress erfolgt. Aus diesen Ausführungen lassen sich in Bezug auf die eingangs formulierten Leitfragen folgende Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit zusammenfassend festhalten:

- Analog zu den zahlreichen Definitionen zum Gesundheitsbegriff finden sich verschiedene Annahmen, Konzeptionen und Theorien, die sich mit der Thematik Stress, seiner Genese, Bewältigung sowie seinen Folgen auseinandersetzen. Unterschiedliche Fachdisziplinen legen dabei spezifische Schwerpunkte in die Entstehung sowie die Auswirkungen von Stress (beispielsweise aus biologisch-physiologisch/medizinisch-biologischer, psychoneuroimmunologisch, sozialer, kognitiv-psychologischer, gesellschaftlicher Perspektive). Franke (2012) bezeichnet Stress als „Schlüsselkonzept der Gesundheitswissenschaften“ (S. 106). Bislang liegt allerdings kein einheitliches, konsensfähiges Begriffsverständnis vor.
- Stress ist, wie populärwissenschaftlich häufig angenommen, kein ausschließlich negativ konnotiertes Phänomen. Die Differenzierung in positiven (Eustress) und negativen Stress (Distress) macht auf die ursprünglich neutrale Bedeutung des Wortes als „unspezifische Anpassung des Organismus an jede Anforderung“ aufmerksam. Die im Begriff auftretende Ambivalenz ist dabei Kennzeichen des Stressbegriffs.
- Stress kann sich akut oder chronisch äußern, je nachdem, wie lange die Spannungs- bzw. Ungleichgewichtszustände andauern. Dies kann unterschiedliche Konsequenzen für die Stressreaktion und letztendlich für die Gesundheit des Individuums besitzen. Die Auswirkungen einer nicht gelingenden Bewältigung der stressreichen Situation können sich dann auf affektiver und/oder kognitiver Ebene manifestieren und/oder sich in somatischen Reaktionen des Organismus zeigen. Dies wird bei der Zusammenführung der Themen Gesundheit und Stress in Kapitel 2.3 detailliert erläutert.

- Stresstheoretische Ansätze, wie das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1986), schreiben bei der Stress-Genese sowohl der individuellen Bewertung des Reizes bzw. der Situation in Abhängigkeit von den jeweils vorhandenen personalen und sozialen Ressourcen die entscheidende Bedeutung in der Stressgenese zu. Somit spielt die Subjektivität bei der Wahrnehmung und Bewertung der Anforderung eine maßgebliche Rolle. Indem diese als stresshaft eingeschätzt wird, wird aus der neutralen Situation bzw. dem Reiz ein Stressor, den es mit Hilfe vorhandener Ressourcen und Copingstrategien zu bewältigen gilt. Je nach Ergebnis des Bewältigungsversuchs kann es zur positiven oder negativen Beeinflussung des Wohlbefindens und der Gesundheit kommen. Bereits mehrfach ist diese enge Verbindung zur Gesundheitsthematik deutlich geworden. Sie wird in Kapitel 2.3 präzisiert.
- Die Systematiken von Stressoren von Franzkowiak und Franke (2018), Reimann und Pohl (2006) und Gogoll (2004) machen deutlich, dass sich Stressoren auf zahlreichen Ebenen im Alltag und im Leben von Individuen finden lassen (u. a. physikalisch-sensorisch, sozial, körperlich, leistungsorientiert) und aus unterschiedlichen Kontexten (u. a. Alltagsbelastungen, kritischen Lebensereignissen, chronischen Belastungen, Übergängen im Lebenslauf) entstehen können. Ob diese tatsächlich als stresshaft empfunden werden, hängt aber in transaktionaler Sicht vom Individuum und seiner Beziehung zur Umwelt ab.

Für die vorliegende Dissertation wird das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1986) ausgewählt. Es stellt enge Verbindungen zur Thematik Gesundheit her, da die Stressreaktionen eine Beeinflussung der Gesundheit zur Folge haben können und sich chronischer Stress negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Diese Verbindung der Stress-Gesundheits-Beziehung wird im folgenden Abschnitt präzisiert.

2.3 Gesundheit und Stress

Wie die bisherigen Ausführungen der Kapitel 2.1 und 2.2 gezeigt haben, finden die beiden Themen Gesundheit und Stress sowohl in der Gesellschaft als auch in der fachwissenschaftlichen Diskussion um Theorien, Modelle und Konzeptionen große Beachtung. Im Rahmen der theoretischen Aufarbeitung der beiden Begriffsverständnisse ist bereits deutlich geworden, dass sie eng mit einander in Verbindung stehen. Festgehalten werden kann bislang Folgendes: Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Gesundheitsthematik in Kapitel 2.1 ist deutlich geworden, dass Stress in den unterschiedlichen Gesundheits- (und auch Krankheits-)Modellen – als möglicher Ursprung für die Beeinträchtigung der Gesundheit und bei andauerndem Stress (Disstress) als potentielle Ursache für die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten gesehen wird. Umgekehrt bestätigen dies auch die Ergebnisse der Aufarbeitung der Stressthematik in Kapitel 2.2: gesundheitliche Beeinträchtigungen und pathophysiologische Folgen können das Ergebnis eines misslungenen Bewältigungsprozesses sein, die langfristig

dazu führen, dass Krankheitsprozesse im Körper gefördert werden und es zu Gesundheitsbeeinträchtigungen kommt (Perspektive: Stress → Gesundheit).

Mit Blick auf die zweite Betrachtungsperspektive Gesundheit → Stress lässt sich vor allem im Kontext der Ressourcen festhalten, dass sich Gesundheit sowohl auf die Bewertung der Situation im Stressgeneseprozess als auch auf den Stressbewältigungsprozess auswirken kann: so können gute „Gesundheitsressourcen“ dazu führen, dass eine Situation gar nicht als stressreich empfunden wird oder ausreichend gesundheitsförderliche Ressourcen vorhanden sind, die zur positiven Bewältigung des Stressors und damit zum Abbau des Stresses führen kann.

Auf Basis dieser Grundüberlegungen ist es das Ziel des folgenden Kapitels, die Verbindungen beider Themengebiete zu konkretisieren und die Stress-Gesundheits-Beziehung klarer zu illustrieren. Dazu werden die möglichen Reaktionen und Auswirkungen von (chronischem) Stress auf die physische, psychische und soziale Gesundheit sowie die Auswirkungen im Kontext der Krankheitsentstehung zusammengetragen. Anschließend werden ausgewählte Ressourcen inklusive ihrer Bedeutung für die Einschätzung der Situation bzw. möglicher Stressoren näher aufgeschlüsselt.

Konkret sollen im Rahmen dieses Kapitels folgende Leitfragen beantwortet werden: Wie gestaltet sich die Stress-Gesundheits-Beziehung im Detail? Warum gefährdet Stress die Gesundheit? Welche Auswirkungen kann Stress auf die Gesundheit haben? Welche Rolle spielen Ressourcen in der Stress-Gesundheits-Beziehung? Welche unterschiedlichen Ressourcen können differenziert werden?

2.3.1.1 *Stress und physische, psychische und soziale Gesundheit*

Die Auswirkungen von dauerhaftem Stress auf die physische und psychische Gesundheit als auch deren Konsequenzen für die soziale Gesundheit gestalten sich multiple. So halten Franzkowiak und Franke (2018) fest, dass „der Stressprozess (...) ein unspezifisch wirkender Co-Faktor bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten, vornehmlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Depressionen und Abhängigkeiten“ (S. 972) ist. Dies wird ebenfalls durch die Auseinandersetzung Gerbers (2008) mit den hormonellen und endokrinologischen Aspekten der Stressreaktion belegt. Er trägt potentielle Folgen für die Gesundheit sowie die Entstehung von Krankheiten zusammen und strukturiert diese hinsichtlich unterschiedlicher Systeme und Organe des Körpers: Bei andauerndem Stress kann es bezogen auf das Gehirn zur Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit, zum Nachlassen von Gedächtnisfunktionen, zu Störungen des Bewusstseins als auch zum Hirninfarkt kommen. Auf somatischer Ebene können sich die Auswirkungen von chronischem Stress sowohl auf das Herz-Kreislauf-System, die Muskulatur, die Verdauungsorgane, den Stoffwechsel und das Immunsystem sowie das Schmerzempfinden und die Sexualität beziehen. Konkret kann sich dies im Bluthochdruck (essentielle Hy-

pertonie), in koronaren Herzerkrankungen (z. B. Stress-Cardiomyopathie), in Gefäßablagerungen (Arteriosklerose) bis hin zum Herzinfarkt äußern. Auch Kopf- und Rückenschmerzen, Zittern und Koordinationsprobleme sowie Störungen der Verdauung (z. B. Sodbrennen, Verstopfung, Durchfall), Magen-Darm-Geschwüre, ein erhöhter Blutzucker- und/oder Cholesterinspiegel und eine verminderte bzw. übersteigerte Immunkompetenz können die Folgen eines zu langanhaltenden, hohen Stresspegels sein. Ferner kann im Hinblick auf das Schmerzempfinden die Schmerztoleranz sinken und es kann zu einem gesteigerten Schmerzerleben kommen. Auch bezogen auf die Sexualität kann Stress Reaktionen wie den Verlust der Libido, Störungen des Zyklus oder Impotenz hervorrufen. Schließlich können die Sinnesorgane von Auswirkungen durch Stress in Mitleidenschaft gezogen werden. So ist es nicht selten, dass gestresste Menschen über Ohrgeräusche, Tinnitus und sogar Hörstürze klagen (vgl. auch Faltermaier, 2017; Goebel & Lamparter, 2004; Kaluza, 2011; Kratzsch & Goebel, 2018; Werdecker & Esch, 2019).

Neben diesen vornehmlich physischen Reaktionen kann sich chronischer Stress ebenfalls auf die psychische Gesundheit eines Menschen auswirken. Die psychischen Verhaltensauffälligkeiten können sich in Form von innerer Anspannung und Unruhe, Niedergeschlagenheit sowie Hoffnungslosigkeit, Schlafproblemen und Erschöpfungszuständen, Angstzuständen und Panikattacken bis hin zu Depressionen und Burnout äußern (Gerber, 2008; Robert Koch-Institut, 2015; Werdecker & Esch, 2019).

Auf sozialer Ebene kann es bei chronischem Stress zu Veränderungen hinsichtlich der sozialen Einbindung und Netzwerke des Individuums kommen. Starkes Klammern, (temporärer) sozialer Rückzug bis hin zur völligen Isolation können einige dieser Folgen sein. Zudem können sich negative Befindlichkeiten entwickeln, die sich auf die sozialen Beziehungen beziehen: Gefühle des Ausgenutzt werdens, der Gereiztheit durch das soziale Netzwerk als auch fehlendes Verständnis für die Belange anderer bis hin zum Interessensverlust an den Mitmenschen zählen zu diesen Veränderungen, die die soziale Gesundheit negativ beeinflussen können (Kaluza, 2011; Werdecker & Esch, 2019).

Diese dargestellten Zusammenhänge von Stress und Gesundheit werden von verschiedenen Autoren grafisch systematisiert als Stress-Gesundheits-Beziehung abgebildet. Exemplarisch wird für diese Arbeit die Darstellung von Franke (2012) aufgegriffen. Sie bildet die direkten und indirekten Zusammenhänge von Stress und Gesundheit ab (vgl. Abb. 6). Für die direkten Zusammenhänge ist die bereits in den reaktionsbezogenen Konzeptionen (siehe Kapitel 2.2.2) vorgestellte Annahme ausschlaggebend, dass Stress direkten Einfluss auf den menschlichen Körper besitzt. Resultat von Stress ist – bei fehlender Kompensationsmöglichkeit der erhöhten Erregung – eine Dauererregung, die zu Störungen sowie Schädigungen in Form von multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen kann (Franzkowiak & Franke, 2018). Zudem gibt es indirekte Einflüsse von Stress auf die Gesundheit: Stress wird begünstigt durch verschiedene moderierende Variablen. Dazu zählen u. a. das Alter und Geschlecht, als auch die Schichtzugehörigkeit, der individuelle Lebensstil, genetische Prädispositionen sowie

vorhandene Persönlichkeitsmerkmale und Ressourcen (Franke, 2012, S. 125-127). „Diese Variablen beeinflussen sowohl Art und Häufigkeit des Auftretens von Stressoren als auch deren subjektive Bewertung und dementsprechend auch die gesundheitlichen Effekte“ (Franke, 2012, S. 126). Das gesundheitsrelevanten Verhalten erhält in diesem Kontext ebenfalls eine wichtige Bedeutung, da Individuen dieses in Stresssituationen häufig ändern. So wird aus Gesundheitsverhalten oftmals gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, welches die allgemeine Belastbarkeit reduziert und zu einem schnelleren Ausschöpfen der Widerstandskräfte führt (Franke, 2012). (Dies wird im Rahmen des Kapitels 2.5.4. weiter ausgeführt).

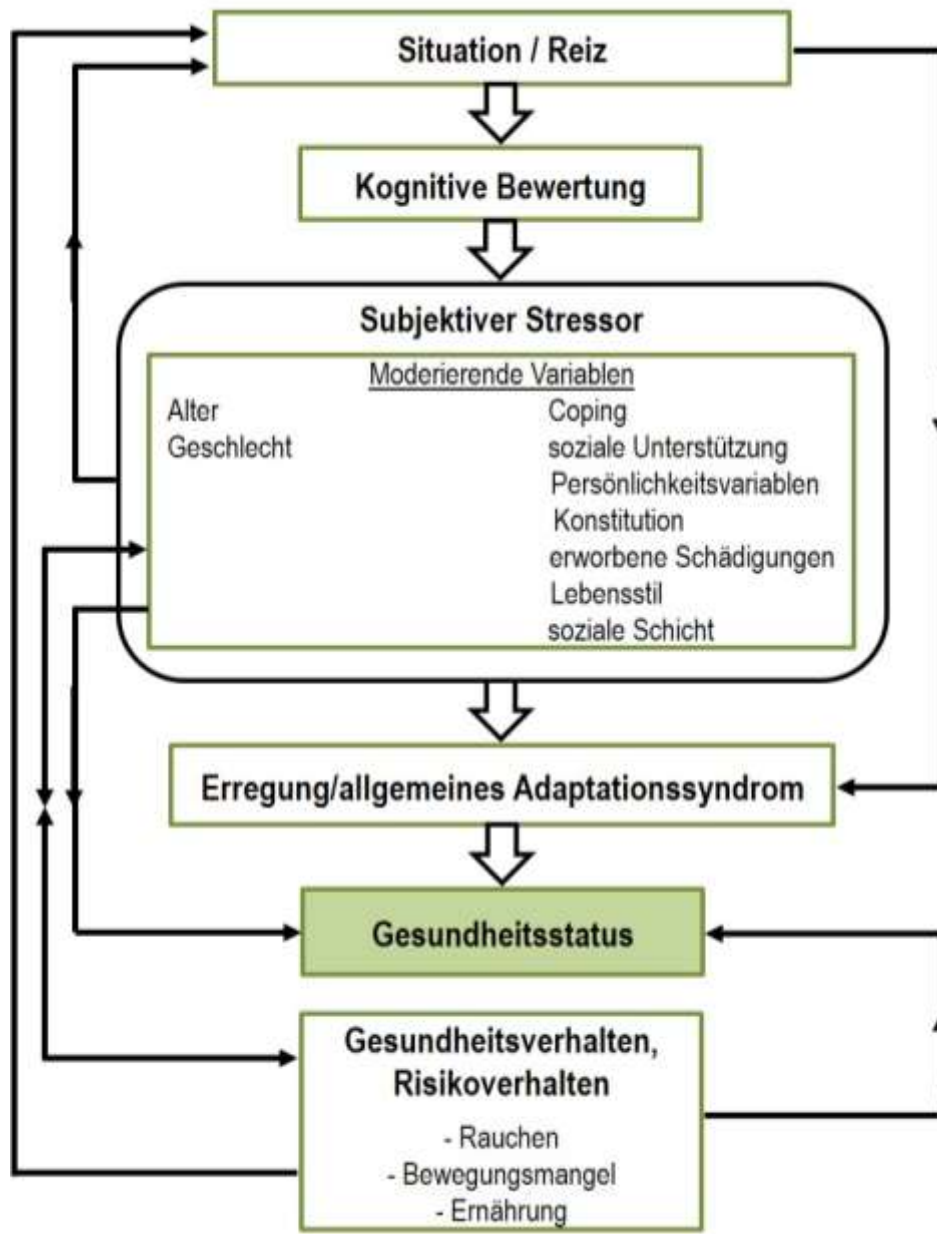


Abb. 6. Die schematisch dargestellte Stress-Gesundheits-Beziehung mit Fokus auf die direkten und indirekten Auswirkungen von Stress auf den Gesundheitszustand des Menschen (aus Franke, 2012, S. 127)

Auch die Ressourcen besitzen, wie bereits in Kapitel angedeutet, eine wichtige Rolle im Stressgenese und -bewältigungsprozess. Im Hinblick auf die Stress-Gesundheits-Beziehung beeinflussen sie über den Zusammenhang mit dem Stressempfinden somit auch die Gesundheit. Im folgenden Abschnitt werden die Ressourcen näher beleuchtet.

2.3.1.2 *Ressourcen in der Stress-Gesundheits-Beziehung*

In der Gesundheitspsychologie werden „als ‚Ressourcen‘ [...] solche Faktoren bezeichnet, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern, vor allem bei einer Gefährdung der Gesundheit durch Belastung und Krankheit“ (H. Weber, 2002, S. 466). Wie in Kapitel 2.2.2 bereits erwähnt, implizieren sie alle „Kräfte und Mittel, die eine Person in sich und in ihrer Umwelt aktivieren kann“ (Franzkowiak & Franke, 2018, S. 969), um Situationen und mögliche Stressoren erfolgreich zu überwinden. Dabei existieren unterschiedliche Klassifizierungen: es werden beispielsweise personeninterne und -externe Ressourcen, primäre, sekundäre und tertiäre Ressourcen, Widerstandressourcen im physikalischen, biochemischen, materiellen, kognitiven, emotionalen, motivationalen, sozialen und makrostrukturellen Bereich (Antonovsky, 1997, S. 103) oder object, condition, personal and energy resources unterschieden (Gerber, 2008, S. 127). Zudem wird zwischen tatsächlich vorhandenen Ressourcen – verstanden als objektive Gegebenheiten aus der Umwelt sowie aus dem Individuum selbst – und den vom Menschen wahrgenommenen Ressourcen – verstanden als die Bewusstheit des eigenen Ressourcenreichtums – differenziert (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 174-175). In Anlehnung an das transaktionale Stressmodell wird für diese Arbeit die Klassifizierung in personale, soziale und materielle Ressourcen übernommen. Personale Ressourcen sind all diejenigen, die einem Menschen „aus eigener Kraft zur [Bewältigung zur] Verfügung stehen“ (Gogoll, 2004, S. 46). Neben physischen Ressourcen, wie der körperlichen Leistungs- und Funktionsfähigkeit, sowie konditionellen und koordinativen Fähig- und Fertigkeiten und personeninternen Merkmalen, wie dem Selbstkonzept, Kontroll-/Kausalitätsüberzeugungen, der emotionalen Stabilität, dem Kohärenzgefühl, Optimismus und den Kompetenzerwartungen, wird die Selbstwirksamkeit als eine der prominentesten personalen Ressourcen angesehen. Sie ist „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2002b, S. 521). Sie beeinflusst kognitive, emotionale und behaviorale Prozesse des Individuums (Denken, Handeln, Fühlen, Zielsetzung, Anstrengung, Ausdauer) und rekurriert auf die Überzeugung eine Situation erfolgreich aus eigenem Antrieb bewältigen zu können, auch wenn Barrieren zu überwinden sind. Die Selbstwirksamkeit wird auch als „optimistische Selbstüberzeugung“ (Schwarzer, 2002b, S. 521) bezeichnet, kann konzeptionell in eine allgemeine, bereichs- und situationspezifische Selbstwirksamkeit differenziert werden und geht auf theoretische Überlegungen von Bandura (1997) zurück (vgl. auch Schwarzer, 2004, S. 12-28).

Im Stressgeschehen haben die personalen Ressourcen moderierende Wirkung auf die Einschätzung der Situation und die Wirkung der Stressoren:

Positive Erwartungshaltungen wirken einer pessimistischen, resignativen Einschätzung anforderungsreicher Situationen entgegen; sie puffern gegen die durch Bedrohung oder Verlust ausgelösten negativen emotionalen Reaktionen ab; zugleich dämpfen sie die physiologische Erregung ein, die langfristig die körperliche und seelische Widerstandskraft der Person beeinträchtigt; darüber hinaus können positive Erwartungshaltungen adaptive, stressreduktive und tertiärpräventive Verhaltensweisen (...) unterstützen. (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 177)

Zu den sozialen Ressourcen zählen in stresstheoretischen Ansätzen u.a. das soziale Netzwerk, in das eine Person eingebunden ist (soziale Kontakte und soziale Integration), der soziale Rückhalt sowie die soziale Unterstützung (social support), die der Mensch empfindet und/oder tatsächlich erhält. Die sozialen Ressourcen werden auf Basis quantitativer und qualitativer Aspekte sozialer Beziehungen unterschieden. An dieser Stelle wird die soziale Unterstützung als prominente soziale Ressource näher beschrieben²⁴. Diese bezieht sich auf

eine spezifische Klasse sozialer Beziehungsmuster (...), die durch die Asymmetrie der Beziehung zwischen einem hilfeleistenden und einem hilfeempfangenden Part gekennzeichnet ist und darauf abzielt, streßerzeugende Anforderungen und deren emotionale Folgen auf Seiten des Hilfeempfängers zu reduzieren, Funktionsausfälle zu kompensieren und/oder eine aktive und effiziente Bewältigung der stresserzeugenden Bedingungen beim Hilfeempfänger zu fördern. (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 183)

Damit ist die soziale Unterstützung ein Sammelbegriff für jegliche Form der Hilfe und Unterstützung durch soziale Interaktion mit anderen. Die Unterstützungsleistungen lassen sich aus der Perspektive des Unterstützungsbekommenden zum einen in die wahrgenommene und zum anderen in die tatsächlich erhaltende unterteilen. Die erste Form „bezieht sich – eher prospektiv – auf die subjektive Einschätzung einer Person, im Bedarfsfall über soziale Unterstützung verfügen zu können“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 183). Die zweite Form zielt aus retrospektiver Perspektive auf „die tatsächlich erfahrene Zuwendung und Hilfeleistung“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 183) ab²⁵. Zusätzlich kann die soziale Unterstützung noch hinsichtlich ihrer Ausprägung – emotional, instrumentell-materiell oder informationell – unterschieden werden (Franzkowiak, 2018f; Gerlach, 2008; Kienle et al., 2006; Renneberg & Hammelstein, 2006). Franzkowiak (2018f) führt zudem weitere Komponenten

²⁴ Differenziertere Ausführungen zur Unterscheidung der Begriffe sozialer Rückhalt, soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, soziale Integration, soziale Ressourcen und soziales Selbstkonzept finden sich beispielsweise bei Gerlach (2008).

²⁵ An dieser Stelle soll auf die Schwierigkeit der eindeutigen Trennung von sozialen und personalen Ressourcen aufmerksam gemacht werden. So wird die subjektive Einschätzung zu potentiellen Unterstützungsleistungen auch als „Sense of Acceptance“ (Laireiter & Baumann, 1992) bezeichnet, der von einigen Autoren als der Persönlichkeit – konkret des Selbstkonzepts – eines Individuums zugeordnet wird. In stresstheoretischen Konzeptionen zählt die wahrgenommene Unterstützung als soziale, und das soziale Selbstkonzept als personale Ressource (weitere Details bei Gerlach, 2008, S. 79-81).

sozialer Unterstützung an: die Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung sowie positive soziale Kontakte, soziale Integration, Beziehungssicherheit und Rückhalt (S. 925).

Auch hinsichtlich der sozialen Ressourcen werden stress- und gesundheitsbeeinflussende Wirkungen diskutiert: Hilfe- und Unterstützungsleistungen, „die aus dem sozialen Netzwerk eines Menschen stammen, [können] wie ein psychosoziales Immunsystem [wirken] und (...) Gesundheit, positives Gesundheitsverhalten und Gesundheitserhaltung sowie verbesserte Krankheitsbewältigung fördern“ (Franzkowiak, 2018f, S. 924). Dabei zeigen sozialepidemiologische Studien, dass sich eine gute soziale Unterstützung sowohl auf die körperliche als auch seelische Gesundheit auswirken kann. Konkret lässt sich festhalten, dass soziale Integration Stress dämpft bzw. puffert (vgl. S. Cohen & Wills, 1985), soziale Unterstützung einen positiven Einfluss auf ein angemessenes Gesundheitsverhalten besitzt und den physiologischen Leistungszustand (kardiovaskulär, endokrin und immunologisch) positiv beeinflusst. Hinsichtlich der seelischen Gesundheit finden sich ebenfalls protektive Wirkungen hinsichtlich des Auftretens von psychischen Störungen als auch hinsichtlich ihres Verlaufs (vgl. Klauer, 2002, S. 544). Diese Ergebnisse zeigen, dass sich die soziale Unterstützung zum einen in direkten Effekten – d. h. in der unmittelbaren Beeinflussung des psychosozialen Wohlbefindens bzw. der Gesundheit – als auch in so genannten Puffereffekten (indirekten Effekten; soziale Unterstützungsleistungen werden erst in der Belastungsbewältigung wirksam und puffern die stressreichen Situationen ab) – niederschlagen können. Tabelle 3 zeigt die vier aktuellen Diskussionsrichtungen hinsichtlich sozialer Unterstützung und ihrer gesundheitserhaltenden bzw. -förderlichen Wirkung. Allerdings ist die Forschungslage hinsichtlich der Eindeutigkeit dieser Effekte sowie bezogen auf die komplexen Zusammenhänge von Belastungen, Gesundheit, sozialer Unterstützung und weiterer Ressourcen bisweilen noch nicht eindeutig geklärt (Gerlach, 2008; Klauer, 2002, S. 544-545).

Tab. 3. *Wirkungen sozialer Unterstützung: aktuell bestehende wissenschaftliche Ansätze (aus Franzkowiak, 2018f, S. 926-927)*

„Modell direkter Effekte	Unabhängig vom Ausmaß des Stresserlebens wirkt soziale Unterstützung positiv auf Gesundheit und seelisches Wohlbefinden, z.B. durch Erhöhung des Selbstwertes und Kontrollempfindens sowie Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens: die soziale Unterstützung kommt nicht erst dann zum Tragen, wenn für eine Person eine Belastungssituation vorliegt.
Puffer-Modell (Moderatormodell)	Personen, die sich bereits in einer Stresssituation befinden, können das Problem aufgrund sozialer Unterstützung besser bewältigen: die soziale Unterstützung erleichtert das Stress-Coping, fördert die Affektregulation und puffert so negative Aspekte von Belastungen ab.
Auslöser-Modell	Menschen aktivieren soziale Unterstützung gezielt und effektiv erst unmittelbar vor bzw. in Belastungssituationen.

Fortführung Tab. 3. *Wirkungen sozialer Unterstützung: aktuell bestehende wissenschaftliche Ansätze (aus Franzkowiak, 2018f, S. 926-927)*

Schutzschild- und Präventionsmodell (Mediatormodell)	Soziale Unterstützung hält potenzielle und reale Belastungen von einem Menschen (weitgehend) fern: adäquate soziale Integration und Einbindung in ein soziales Netzwerk wirken als „Schutzschild“ für das Auftreten von Belastungssituationen, oder sie verringern das Ausmaß der Belastung; über gegenseitige Verantwortung und Verpflichtungen wird zudem die Übernahme sozial akzeptierten und gesundheitsförderlichen Verhaltens verstärkt.“
--	--

Resümierend lässt sich in Anlehnung an Franzkowiak (2018f) festhalten, dass die soziale Unterstützung „eine wesentliche Ressource [darstellt], um akute bzw. chronische Stressoren (d.h. belastende persönliche, familiäre, berufsbedingte, ökonomische und soziokulturelle Herausforderungen und Lebensumstände) konstruktiv bewältigen zu können“ (S. 928). In diesem Rahmen spielt nicht nur die Quantität der sozialen Kontakte, sondern vor allem auch die Qualität der Unterstützungsleistungen eine entscheidende Rolle.

Als materielle Ressourcen werden finanzielle Mittel (Geld) und alle Waren, Güter, Dienstleistungen und Besitztümer gezählt, die über monetäre Mittel erworben werden können (Gerlach, 2008, S. 77; Lazarus & Folkman, 1984, S. 164; H. Weber, 2002, S. 467). Lazarus und Folkman (1984) weisen auf die besondere Bedeutung dieser Ressourcen im Hinblick auf den Zusammenhang von ökonomischem Status mit Gesundheit und Stress hin. Personen, die über hohe materielle Ressourcen in Form von Geld verfügen und dieses effektiv einsetzen, sind in der Lage Gesundheitsleistungen einzukaufen und zu nutzen. So gehen die Autoren davon aus, dass vermögende Menschen ihre Anfallhäufigkeit für Stress reduzieren und ein effektives Coping durch finanzielle Ressourcen erleichtert bzw. begünstigt werden kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ressourcen in der Stress-Gesundheits-Beziehung an zwei Stellen bedeutsam werden: erstens bei der Bewertung der Situation und zweitens beim Bewältigungsversuch. Trotz unterschiedlicher Strukturierungsvorschläge und Bezeichnungen der Ressourcen besteht Konsens darüber, dass ein ungünstiges Stress-Ressourcen-Verhältnis zu Stress führt und die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Umgekehrt können als ausreichend wahrgenommene Ressourcen die Stressgenese und -bewältigung und somit auch die Gesundheit positiv beeinflussen. Dieser Zusammenhang von Ressourcen und Stress beeinflusst die Gesundheit.

Dieses Kapitel abschließend werden die Ausführungen zur Auseinandersetzung mit der Stress-Gesundheits-Beziehung resümiert und die Konsequenzen für die vorliegende Arbeit zusammengefasst.

2.3.1.3 *Zwischenfazit zur Stress-Gesundheits-Beziehung*

In diesem Kapitel wurde die Stress-Gesundheits-Beziehung unter zwei Perspektiven konkretisiert: zum einen über den Blick auf die Auswirkungen von Stress bezogen auf den Gesundheitszustand. Zum anderen wurde die besondere Bedeutung der Ressourcen im Kontext des Bewertungs- und Bewältigungsprozesses der Stressgenese herausgestellt und so der Zusammenhang von Ressourcen und Stress dargestellt. Exemplarisch wurden die Selbstwirksamkeit als personale und die soziale Unterstützung als soziale Ressource näher beschrieben. Aus diesen Ausführungen lassen sich folgende Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit festhalten:

- Gesundheit und Stress stehen in Zusammenhang zueinander. Wie bereits in den getrennten fachwissenschaftlichen Aufarbeitungen in den Kapiteln 2.1 und 2.2 festgehalten, ist Stress eine potenzielle Ursache für die negative Beeinflussung der Gesundheit bzw. kann die Veränderung des Gesundheitszustands ein Ergebnis eines misslungenen Bewältigungsprozesses sein. Das transaktionale Stressmodell bietet in diesem Kontext eine Möglichkeit, um die Stress-Gesundheits-Beziehung theoretisch einzubetten.
- Im Rahmen der Stress-Gesundheits-Beziehung spielen Ressourcen eine wichtige Rolle, da sie die Ausgangssituation für alle Bewertungsprozesse möglicher Stressoren und die Basis für den Bewältigungsprozess darstellen. Vorhandene und/oder wahrgenommene Ressourcen – wie die Selbstwirksamkeitserwartung oder die soziale Unterstützung – können Stress reduzieren oder gar nicht erst aufkommen lassen und somit zur Gesundheitserhaltung und -förderung beitragen. Ein (wahrgenommenes) Ressourcendefizit hingegen kann in der Person-Umwelt-Interaktion dazu führen, dass sich Stress manifestiert und es zu Gesundheitsbeeinträchtigungen kommt.
- Die resultierenden Auswirkungen von Stress für den Gesundheitszustand können dabei sowohl direkt als auch indirekt sein und sich auf körperlicher, psychischer und/oder sozialer Ebene manifestieren. Allerdings ist dies wiederum interindividuell unterschiedlich und abhängig von der Verfügbarkeit und dem Einsatz der Ressourcen im Bewertungsprozess.

Nachdem die Begriffe Gesundheit und Stress zusammengeführt wurden, widmet sich das nächste Kapitel der fachwissenschaftlichen Aufarbeitung des dritten für die Arbeit relevanten Begriffs: dem Lebensstil.

2.4 Einen speziellen Stil leben: gemeinsam individuell sein – Lebensstil als hypothetisches Konstrukt

Der Lebensstil: ob minimalistisch, luxuriös, extravagant, gesund oder riskant – auch dieser dritte für diese Arbeit relevante Begriff findet in der heutigen Gesellschaft in vielfältigen Kontexten Verwendung. Dies ist der Fall, wenn beispielsweise charakteristische Verhaltensweisen, spezifische Alltagsroutinen der Menschen oder Eigenschaften unterschiedlicher Gruppierungen beschrieben werden. Lebensstile können sich dabei beispielsweise in einer besonderen Art der Einstellungen, des Geschmacks, des Kleidungsstils, der (Innen-)Einrichtung, der Architektur, der Art und Auswahl von Konsumgütern oder der Freizeitgestaltung äußern. Zudem findet sich der Begriff häufig auch über das englische Synonym „lifestyle“ im Alltag der Bevölkerung: Lifestyle-Magazine oder einzelne themenspezifische Rubriken in den (Print-)Medien informieren über die aktuellen Trends und Entwicklungen in den Bereichen Mode, Design, Styling, Leben, Wohnen, Kultur, Ernährung, Bewegung und Entspannung und zielen damit auf einzelne Facetten des Lebensstils ab.

Neben diesen häufig populärwissenschaftlich ausgerichteten Veröffentlichungen zu scheinbar lebensstilrelevanten Merkmalen setzen sich – wie zu Beginn des Kapitels 2 bereits erläutert – unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen mit Lebensstilen, ihren Ausprägungen und Konsequenzen auseinander. Allen voran steht die *Soziologie*, die Lebensstile nutzt, um Gesellschaften zu beschreiben, soziale Ungleichheiten zu erklären und Merkmale zu untersuchen, die zur Identifikation innerhalb einer Gruppe und zur Distinktion nach außen beitragen. Im Kontext der *Gesundheitsförderung und Prävention* findet der Begriff Verwendung, wenn es um die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten sowie von Gründen für die Beeinflussung der Gesundheit geht (vgl. Kapitel 2.1).

An diesem Punkt knüpft das folgende Kapitel an. Es verfolgt das Ziel einen bündigen fachwissenschaftlichen Überblick über Theorien und Konzeptionen – zuerst aus schwerpunktmäßig soziologischer Perspektive – zum Thema Lebensstil zu geben. Dies ist notwendig, um Lebensstile anschließend in Kapitel 2.5 in den Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention einzuordnen und die Verbindungen mit Gesundheit und Stress zu präzisieren. Konkret sollen in diesem Abschnitt folgende Leitfragen beantwortet werden: Wie wird der Begriff Lebensstil definiert? Was charakterisiert bzw. was beeinflusst den Lebensstil? Woraus bildet sich der Lebensstil? Was ist die Funktion von Lebensstilen? Dazu erfolgt im Pendant zur Aufarbeitung der Begriffe Gesundheit und Stress (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2), die Annäherung an den Begriff über das bereits bekannte dreiteilige Vorgehen: (1) die Recherche der etymologischen Wortbedeutung, (2) die Darstellung grundsätzlicher Annahmen aus Standardwerken und (3) die detaillierte, inhaltliche Begriffsbestimmung auf Basis soziologischer Handbücher, Lexika und Fachbücher. In einem nachfolgenden Schritt werden Determinanten von Lebensstilen auf Basis der Ausführungen von Weber (1972) abgeleitet, bevor wiederum ein Zwischenfazit mit Blick auf den Fortgang dieser Arbeit formuliert wird.

2.4.1 *Lebensstil – erste Begriffsbestimmungen*

Der Blick in die zwei Wörterbücher zur Herkunft der deutschen Sprache (Kluge & Seebold, 2011; Pfeifer, 1993a) zeigt, dass sich in beiden Quellen keine Informationen zur Etymologie finden lassen, so dass zur Begriffsbestimmung direkt Standardwerke herangezogen werden: Im Duden wird Lebensstil als „Art der Lebensführung“ beschrieben und mit den Synonymen „Kultur, Leben [und] Lebensart“ gleichgesetzt (Bibliographisches Institut GmbH, 2020d, Abschnitte Bedeutung und Synonym). Auch das gleichbedeutende Wort *lifestyle* wird im Duden erläutert und als „[moderne] charakteristische Art und Weise, das Leben zu gestalten“ erklärt (Bibliographisches Institut GmbH, 2020e, Abschnitt Bedeutung). Wird in diesem Zusammenhang zusätzlich die Übersetzung aus dem Deutsch-Englisch-Wörterbuch herangezogen, finden sich u. a. folgende Übersetzungen „Lebensweise, Lebensart, Lebensform, Lebensführung und Lebenshaltung“ (Hemetsberger, 2021a).

Diese gesamten Inhalte werden durch ähnliche Erläuterungen im Brockhaus gestützt. Hier wird der Lebensstil eines Menschen aus kultursoziologischer Perspektive als „die typ. Art der Alltagsgestaltung von Personen (und sozialen Gruppen) [definiert]. Gemeint sind die mehr oder weniger stabilen Einstellungen und die mit ihnen verbundenen, typischerweise auftretenden Verhaltensweisen von Menschen“ (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2021, 17. Februar).

Auf Basis dieser Annäherung lässt sich festhalten, dass Lebensstile spezifische Lebensweisen und eine spezielle Art der alltäglichen Lebensführung ausdrücken oder ein gewisses Lebensgefühl mit spezifischen Einstellungen und Werten symbolisieren. Lebensstile werden über spezielle Verhaltensweisen sichtbar, die den spezifischen Typ charakterisieren. Zudem findet der Begriff sowohl in Bezug auf einzelne Individuen als auch auf soziale Gruppen – konkret in Bezug auf ihre (nicht) vorhandene Zugehörigkeit – Verwendung. Klein (2003) definiert Lebensstile in diesem Zusammenhang als

eine bestimmte, mehreren Menschen gemeinsame und von anderen Menschen unterscheidende routinisierte Form der Alltagsorganisation, bei der Wertorientierungen, Verhaltensdispositionen, Lebensziele, Bedarfsstrukturen zu typischen, in sich konsistenten, auf das Selbstbild des Einzelnen oder einer sozialen Gruppe bezogenen Verhaltensmustern zusammengefügt werden. Sie umschreiben raum-zeitlich strukturierte Muster der Lebensführung, die von den jeweiligen Ressourcen und ungleich verteilten Lebenschancen abhängen. (S. 325)

Mit dieser Definition betont Klein (2003) die Komplexität menschlicher Lebensstile, die sich auf Basis unterschiedlicher Merkmale – Einstellungen, routinisierte Verhaltensweisen, vorhandener Ressourcen und so genannter Lebenschancen – manifestieren und dadurch höchst individuell und zugleich verbindend innerhalb einer Gruppe sein können. Konkret kann der Lebensstil dabei sowohl Zusammengehörigkeit innerhalb einer Gruppe stiften, als auch Abgrenzung in Bezug auf andere Kollektive erzeugen. Daraus entstehen gleiche und differierende Lebensstile innerhalb der Gesellschaft.

In einem dritten Schritt richtet sich der Blick nun in Analogie zur Struktur der Kapitel 2.1.2 und 2.2.2 in vornehmlich soziologische Handbücher, Lexika und Fachveröffentlichungen (Monografien und Sammelbände), die unterschiedliche Lebensstilkonzepte erläutern und die historische Entwicklung zur Entstehung dieser nachzeichnen. Ziel ist die überblicksartige Darstellung verschiedener Theorien führender Wissenschaftler, wobei die Inhalte erneut historisch-chronologisch aufgebaut sind, um anschließend das dieser Arbeit zugrunde liegende Lebensstilverständnis vorzustellen.

2.4.2 *Historische Entwicklungslinien: von Klassen-, Schicht- und Milieukonzepten zur Lebensstilforschung*

Die soziologische Lebensstilforschung in Deutschland ist unter dieser Nomenklatur im Vergleich zu anderen Themen der Soziologie ein recht junger Forschungszweig, der sich laut Otte und Rössel (2011) über die Zeit sehr heterogen entwickelt hat (S. 7). Lebensstile werden dabei zum einen im Rahmen der Markt- und Konsumforschung genutzt, um über eine Vielzahl an Variablen Typen von Zielgruppen zu beschreiben. Zum anderen werden Lebensstile im Rahmen der Sozialstrukturanalyse²⁶ verwendet, um vor dem Hintergrund des sozialen

²⁶ Die Sozialstrukturanalyse ist eine der grundlegenden Aufgaben der Soziologie. Laut Geißler (2011) „zergliedert [sie] ‚die Gesellschaft‘ in ihre relevanten Elemente und Teilbereiche und untersucht die zwischen ihnen bestehenden Wechselbeziehungen und Wirkungszusammenhänge“ (S. 17). Die Sozialstrukturanalyse versucht somit die sozialstrukturelle Vielfalt innerhalb der Gesellschaft zu ordnen, abzubilden und zu analysieren. „Die Bestimmung der relevanten Dimensionen und Merkmale der [Sozialstruktur] ist [allerdings] uneinheitlich; je nach Art des Erkenntnisinteresses existieren verschiedene Ansätze, z. B.: der demographische Ansatz (Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Beruf, Bildung, Einkommen, Wanderungen usw.), die Qualität der Produktionsverhältnisse und der Klassenstruktur (K. Marx), Ausmaß und Grad der Arbeitsteilung (H. Spencer, E. Durkheim), Grad der Rationalisierung und bürokratischen Organisation (M. Weber), die Definition von Werten und Normen bzw. die Wechselwirkung von Institutionen (E. Durkheim, T. Parsons, A. Gehlen), die soziale Schichtung nach Prestige, Macht usw.“ (Lüdtke, 2020, S. 726).

Wandels und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen die nicht mehr aufrecht zu erhaltenen klassischen Klassen- und Schichtmodelle zur Gesellschaftsanalyse abzulösen bzw. zu ergänzen²⁷. Schließlich werden Lebensstilkonzeptionen eingesetzt, um soziale Ungleichheiten²⁸ in der Gesellschaft zu eruieren. Dabei werden die Theorien vor allem herangezogen, um Personengruppen zu beschreiben und Verhalten, Einstellungen, Mentalitäten, Präferenzen und/oder Orientierungen sichtbar zu machen und zu erklären.

Historisch betrachtet wird die Entstehung der zeitgenössischen Lebensstilforschung auf den Zeitraum der 1970er und 1980er Jahre datiert (Geißler, 2014; Georg, 1998; Hradil, 1999; Otte, 2013; Otte & Rössel, 2011; Rössel & Hoelscher, 2012). Dennoch finden sich relevante lebensstiltheoretische Annahmen bereits in früheren Veröffentlichungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Drei ausgewählte Konzepte werden an dieser Stelle nachgezeichnet, die als grundlegende Theorien in der Genese der Lebensstilforschung angesehen werden, bevor die Entwicklung seit den 1980er-Jahren dargestellt werden²⁹.

Ein erster Ansatz kommt vom US-amerikanischen Ökonom und Soziologen Thorstein Veblen. Er analysiert in seiner *Theorie der feinen Leute* (erstmalig 1899 in Amerika unter dem Titel *The Theory of the Leisure Class* veröffentlicht; ab 1958 auf Deutsch übersetzt, Otte & Rössel, 2011, S. 27f.) die amerikanische Oberschicht. Auf Basis der Beobachtung der barbarischen Kultur³⁰ erläutert Veblen die zur Entstehung einer Mußeklasse notwendigen Prozesse: er teilt die Gesellschaft in zwei Klassen ein – auf der einen Seite die arbeitende Bevölke-

27 Hermann (2004) hält in Bezug auf die Relevanz der Lebensstilforschung Folgendes fest: „Der Grund für den hohen Stellenwert der Lebensstilforschung kann in ungelösten Problemen einiger weitgehend etablierter Forschungsrichtungen gesehen werden. Insbesondere in Sozialstrukturanalysen verringerten sich in den letzten 50 Jahren die empirischen Zusammenhänge zwischen üblichen Indikatoren sozialer Ungleichheit und Einstellungen sowie Verhalten, so dass andere Konzepte gefragt waren“ (S. 154). Begründungen für diese Veränderungen werden im sozialen Wandel, der sich vor allem in der sozialen Differenzierung, der Individualisierung und Pluralisierung, der steigenden Mobilität, dem massiv gestiegenem Wohlstand, der Bildungsexpansion sowie der daraus resultierenden Entstrukturierung bzw. Entkopplung widerspiegeln, gesehen. Der Lebensstilansatz soll hier Abhilfe schaffen. Geißler (2014) hält in diesem Zusammenhang den Unterschied von klassischen zu neuartigen Konzeptionen fest: „Während Klassen-, Schicht- und Lagemodelle Menschen zunächst nach ausgewählten Merkmalen ihrer ‚objektiven‘ Lebensbedingungen in verschiedene Gruppen gliedern und anschließend danach fragen, ob und wie typische Klassen- und Soziallagen mit bestimmten Subkulturen und Lebenschancen zusammenhängen, gehen die Milieu- und Lebensstilmodelle genau umgekehrt vor: Sie ordnen zunächst die kulturelle Vielfalt (Wertorientierungen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Interaktionen u. a.) nach bestimmten Mustern und fragen – wenn überhaupt – erst in einem zweiten Schritt danach, wie diese kulturellen Muster mit den ‚objektiven‘ sozialstrukturellen Merkmalen zusammenhängen“ (S. 110).

28 Soziale Ungleichheit „ist [laut Krause (2020)] allgemein jede Art verschiedener Möglichkeiten der Teilhabe an Gesellschaft (der Verfügung über gesellschaftlich relevante Ressourcen). Üblicherweise wird aber vorwiegend dann von s. U. gesprochen, wenn es sich um Ungleichheiten handelt, die jeweils größere Personengruppen betreffen und die als relativ dauerhaft gelten können“ (S. 812). Die soziale Ungleichheit spricht soziale Differenzierungen an, die „Menschen im Vergleich zueinander als gleich-, besser- oder schlechter-, höher oder tiefergestellt, als gleichberechtigt, bevorrechtigt oder benachteiligt, d.h. als ungleich erscheinen lassen“ (Hradil, 1999, S. 21).

29 Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Entwicklung der Lebensstilforschung in Deutschland, da diese laut Otte und Rössel (2011) mit einem breiten Lebensstilverständnis im internationalen Vergleich einen Sonderweg geht.

30 weibliche, produktive Arbeit: minderwertig; männliches Jagen und Kriegsführen: ehrenvoll; Vergleich von (Jagd-)Trophäen führt zu Konkurrenz und Neid, resultierend zu Prestigegewinnung und Anerkennung

rung (produktiv, „werkinstinktgesteuert“, nützlich, als minderwertig und unwürdig angesehen), die über ihre Tätigkeit zur Produktion von Gütern beiträgt und sich über die Arbeit das Geld zum (Über-)Leben verdient. Auf der anderen Seite die unproduktive Gruppe (müßig, „ehreninstinktgesteuert“, verschwenderisch), die ihr Geld zur Konsumtion und damit zur übermäßigen Demonstration ihres Reichtums einsetzt (Georg, 1998; Scheuch, 2014). Ziel dieser Oberschicht sei es, Prestige und soziale Anerkennung zu erhalten und sich dadurch von der Masse der Bevölkerung dauerhaft abzugrenzen. Ein Mittel zur Distinktion ist dabei die Entwicklung von spezifischen Konsum- und Geschmacksnormen, die Standards der Mußekasse festlegen. Veblen (1989) beschreibt laut Georg (1998) diese Prozesse mit demonstrativem Konsum und demonstrativem Müßiggang. Beide haben ausschließlich ein Ziel: die „Vergeudung von Zeit und Mühe (...) und (...) Vergeudung von Gütern zum Zweck der Zurschaustellung von persönlichem Besitz“ (Georg, 1998, S. 55). Für das Verständnis von Lebensstilen lassen sich aus dieser frühen Theorie folgende Merkmale ableiten: zum einen der symbolische, also expressive Charakter, der die Unterschiedlichkeit besonders über legitimierte Normen sichtbar macht – in Veblens Theorie ausgedrückt durch das Konsumverhalten und die Geschmacksnormen. Zum anderen die daraus entstehenden neidvollen Konkurrenzsituationen, die zum Nacheifern führen und deren Folge eine Steigerung des Prestiges und der sozialen Anerkennung sind (Brandl-Bredenbeck et al., 2010; Bünemann, 2008; Georg, 1998; Otte & Rössel, 2011).

Ein zweites, klassisches Vorläuferkonzept kommt von Georg Simmel. Er setzt sich in seinem 1900 veröffentlichten Werk *Philosophie des Geldes* mit der Geldwirtschaft moderner Gesellschaften auseinander und analysiert die Funktion des Geldes in zwei Teilen: „Der eine [Teil seiner Ausführungen] soll das Wesen des Geldes aus den Bedingungen und Verhältnissen des allgemeinen Lebens verstehen lassen, der andere umgekehrt Wesen und Gestaltung des letzteren aus der Wirksamkeit des Geldes“ verdeutlichen (Simmel et al., 1989, S. 11). Konkret analysiert er den Einfluss des Geldes auf die Gesellschaft sowie die durch das Geld entstehenden Freiheiten und Handlungsspielräume für das Individuum. Dabei forciert er den Lebensstil in Verbindung mit Struktur, Kultur und Handeln (Kim-Heinrich, 2012, S. 27). Er schreibt den Entwicklungen innerhalb der modernen Geldwirtschaft drei Resultate zu: sie schafft Distanz für das Individuum und führt zur Bildung individualistischer, differenzierter Lebensstile, sie durchbricht den natürlichen Rhythmus des Lebens und sie erhöht das Tempo in Wirtschaft und Alltag.

Simmels Lebensstilansatz rückt die Beziehung zwischen subjektiven Verarbeitungsformen und der Veränderung des Wirtschaftslebens, die sich in einer entfalteten kapitalistischen Geldwirtschaft ergeben, in das Zentrum seiner Analyse. Im Kern beschreibt er dabei die Ersetzung von zweckbezogenen Handlungen durch solche, die auf ein verallgemeinertes Mittel (Geld) abzielen. Dieser Wechsel der Handlungsziele diffundiert in alle Lebensbereiche und schafft somit ein umfassendes, neues Bedeutungssystem. Letztendlich führt der Lebensstil der Moderne nach Simmel zu einer Individualisierung, die jedoch mit einem Verlust an Inhalt und Substanz erkaufte wird. (Georg, 1998, S. 60).

Simmel gilt damit als Begründer der formalen Soziologie und „führt die Formen der Wechselwirkung zwischen Individuen und Gesellschaft als Objekt der modernen Soziologie ein“ (del Fabbro, 2014, S. 672).

Auch das in seinem Werk *Wirtschaft und Gesellschaft* im Jahr 1922 eingeführte Konzept der Lebensführung von Max Weber zählt laut Georg (1998) zu den Klassikern auf dem Weg der Entwicklung von Lebensstilkonzepten, wenngleich in der Literatur Uneinheitlichkeit über die Bezeichnung Webers als „Lebensstiltheoretiker“ herrscht. Weber greift die These der Klassengesellschaft von Karl Marx und Friedrich Engels auf, welche die Menschen auf Basis ökonomischer Bedingungen ausschließlich auf vertikaler Ebene in die Bourgeoisie (die Besitzenden = Menschen, die über Produktionsmittel verfügen) und das Proletariat (die Nicht-Besitzenden = Menschen, die keine Produktionsmittel zur Verfügung haben) splittet. Beide Klassen stehen in einem antagonistischen Verhältnis zueinander (Klassenkampf; konflikttheoretischer Ansatz), da sie sich in einem permanenten Interessensgegensatz einer kapitalistischen Gesellschaft befinden (Abels, 2009, S. 265-299; vgl. auch Huinink & Schröder, 2008, S. 163-164). Im Unterschied zu Marx und Engels geht Weber allerdings nicht nur davon aus, dass die Ursachen für die soziale Schichtung ausschließlich in objektiven bzw. materiellen Lebensverhältnissen liegen, sondern erweitert diesen Ansatz neben der ökonomischen Seite um eine soziale Dimension (beide stehen nebeneinander). Er nennt in diesem Zusammenhang zum einen die Begriffe der Klasse³¹ bzw. Klassenlage, womit er auf den Besitz und damit auf die materiellen Lebenschancen anspielt, und führt zum anderen den Terminus des Standes bzw. der ständischen Lebensführung ein:

Stände sind, im Gegensatz zu den Klassen, normalerweise Gemeinschaften, wenn auch oft solche amorpher Art. Im Gegensatz zur rein ökonomisch bestimmten ‚Klassenlage‘ wollen wir als ‚ständische Lage‘ bezeichnen jene typische Komponente des Lebensschicksals von Menschen, welche durch eine spezifische, positive oder negative, soziale Einschätzung der ‚Ehre‘ bedingt ist, die sich an irgend eine gemeinsame Eigenschaft vieler knüpft. (Weber, 1922, S. 635 zitiert nach Abels, 2007, S. 278)

Damit spielt Weber auf eine spezielle Gruppe an, „die sich durch gemeinsame Eigenschaften, (...), einen bestimmten Lebensstil sowie dementsprechende Denk- und Verhaltensweisen auszeichnet“ (Hradil, 1999, S. 33). Durch diese Stände entsteht zum einen Gemeinschaft und Stabilität innerhalb des Standes (Sozialprestige) und zum anderen durch die besondere Art der Lebensführung die Möglichkeit der Distinktion in Bezug zu anderen Ständen. Weber (1972) führt somit eine kulturell-symbolische Dimension zur Erklärung sozialer Ungleichheiten in der Gesellschaft ein, in dem er einen Fokus auf das Individuum legt. Der individuelle Lebensstil entwickelt

³¹ Als Klasse bezeichnet Weber eine „Gruppierung von Menschen, die auf Grund ihres Besitzes und/oder spezifischer Leistungen auf dem ‚Markt‘ ungefähr gleiche materielle Lebenschancen haben“ (Hradil, 2005, S. 58). Er differenziert diese in Besitz- und Erwerbsklassen.

sich in seinem Konzept aus den Lebenschancen und der Art der Lebensführung, stiftet Identität und zeigt zugleich Gruppenzugehörigkeit (Abels, 2009; Berger & Neu, 2007; Brandl-Bredenbeck et al., 2010, S. 31; Büne-mann, 2008; Georg, 1998)³².

In den 1980er-Jahren erhielt die „aktuelle“³³ Lebensstilforschung einen Aufschwung und es wurden zahlreiche Publikationen zur Thematik veröffentlicht. Der bereits zu Kapitelbeginn angesprochene technische und gesamt-gesellschaftliche Fortschritt führte zu einem anderen Vorgehen zur Analyse sozialstruktureller Vielfalt und Un-gleichheit in der Gesellschaft, in dessen Kontext unter anderem der Begriff des Lebensstils eine wichtige Rolle einnahm und auch heute noch einnimmt.

Im Folgenden werden ausgewählte Theorien und Konzeptionen vorgestellt, die unterschiedliche Schwerpunk-tsetzungen innerhalb der Lebensstiltheorien abbilden³⁴. Eines der bedeutendsten, häufig zitierten Werke ist die zu Beginn der 80er-Jahre veröffentlichte Monografie *Die feinen Unterschiede* von Bourdieu (1982). Es ist auf Basis einer Analyse der Gesellschaftsstruktur in Frankreich entstanden und teilt die Gesellschaft in drei Klassen (herrschende Klasse, Kleinbürgertum, Arbeiter), die sich durch eine Korrespondenzanalyse aufgrund verschie-dener Lebensstile weiter untergliedern lassen.

Der Neuigkeitswert von Bourdieus Theorie lag darin, dass er neben der vertikalen Differenzierung der Gesell-schaft auch eine horizontale Unterscheidung annahm und den Zusammenhang von Klasse und Lebensstil un-tersuchte. Bourdieus Intention war es eine Konzeption zu erarbeiten, „die Sozial- und Klassenstrukturen mit Handeln, Lebensstil, Kultur und Habitus“ (Oesterdiekhoff, 2014, S. 52, vgl. auch Abels, 2007; Otte & Rössel, 2011) verbindet. Er wollte erklären, „wie [sich] gesellschaftliche Ungleichheit (...) im Lebensstil und Habitus von Gruppen und Individuen niederschlägt und (...) durch diese subjektiven Phänomene reproduziert und konstitu-iert wird“ (Oesterdiekhoff, 2014, S. 52). Bourdieu verbindet in seiner Konzeption ausgewählte Inhalte von Marx (Klassentheorie) mit den Grundannahmen von Weber (Prinzip der ständischen Gliederung), in dem er davon ausgeht, „dass die ökonomische Lage und die Stellung im Beruf zwar ein wichtiger Indikator für die Platzierung in einer sozialen Klasse sind, dass die Klassen selbst aber über die Verfügung über drei Kapitalsorten und durch Unterschiede in Geschmack und Lebensstil definiert sind“ (Abels, 2009, S. 309).

32 Die Lebensstilkonzeption von Weber wird in Kapitel 2.3.3 erneut aufgegriffen und wird dort detaillierter mit Blick auf Determinan-ten zur Entstehung von Lebensstilen aufgearbeitet, da dieses Konzept Ausgangssituation für die Verbindung von Gesundheit und Lebensstil über das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile sein wird. Die Ausführungen an dieser Stelle ermöglichen eine erste Einordnung von Webers Annahmen im historischen Kontext.

33 aktuell verstanden als die Lebensstilforschung der letzten Dekaden, die auch heute noch den theoretischen und empirischen Stand im Forschungsthema darstellt.

34 Dabei erheben die hier dargestellten Konzeptionen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr symbolisieren sie die zwei sich in retrospektiver Betrachtung herauskristallisierenden Diskussionslinien: zum einen die Konzeptionen, die als Basis die Individualisierungsthese berücksichtigen. Zum anderen diejenigen, die als Grundannahme die Sozialstrukturtheorie favorisieren.

Zu den drei Kapitalsorten zählen das ökonomische (Geld, Einkommen), das kulturelle (Wissen, Qualifikation, Bildungstitel, Einstellungen und Handlungsformen) sowie das soziale Kapitel (soziale Beziehungen, Prestige³⁵, Ehre). Ihr Zusammenspiel bzw. ihre ungleiche Verteilung ist für die soziale Ordnung innerhalb der Gesellschaft verantwortlich. Ihre Addition führt somit zur sozialen Positionierung von Individuen oder Gruppen in der Gesellschaft (in vertikaler Ausrichtung). Zudem bildet die Summe der Kapitalsorten einen klassenspezifischen Habitus – eine unbewusste, „allgemeine Grundhaltung, eine Disposition gegenüber der Welt, die zu systematischen Stellungnahmen führt“ (Bourdieu, 1983, S. 132 zitiert nach Abels, 2007, S. 312; vgl. auch Meuser, 2020, S. 451-452) – der sich u. a. durch spezielle Denk-, Wahrnehmungs-, Bewertungsmuster und Aktionsschemata auszeichnet und sowohl für die Klassifikation als auch Distinktion maßgeblich entscheidend ist. Einerseits ermöglicht dieser Habitus den Lebensstil, andererseits begrenzt er ihn zugleich (Hradil, 2005, S. 162; Oesterdiekhoff, 2014, S. 92).

Neben dem Habitus variieren die auf dieser Basis von Bourdieus identifizierten Klassen auch durch ihren spezifischen Geschmack, der sich über unterschiedliche Einstellungen und ein differenzielles Konsumverhalten auf den Lebensstil auswirken (Abels, 2009; Berger & Neu, 2007; Bünemann, 2008; Burzan, 2014; Hradil, 2005; Huinink & Schröder, 2008; Oesterdiekhoff, 2014; Otte & Rössel, 2011). „Der Geschmack der Oberschicht ist distinguiert und luxuriös, der Geschmack des Kleinbürgertums ist vielfältig und oft bildungsorientiert. Der Geschmack der Arbeiterklasse ist (...) funktional und am Notwendigen und Praktischen orientiert“ (Oesterdiekhoff, 2014, S. 52). Zusammenfassend lässt sich in Anlehnung an Meuser (2020) festhalten, dass sich der Lebensstil in Bourdieus Theorie durch einen spezifischen Habitus bildet, der durch eine spezifische Soziallage (d. h. Klassenlage) determiniert wird (S. 451-452). Diese Konzeption sorgte für einen Umbruch in der historischen Betrachtung sozialer Differenzierungsprozesse und hatte großen Einfluss auf die Entwicklung der Lebensstilforschung.

Wenige Jahre später – Mitte der 80er-Jahre und zeitgleich mit der Nuklearkatastrophe von Tschernobyl – veröffentlichte Beck (1986) seine Monografie *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. In diesem dreigeteilten Werk erläutert er seine Annahmen zur Gesellschaft als Risikogesellschaft, beschreibt seine Gedanken zur Individualisierung, übt Kritik an Wissenschaft und Politik und stellt die „reflexive Modernisierung“ vor. Seine Annahme zur Individualisierung, die im Kontext der Lebensstildiskussion relevant ist, beruht auf einer durch den rasanten, wachsenden Fortschritt der Industriegesellschaft entstandenen Pluralisierung der Lebensstile (u. a. durch die Bildungsexpansion, steigende Wohlfahrtsentwicklung, soziale Mobilität, den Wertewandel,

35 In einigen Veröffentlichungen zu Bourdieus Konzept wird Prestige auch als symbolisches Kapitel – und damit als vierte Form seines Kapitalbegriffs bezeichnet (Oesterdiekhoff, 2014, S. 52)

der zu einem Fahrstuhleffekt³⁶ führte). Die Individualisierung, zum einen verstanden als einen zentralen Vorgang in der gesamten Gesellschaft und zum anderen als aktive Gestaltung der eigenen Lebensführung der Person, umfasst dabei drei Dimensionen: die Freisetzung, die Entzauberung und die Kontroll- bzw. Reintegration:

Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen und -bindungen im Sinne traditionaler Herrschafts- und Versorgungszusammenhänge (Freisetzungsdimension), Verlust von traditionellen Sicherheiten im Hinblick auf Handlungswissen, Glauben und leitende Normen (Entzauberungsdimension) und – womit die Bedeutung des Begriffs gleichsam in ihr Gegenteil verkehrt wird – eine neue Art der sozialen Einbindung (Kontroll- bzw. Reintegrationsdimension). (Beck, 1986, S. 206)

Der Verlust bisheriger gesellschaftlicher Sicherheiten, tradierter Vorgaben und sozialer Stabilität führen zu einer Betonung der individuellen Entscheidung, der möglichen Handlungsoptionen sowie der eigenen Leistung und ermöglichen damit individuelle Handlungs- und Entfaltungschancen (Fuchs-Heinritz, 2020; Hradil, 2005, S. 163). Diese kann sich allerdings in einem ambivalenten Verhältnis – in der Chance zur Autonomie und zugleich im Risiko der Anomie (Hradil, 2005, S. 92) – äußern. Das Resultat ist eine Ausdifferenzierung unterschiedlicher Lebensstile, die durch neue soziale Konstellationen geprägt sind und zum Teil nicht mehr nur vertikal untereinander, sondern auch horizontal nebeneinanderliegen. Die Entwicklung geht damit weg von der Fremd- hin zur Selbstbestimmung, wodurch der Mensch zum aktiven Gestalter seiner eigenen Biographie wird. In der Konsequenz wird damit auch die Erklärung sozialer Ungleichheit in der Gesellschaft komplexer (Abels, 2007, S. 318-330; Huinink & Schröder, 2008, S. 190).

Hradil (1987) veröffentlichte ein Jahr später erstmalig sein Buch *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*, in dem er sich mit der vertikalen und horizontalen Schichtung der deutschen Gesellschaft und den bestehenden sozialen Ungleichheiten auseinandersetzte. Soziale Ungleichheit entsteht für ihn, indem als wertvoll geltende Güter in der Gesellschaft regelmäßig ungleich verteilt sind:

Je mehr die Einzelnen von diesen ‚Gütern‘ besitzen, desto günstiger sind ihre Lebensbedingungen. Unter Lebensbedingungen sind hierbei äußere, vom Denken und Verhalten des Einzelnen kurzfristig nicht beeinflussbare Rahmenbedingungen des Lebens zu verstehen. Alle Menschen, die über ‚wertvolle Güter‘ verfügen, haben Vorteile, daß sie besser- oder höhergestellt als andere erscheinen. (Hradil, 1999, S. 24)

Er führt in das Konzept sozialer Lagen und Milieus ein und begründet die sozialen Differenzierungsprozesse in der Gesellschaft auf Basis dieser Milieus und unterschiedlicher Lebensstile. Als soziale Lage fasst er dabei

³⁶ Die Metapher des Fahrstuhleffekts nutzt Beck (1986) um zu verdeutlichen, dass es den Menschen historisch gesehen quer durch alle gesellschaftlichen Schichten besser geht, als in vorherigen Jahrzehnten. Sie seien, wie in einem Fahrstuhl, einige Stockwerke aufwärts gefahren.

„typische Kontexte von Handlungsbedingungen, die vergleichsweise gute oder schlechte Chancen zur Befriedigung allgemein anerkannter Bedürfnisse gewähren“ (S. 153) auf. Ein Milieu entsteht schließlich aus einer Gruppe Gleichgesinnter, „die jeweils ähnliche Werthaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen und Mentalitäten aufweisen. Diejenigen, die dem gleichen sozialen Milieu angehören, interpretieren und gestalten ihre Umwelt folglich in ähnlicher Weise und unterscheiden sich dadurch von anderen sozialen Milieus“ (Hradil, 2005, S. 426). Der Lebensstilbegriff hingegen bezieht sich in diesem Konzept auf „vor allem äußerlich beobachtbare Verhaltensroutinen der Menschen“ (S. 5). Konkret beschreibt Hradil (1999) Lebensstil als „eine bestimmte Organisationsstruktur des individuellen Alltagslebens (...). Ein Lebensstil ist demnach ein regelmäßig wiederkehrender Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen eines Menschen“ (S. 431). Diese Routinen bilden sich innerhalb eines Milieus heraus, was bedeutet, dass sich Menschen trotz einer Zunahme an gewonnener Freiheit in der Gestaltung ihres Alltags nicht vollkommen frei organisieren können. Der Lebensstil wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst – dies sind beispielsweise Alter, Bildung, Beruf, Lebensform und Einkommen. Zudem ist er – eher als typische Werthaltungen – veränderbar (Hradil, 2005, S. 437-438).

Einen anderen Schwerpunkt zur Entstehung unterschiedlicher Lebensstile wählt Gluchowski (1988) in seiner Veröffentlichung *Freizeit und Lebensstile – Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten*. Er führt den Begriff Lebensstil ebenfalls auf Basis gesellschaftlicher Wandlungsprozesse, größerer Wahlmöglichkeiten und der bereits angesprochenen Individualisierung von Lebensverläufen auf das Zusammenspiel von Einstellungen und Verhaltensdispositionen zurück. Seiner Annahme liegt der Gedanke zugrunde, dass individuelle Einstellungen – bestehend aus motivationalen, emotionalen und kognitiven Prozessen – als Veranlagung für einen Lebensstil verstanden werden können. „In diesem Sinne wird Lebensstil als Satz aufeinander bezogener Einstellungselemente zu und in den verschiedenen Lebensbereichen des Alltags verstanden, die in ihrem Zusammenwirken Menschen zu einem typischen Verhalten (...) disponieren“ (S. 16-17; vgl. auch Brandl-Bredenbeck et al., 2010, S. 34-35).

Ein weiteres Lebensstilkonzept kommt von Hartmut Lüdtke, veröffentlicht in seinem Werk *Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie von Lebensstilen* (1989). Er versteht Lebensstile als Version habitualisierter und bewährter Alltagsroutinen und setzt an einem ähnlichen Aspekt an wie die Ausführungen von Hradil (1999, 2005). Seine Annahmen werden auch als handlungstheoretisches Modell bezeichnet, da es das Individuum als aktiven Gestalter in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, ohne dabei jedoch den Blick auf die kollektive Ebene zu vernachlässigen (Georg, 1998, S. 79). Lebensstile sind in dieser Konzeption eine

unverwechselbare Struktur und Form der Lebensorganisation eines privaten Haushalts bzw. der in ihm lebenden Individuen. Er wird von seinen ‚Produzenten‘ bzw. Anhängern in biographischen Prozessen von Versuch und Irrtum sowie des Vergleichs mit anderen Personen oder Gruppen entwickelt und bildet daher

einen erprobten, bewährten und insofern sinnvollen Gesamtzusammenhang von Alltagsroutinen, Symbolen, Verhaltensmustern und Bezugsgruppen. (Lüdtke, 1990, S. 434)

Die Ausbildung dieser auf rationalem Wahlverhalten beruhenden Alltagsroutinen erfolgt über das wiederholte Handeln unter Abwägung der ungleichen Ressourcenverteilung (Restriktivität der Situation) und der individuellen Ressourcenaktivierung auf Subjektebene (System von Valenzen, Kognitionen und Bedürfnisorientierungen), der eine Bedürfnis-Wert-Orientierung zugrunde liegt. Unterschiedliche Lebensstile und Ungleichheiten ergeben sich dann über die unterschiedliche Ausprägung in den von Lüdtke (1989) vorgegebenen vier Dimensionen von Lebensstilen: der sozio-ökonomischen Situation (verstanden als Bourdieus ökonomisches und soziales Kapital, ergänzt durch Bedingungen der Arbeitsorganisation sowie Haushaltsstruktur und Wohnwelt), der Kompetenz (verstanden als Bourdieus kulturelles Kapital sowie Bildungstitel), Performanz (lebensstilrelevante Handlungen) und Motivation („Derivat von Bedürfnis - Wert-Orientierungen auf der Ebene des personalen Systems, der Bereich der Konstruktion subjektiver Sinnhaftigkeit, von Valenzen und Zielvorstellungen über das Handeln“ (Georg, 1998, S. 77). Hauptintention des Lebensstils ist der Aufbau sowie die Sicherung personaler und sozialer Identität. Damit steht das Individuum sowie das soziale Handeln im Mittelpunkt (Lüdtke, 1990). Angelehnt ist dieses Lebensstilverständnis an den Rational-Choice-Ansatz von Wiesenthal (1987). Lüdtke (1992) schlägt auf Basis seiner Annahmen, eigener Forschungen und mit Blick auf die empirische Erfassung von Lebensstilen eine Fokussierung auf die Performanzebene vor (zitiert nach Georg, 1998, S. 78; vgl. auch Lüdtke, 1990).

Auch in den 90er-Jahren wurden Lebensstile im Kontext der Sozialstrukturanalyse sowie Ungleichheitsforschung weiterhin kontinuierlich thematisiert und die empirisch ausgerichteten Studien vermehrten sich. Gerhard Schulze veröffentlichte 1992 seine Monografie *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, in der er die moderne Gesellschaft unter der Perspektive der individuellen Erlebnissuche im Kontext des vorherrschenden Überflusses in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellt. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist ein gesamtgesellschaftlicher Transformationsprozess in Form der größeren Autonomie des Individuums, der sich in der Entwicklung von Erlebnismilieus niederschlägt. Seine Gesellschaftstheorie knüpft an die Individualisierungstheorie an (Entwicklung zur so genannten Innenorientierung des Menschen) und berücksichtigt zudem den Wertewandel (Fokussierung auf Erlebnis, Lebensqualität, Genuss und Ästhetik) (Dollhausen, 2014; Georg, 1998). Schulze betont, dass sich trotz Pluralisierung der Lebensstile sowie der Zunahme von Handlungsoptionen soziale Milieus bilden, die sich durch Ähnlichkeiten in alltagsästhetischen Schemata voneinander unterscheiden – in diese Schemata gehen beispielsweise der Besuch kultureller Institutionen und Veranstaltungen, der Musik und TV-Geschmack, die Auswahl von Lektüren ein. Als soziales Milieu bezeichnet er „Wissens- und Deutungsgemeinschaften (...), die sich dominant entlang der Merkmale Alter, Bildung und persönlicher Stiltyp gruppieren“ (zitiert nach Georg, 1998, S. 53). Die Besonderheit von Schulzes Ansatzes ist nun darin zu sehen, dass sich das Individuum das jeweilige Milieu auf Basis seiner eigenen Präferenzstrukturen auswählt.

Um den Risiken der Erlebnisgesellschaft zu entkommen, geben die sozialen Milieus Orientierung und stiften Identität sowie Gemeinschaftsgefühl. Im Mittelpunkt steht somit nicht das Auflösen von Gemeinsamkeiten, sondern lediglich die Veränderung der Form dieser. Über Faktoren- und Korrespondenzanalysen sowie eine hermeneutisch ausgerichtete Konstruktion ermittelt Schulze schließlich fünf Milieuformen. Er beschreibt sie über milieuspezifische Zeichen sowie die Ausprägungen hinsichtlich „Genuß, Distinktion und Lebensphilosophie“ (Georg, 1998, S. 80) und liefert damit zum einen ein Abbild der damaligen Gesellschaft sowie zusätzlich einen hermeneutischen Ansatz, „der milieuspezifische Anschauungsweisen und Existenzformen systematisch ausleuchtet“ (Dollhausen, 2014, S. 656).

Auch Georg (1998) setzt sich in seiner Veröffentlichung *Soziale Lage und Lebensstil* mit Lebensstilen auseinander. Er identifiziert im Rahmen einer empirischen Untersuchung auf Basis alltagsästhetischer Merkmale (Freizeit, Musik- und Leseinteressen, Wohn-, Kleidungsstil, Körperinszenierung, Vorlieben für Essen und Trinken sowie Konsumgewohnheiten) mittels Clusteranalyse sieben Lebensstiltypen in der westdeutschen Bevölkerung der 90er-Jahre. Im Rahmen seiner theoretischen Herleitung definiert er

Lebensstile [als] relativ stabile, ganzheitliche und routinisierte Muster der Organisation von expressiv-ästhetischen Wahlprozessen. Auf rein analytischer Ebene lassen sich dabei drei Dimensionen unterscheiden: die mit Lebensstilen verknüpfte soziale Lage (die teilweise als Ressourcenkombination interpretiert werden kann), die Ebene der individuell und kollektiv geteilten subjektiven Sinnstrukturen und schließlich die manifeste, klassifizierbare Stilisierungsebene, die Ausdruck der oben beschriebenen expressiv-ästhetischen Wahlprozesse ist. (Georg, 1998, S. 92)

Im Nachgang dieser skizzierten hohen Veröffentlichungsdichte von unterschiedlichen Konzeptionen, Theorien und empirischen Untersuchungen wurden einige Bilanzierungsversuche zur soziologisch ausgerichteten Lebensstilforschung unternommen (beispielsweise Hermann, 2004; T. Meyer, 2001; Otte, 2005; Otte & Rössel, 2011). So setzt sich Meyer (2001) mit den Leistungen und Problemen der Lebensstilsoziologie bis in die 2000er-Jahre auseinander und formuliert folgende sechs Kritikpunkte: „(1) das Problem ungenügender Begriffsschärfe, (2) die unbefriedigende theoretische Fundierung, (3) Operationalisierungsmangel, (4) überzogene Radikalisierungen, (5) die Kluft zwischen Theorie und Empirie, (6) der Verlust des kritischen Impetus“ (S. 259). Er kommt zum Schluss, dass die Lebensstilforschung, die ursprünglich eine neue Form der Sozialstrukturanalyse einleiten sollte, ihr Ziel nicht erreicht habe. Ferner schlägt er für den methodischen und theoretischen Bereich Handlungsstrategien vor, um die Lebensstilsoziologie zu erweitern bzw. neu auszurichten (T. Meyer, 2001).

Auch Hermann (2004) präsentiert einen Bilanzierungsversuch. Er führt einen Abgleich der postulierten Ansprüche der empirischen Lebensstilforschung mit der tatsächlichen Evidenz durch. Die Analyse strukturiert er in die Bereiche Deskription von Lebensstiltypologien, Differenzierung von Strukturmerkmalen durch Lebensstile auf mikro- und makrosoziologischer Ebene als auch Erklärungskraft von Lebensstilen bezogen auf Erkrankungen,

Interaktionen und Handeln. Dabei kommt er zu dem Ergebnis, dass an mehreren Stellen Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit vorliegen (Hermann, 2004, S. 174-175). Zudem betont er – wenn auch plakativ formuliert –, dass „kaum zwei Studien vorliegen, die dieselbe Definition und dieselben Fragen zur Messung von Lebensstilen verwenden“ (S. 155).

Otte (2005) nimmt u. a. die beiden zuvor genannten Publikationen zum Anlass, um diese kritisch zu rezensieren und einen systematischeren Gegenentwurf zu präsentieren. Er setzt sich mit neun Themenkomplexen auseinander und bewertet diese kritisch: „subjektive Relevanz von Lebensstilen“, „individuelle Gestaltbarkeit der Subjektivität“, „eigenständige Erklärungskraft von Lebensstilen“, „Vergemeinschaftung durch Lebensstile“, „Konfliktpotenzial von Lebensstilen“, „erklärendes Verstehen durch Lebensstiltypologien“, „Pluralisierung von Lebensstilen“, „Stabilität von Lebensstilen im Lebenslauf“, „Bedeutungsverlust von Lebensstilen“ (Otte, 2005, S. 4-21). Diese arbeitet er mit Hilfe empirischer Daten auf und zieht abschließend ein Resümee. Demnach kann die Lebensstilforschung noch nicht auf eine vollständige evidenzbasierte Grundlage zurückgreifen. Die größten Probleme sieht er in der mangelnden Vergleich- und Reproduzierbarkeit der Lebensstiltypologien unterschiedlicher Studien, einem fraglichen Realitätsgehalt einzelner Typisierungen, einem fehlenden bzw. lediglich beschreibenden theoretischer Rahmen, der der Sozialanalyse nicht gerecht wird sowie einem bestehenden hohen Erhebungsaufwand (Otte, 2005, S. 24-25). Neben dem Soll-Ist-Abgleich sowie der Problemidentifikation liefert Otte Hinweise für eine zukünftige Lebensstilforschung.

Zehn Jahre nach seiner ersten Betrachtung der Bilanzierungsversuche veröffentlicht Otte mit seinem Kollegen Rössel (2011) einen Sammelband zur Lebensstilforschung, in dem sie sowohl theoretische, konzeptionelle, als auch methodische Beiträge verschiedener Autorengruppen bündeln und Anregungen für künftige Weiterentwicklungen im Forschungsfeld ableiten. In ihrem Einführungsbeitrag skizzieren sie die Entwicklungen der empirischen Lebensstilforschung in den 90er-Jahren, stellen in verkürzter Form den Anspruch-Wirklichkeitsabgleich von Otte (2005) dar, begründen die Entstehung der Lebensstilforschung auf Basis gesamtgesellschaftlicher, soziostruktureller Veränderungen, nehmen eine Begriffsdefinition sowie konzeptuelle Einteilung der Lebensstiltheorien vor, setzen sich mit Lebensstildeterminanten auseinander und präsentieren die Einsatzmöglichkeiten und Erklärungskraft von Lebensstilkonzeptionen.

Otte und Rössel (2011) konstatieren, dass auch im Vergleich zur ersten Bilanzierung noch immer große Forschungsdesiderate im Bereich der Lebensstilforschung bestehen und „dass selbst über den konstituierenden Leitbegriff Unklarheit“ (S. 12) herrscht. Sie stellen verschiedene Definitionen von Lebensstilen vor und machen deutlich, dass sie nach ihrem Ansatz den Begriff Lebensstil ausschließlich dann verwenden, wenn das Verhalten bzw. Verhaltensmuster von Individuen thematisiert werden (vgl. S. 12). Konkret definieren sie Lebensstile als „Muster verschiedener Verhaltensweisen, die eine gewisse formale Ähnlichkeit und biographische Stabilität auf-

weisen, Ausdruck zugrunde liegender Orientierungen sind und von anderen Personen identifiziert werden können“ (Otte & Rössel, 2011, S. 13). Diese Definition lässt dabei sowohl Raum für alltagsästhetische als auch alltagsethische Überzeugungen der Menschen. Auf Basis dieser Definition führen Otte und Rössel (2011) ihr Schema der Varianten der Lebensstilforschung an (vgl. Tab. 4). Dies bietet die Möglichkeit bisherige Forschungsarbeiten zu strukturieren.

Tab. 4. *Modifizierte Übersicht der Konzeptualisierungen verschiedener Ausrichtungen der Lebensstilforschung (aus Otte & Rössel, 2011, S. 16)*

	allgemein, bereichsübergreifend	themenzentriert, bereichsspezifisch
typologisch	A	B
dimensional	C	D

Die allgemeinen, typenorientierten Konzeptionen stellen quantitativ das umfassendste Feld der Lebensstilkonzeptionen dar (Variante A). Zur Typenbildung werden häufig Clusteranalysen angewandt (Otte & Rössel, 2011, S. 16). Ziele dieser Untersuchungen sind: „a) eine Gliederung der Gesamtgesellschaft in allgemeine Lebensstilgruppen, die b) auf ihre Zusammenhänge mit soziostrukturellen Merkmalen untersucht und c) als handlungsrelevant in verschiedenen Teilbereichen der Gesellschaft angesehen werden“ (Otte, 2005, S. 22). Unter Variante B werden bereichsspezifische Typologien subsumiert. Hier werden die Typen anhand von Indikatoren gebildet, die aus Untersuchungen stammen (z.B. Umwelt-, Medien- oder Mobilitätstypologien). Allerdings besteht bei dieser Variante wie auch im Vorgängermodell die Gefahr der Tautologie. Problematisch ist, dass bei typologischen Ansätzen viele Facetten des Lebens zur Typenbildung herangezogen werden, „dass kausalanalytisch kaum zurechenbar und theoretisch kaum erklärbar ist, warum spezifische soziale Lagen mit spezifischen Typen zusammenhängen und warum Angehörige dieser Typen sich in den untersuchten Feldern in spezifischer Weise verhalten“ (Otte, 2005, S. 16-17). Ansätze, die Lebensstildimensionen enthalten, sind von den typologischen Ansätzen zu unterscheiden. Im Gegensatz zu typologischen Konzepten, welche häufig nominal skaliert sind (Otte, 2005, S. 23), beruhen dimensionale Ansätze meist auf Variablen, die ordinal oder metrisch skaliert sind. Somit weist jede Person auf jeder Dimension einen Skalenwert auf. Zu den bereichsübergreifenden Konzeptionen (Variante C) zählen Otte „alltagsästhetische Schemata“ und „kulturelles Kapital“. Orientierungen und Verhaltensweisen werden dabei anhand von Indikatoren zu Musik, Fernsehen, Literatur, Freizeit und anderen Bereichen festgemacht. Variante D, als bereichsspezifisches Konzept, enthält auch variablenorientierte Ansätze, die der themenzentrierten Lebensstilforschung zuzuordnen sind (Otte & Rössel, 2011, S. 17). Es werden beispielsweise Lebensstilvariablen (z.B. Tabak- und Alkoholkonsum oder Sportverhalten) untersucht, die einen direkten Einfluss auf das Mortalitätsrisiko besitzen (Otte, 2011, S. 17; Otte 2005, S. 23). Diesem letztgenannten Ansatz

wird von Otte (2005) ein hohes Potenzial zugeschrieben. „Dem Vorteil dimensionaler Ansätze, durch die Herauslösung einzelner Lebensstildimensionen klar interpretierbare Ergebnisse hervorzubringen, steht der Nachteil gegenüber, die Befunde nicht auf den Lebensstil insgesamt generalisieren zu können. Notwendig sind zahlreiche Analysen von Einzelaspekten, die kumulativ zu einem Gesamtbild verdichtet werden müssen“ (Otte & Rössel, 2011, S. 17). Insgesamt bemängeln Otte und Rössel (2011) die fehlenden validierten Messkonzepte in der Lebensstilanalyse, sowohl bei typologischen als auch dimensional Ansätzen.

Mit ihrer Bilanzierung führen die beiden Autoren ferner empirisch fundierte soziostrukturelle Determinanten von Lebensstilen an. Dazu zählen Alter, Bildung, Geschlecht, Haushalts- und Lebensformen sowie – je nach Forschungsthema – Einkommen.

Auch in einer Veröffentlichung zwei Jahre später definiert Otte (2013) Lebensstile als „ein Muster von Verhaltensweisen (...), die eine gewisse formale Kohärenz, alltägliche Zentralität und biografische Stabilität aufweisen, Ausdruck zugrundeliegender Orientierungen sind und von anderen Personen identifiziert werden können“ (S. 538). Mit dieser Definition zielt er auf die Unterscheidung zur Werteforschung ab: Lebensstile bilden sich aufgrund einer gewissen Anzahl an Verhaltensweisen und nicht auf Basis der Wertorientierungen oder Einstellungen. Otte (2013) schlägt, ähnlich wie Georg, folgende Bereiche vor, an denen die Lebensstilforschung seiner Meinung nach ansetzt: „Freizeit-, Kultur-, Medien-, Ernährungs-, Bekleidungs- und Wohnverhalten“ (S. 539). Abschließend soll ein letztes Lebensstilkonzept aufgegriffen werden. Geißler (2014) definiert Lebensstil in seinem Werk *Die Sozialstruktur Deutschlands*³⁷ als

ein relativ stabiles, regelmäßig wiederkehrendes Muster der alltäglichen Lebensführung (...) – ein ‚Ensemble‘ von Wertorientierungen, Einstellungen, Deutungen, Geschmackspräferenzen, Handlungen und Interaktionen, die aufeinander bezogen sind; es weist in der Regel die vier folgenden Merkmale auf:

- Lebensstile sind bereichsbergreifend mit dem Schwerpunkt im Freizeit- und Konsumbereich. Neben diesem Bereich beziehen sie sich auf Familienleben, Geschmack und kulturelle Interessen, manchmal auch – meist aber mehr am Rande – auf Arbeit und Politik.
- Lebensstilanalysen rücken expressiv-ästhetische Orientierungen und Handlungen ins Zentrum – die mehr oder weniger bewusste Selbstdarstellung (Stilisierung) der Individuen in Fragen des Geschmacks und der kulturellen Interessen.
- Lebensstile haben ganzheitlichen, sinnhaften Charakter. Ihre verschiedenen Elemente ergeben für die Individuen ‚ein Ganzes‘ und machen ‚subjektiven Sinn‘.

³⁷ Die Erstauflage erschien bereits 1992 unter dem Titel „Die Sozialstruktur Deutschlands. Ein Studienbuch zur Entwicklung im geteilten und vereinten Deutschland“.

- Lebensstile sind identitätsstiftend und distinktiv (...). Sie schaffen individuelle oder auch kollektive Identitäten, weil sich Menschen oder Gruppen mit einem bestimmten Muster der Lebensführung identifizieren und gegen andere abgrenzen (S. 110).

Charakteristisch sind somit vier Merkmale: (1) die bereichsübergreifende Ausrichtung, (2) eine expressiv-ästhetische Dimension, (3) ein ganzheitlich, sinnhafter Charakter sowie (4) die Identitätsstiftung und Distinktion. Mit dieser Definition bündelt er verschiedene andere zuvor vorgestellte Ansätze.

Bevor diese Verbindung von Lebensstilen, Gesundheit und Stress dargestellt wird, werden im folgenden Abschnitt noch einmal die Annahmen von Max Weber aufgegriffen, um Determinanten bzw. Prägefaktoren zur Entstehung und Charakterisierung von Lebensstilen genauer darzustellen. Ausgewählt wurde dieses Konzept, da es zum einen individuelle als auch sozialstrukturelle Aspekte des Lebensstils berücksichtigt und zum anderen die Basis für die Einführung des Konzepts gesundheitsrelevanter Lebensstile von Abel (1999; vgl. auch Abel et al., 2004) bildet. Dies ist eine der prominentesten Konzeptionen in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion zur Erklärung gesundheitsrelevanter Lebensstile und wird der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt. Für das Lebensstilverständnis der vorliegenden Arbeit wird grundlegend auf die Merkmale von Lebensstilen in Anlehnung an Geißler (2014) zurückgegriffen, der damit vor allem die Funktion von Lebensstilen beschreibt. Zudem sollen Webers angedeutete Ausführungen genutzt werden, um in einem nächsten Schritt Determinanten zur Entstehung von Lebensstilen aufzuarbeiten. Zudem wird in Anlehnung an die Ausführungen von Lüdtkke (1989, 1992), Hradil (2005) und Otte und Rössel (2011) den systematischen Verhaltensweisen bzw. Performanzbereichen als Teil des Lebensstils besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da sie – wie bereits in Kapitel 2.3 aufgezeigt, in der Stress-Gesundheits-Beziehung Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Stressgenese nehmen.

2.4.3 *Determinanten zur Entstehung von Lebensstilen*

Weber (1972) nutzt, wie bereits in Kapitel 2.4.2 angeführt, die zwei Begriffe Lebensführung und Lebenschancen, um die Komplexität des Lebensstils, die sich durch diese handlungs- und strukturtheoretischen Dimensionen ergibt, zu verdeutlichen (vgl. Abb. 7).

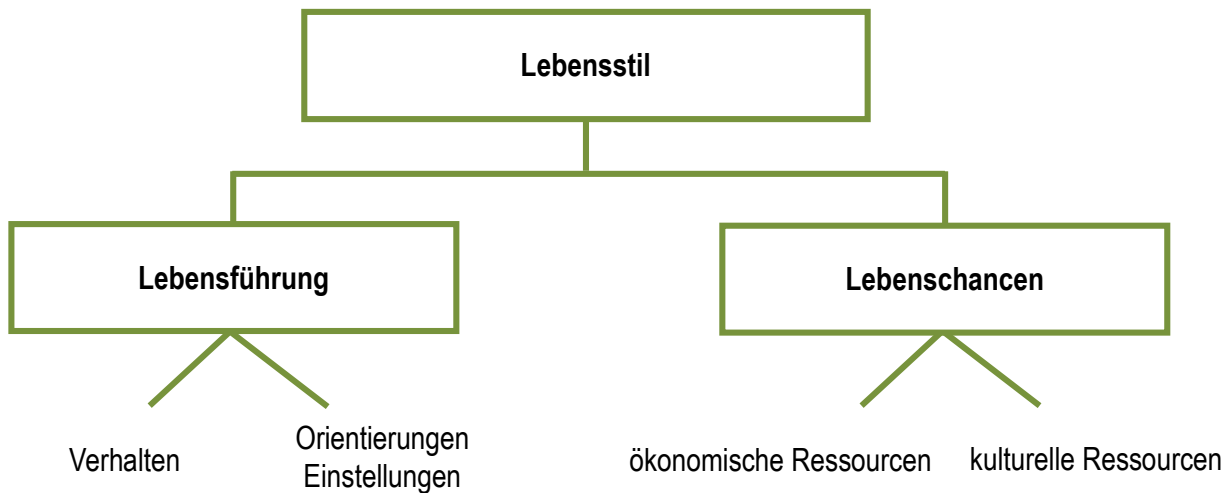


Abb. 7. Lebensstil nach Max Weber (zitiert nach Abel, 1999, S. 46)

Der Begriff Lebensführung bündelt dabei alle Verhaltensweisen, Orientierungen und Einstellungen des Individuums, mit deren Hilfe auch soziale Kollektive beschrieben werden können. Er beschreibt den handlungstheoretischen Aspekt in Webers Annahme zum Lebensstil (Abel, 1999). Als Lebenschancen werden die „sozialstrukturell verankerten Bedingungen bzw. Möglichkeiten der Lebensführung“ (Abel, 1999, S. 46) bezeichnet. Dazu zählen vor allem die ökonomischen und kulturellen Ressourcen – also die finanziellen und sozialen Einflüsse, mit denen das Individuum konfrontiert ist und die es zur Verfügung hat. Der Lebensstil bildet sich aus dem Zusammenspiel von individueller Lebensführung und objektiven Lebenschancen.

Unter Rückbezug auf die Weiterentwicklung der Theorien zur sozialen Differenzierung und der Lebensstildiskussion soll ergänzend festgehalten werden, dass sich die Determinanten von Lebensstilen mit der Zunahme der Wohlfahrtsgesellschaft weiter ausdifferenziert haben (Hradil, 1999, S. 27). Als Determinanten werden in diesem Kontext „soziale Merkmale von Personen (...) [verstanden], die Zugehörigkeiten zu sozialen Gruppen definieren, die wiederum Grundlage für Vor- oder Nachteile in bestimmten Handlungs- und Lebensbedingungen darstellen (Solga et al., 2009, S. 16). Dazu zählen sowohl zugeschriebene als auch erworbene Faktoren. Mittlerweile liegen zahlreiche empirische Ergebnisse zu Determinanten von Lebensstilen vor. Dazu zählen laut Otte und Rössel (2011) vor allem Alter und Bildung. Weitere Zusammenhänge lassen sich bezogen auf das Geschlecht, die Haushalts- und Lebensform sowie zum Teil auch für das Einkommen feststellen (Otte & Rössel, 2011). Diese Facetten können in unterschiedlichen Wechselwirkungen zueinanderstehen: zum einen können sie sich gegenseitig verstärken, eine Determinante kann bestimmende Auswirkungen auf andere besitzen und/oder einzelne Facetten können potenzielle Benachteiligungen in anderen Bereichen ausgleichen.

Das Kapitel abschließend werden die gesamten Inhalte zur Lebensstilthematik in Form einer Bilanzierung zusammengefasst.

2.4.4 *Zwischenfazit zum Thema Lebensstil*

Mit dem Ziel einen Überblick über die historische Entwicklung von Theorien und Konzeptionen zum dritten für diese Arbeit relevanten Themenkomplex zu geben und daraus die für dieses Dissertationsvorhaben relevanten Inhalte zu extrahieren, erfolgte in diesem Kapitel ebenfalls eine dreigeteilte Aufarbeitung der Lebensstil-Thematik. Über die bekannte Vorgehensweise – Etymologie, Grundlagenwerke sowie vornehmlich soziologische Fachliteratur – ist die Aufarbeitung (auch aktuell immer noch) diskutierter und nebeneinanderstehender Lebensstilkonzeptionen (vor allem im Kontext der Sozialstrukturanalyse als auch der Erklärung von sozialen Ungleichheiten) erfolgt. Aus diesen Ausführungen lassen sich folgende Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit zusammenfassend festhalten:

- Die „recht junge“ Lebensstilforschung hat sich aus der angesprochenen Kritik an ausschließlich vertikal orientierten Gesellschafts- und Ungleichheitstheorien in der Soziologie entwickelt und erlebte in den 1980er- und 1990-Jahren einen Aufschwung. Zahlreiche theoretische und empirische Veröffentlichungen mit unterschiedlichen konzeptionellen Schwerpunkten waren die Folge. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine konsensfähige Begriffsdefinition über die unterschiedlichen Konzeptualisierungen. Dennoch gibt es Inhalte, die in mehreren Konzeptionen wiederfinden.
- Lebensstile sind in den meisten Konzeptionen gekennzeichnet durch einen expressiven Charakter, sie stiften Orientierung und Gruppenzugehörigkeit, sind im Kontext von Individualisierungsprozessen zugleich Mittel der individuellen und kollektiven Distinktion, bilden sich auf Basis des persönlichen Lebenszusammenhangs – den so genannten Lebenschancen – sowie der Gestaltung der Lebenswelt – der so genannten Lebensführung – und entstehen auf Basis individueller Lebensläufe bzw. aus der Ausdifferenzierung der Sozialstruktur. Sie zeichnen sich zudem durch Ganzheitlichkeit und bezogen auf die Lebensführung durch einen gewissen Grad an Freiwilligkeit bzw. Wahlfreiheit aus (Geißler, 2014; Georg, 1998; Klocke & Lück, 2001; Lüdtke, 1990; Müller, 1992).
- Gleichwohl bilden sie sich im Kontext der sozialen Lage – also objektiven Lebensbedingungen und sozialen Positionen (Brandl-Bredenbeck et al., 2010, S. 38). Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass Lebensstile „als das Zusammenwirken von strukturbasierten Lebensbedingungen und den (kreativen) Auswahl- und Gestaltungsleistungen der Menschen zu verstehen“ (Abel & Ruckstuhl, 2018, S. 638) sind.
- Als Kern von Lebensstilen wird in mehreren Konzeptionen das zu beobachtende Verhalten – als Bündel von routinisierten Verhaltensweisen – des Individuums betont (Hradil, 2005; Lüdtke, 1992; Otte, 2013; Otte & Rössel, 2011), als äußerlich beobachtbares Verhalten, als Performanzbereiche oder Muster von Verhaltensweisen.
- Prägend für Lebensstile sind vor allem Alter und Bildung. Zudem können Geschlecht, Haushalts- und Lebensform sowie – je nach Fragestellung – Einkommen als weitere Determinanten festgehalten werden.

- Im Rahmen der Lebensstilforschung werden vornehmlich Faktoren-, Korrespondenz- und/oder Clusteranalysen eingesetzt, um Typologien innerhalb der Gesellschaft zu erforschen (Otte & Rössel, 2011). Dies geschieht auf verschiedenen Ebenen: allgemein oder themenzentriert und alternativ typologisch oder dimensional. Den themenspezifischen dimensional Ansätzen wird laut Otte und Rössel (2011) hohes Potential zugesprochen.
- Schließlich soll festgehalten werden, dass Lebensstile auch Einzug in verschiedene andere Disziplinen erhalten haben – so zum Beispiel in die Religionssoziologie (Gärtner, 2018), die Nachhaltigkeitsforschung (K. Götz et al., 2011; Rink, 2002), die Kulturosoziologie (Rhein, 2006), die Familienforschung (Kopp et al., 2010) oder die Gesundheitsforschung (Abel et al., 2002; Rössel & Hoelscher, 2012). Bezogen auf die Gesundheitsforschung werden Lebensstile genutzt, um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu beschreiben sowie ungleich verteilte gesundheitliche Chancen und Risiken zu analysieren und zu erklären.

Nachdem die soziologischen Grundlagen zu Lebensstilkonzepten aufgearbeitet wurden, werden Lebensstile im nächsten Schritt mit Gesundheit und Stress zusammengeführt. Ausgangspunkt bilden die bereits in Kapitel 2.3 erarbeiteten Zusammenhänge der Stress-Gesundheits-Beziehung.

2.5 Lebensstil, Gesundheit und Stress

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass auch das Thema Lebensstil sowohl in der allgemeinen Betrachtung der Bevölkerung als auch in der fachwissenschaftlichen Diskussion um Theorien, Modelle und Konzeptionen große Beachtung findet. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Stress-Gesundheits-Beziehung in Kapitel 2.3 hat sich bereits herausgestellt, dass der Lebensstil eine moderierende Variable darstellt. Zudem hat die Aufarbeitung der Gesundheitsthematik gezeigt, dass die Ursachen für die Krankheitsentstehung u. a. in Facetten der individuellen Lebensgestaltung zu finden sind und die Lebensweise, Gewohnheiten und Handlungen Determinanten von Gesundheit darstellen. Auch im Kontext der Aufarbeitung der Lebensstilkonzeptionen in Kapitel 2.4 ist klar geworden, dass sich Lebensstile aus Lebenschancen und Lebensführung bilden und auf Basis individueller Lebensläufe entstehen. Gesundheit und ihre Ungleichverteilung sind davon ein wichtiger Teil.

Auf dieser Basis ist es das Ziel des folgenden Abschnitts, diese Zusammenhänge weiter zu konkretisieren. Dazu wird zum einen das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile vorgestellt. Dies hat sich mittlerweile in den Gesundheitswissenschaften, beispielsweise im Bereich der Präventiv- und Sozialmedizin, etabliert, um Lebensstile zu beschreiben und zu erforschen (M. Egger & Razum, 2014). Zum anderen werden in diesem Kapitel die

gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als prominenter Teil von Lebensstilen erläutert und ausgewählte Verhaltensweisen im Kontext der Gesundheitsförderung beschrieben. Nach einem kurzen Zwischenresümee werden die Verbindungen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Stress dargestellt.

Konkret sollen folgende Leitfragen beantwortet werden: Welche Verbindungen bestehen zwischen Lebensstil, Gesundheit und Stress? Welches lebensstilorientierte Konzept kann auf den Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention übertragen werden? Welche Facetten des Lebensstils haben einen Einfluss auf Gesundheit und Stress? Wie können gesundheitsrelevante Lebensstile empirisch erfasst werden?

2.5.1 *Gesundheit und Lebensstil – das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile*

Der Gesundheitssoziologie Thomas Abel (1992) stellt in seiner Veröffentlichung Anfang der 90er-Jahre die Grundzüge des Konzepts gesundheitsrelevanter Lebensstile und dessen Messung vor. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist, dass zahlreiche Studien einen Einfluss einzelner gesundheitsförderlicher bzw. -gefährdender Verhaltensweisen im Kontext der Gesundheitsförderung sowohl bezogen auf das Individuum als auch auf das gesellschaftliche Kollektiv belegen. Zur „Erforschung der Entstehung bzw. Manifestation von spezifischen Mustern gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen“ (S. 123) gäbe es allerdings nur wenige Studien.

Den theoretischen Bezugsrahmen seines Konzepts bilden die bereits in Kapitel 0 erwähnten Arbeiten zur Lebensführung von Weber (1972). Der von Weber postulierte Zusammenhang von Lebensführung und Lebenschancen zur Bildung von Lebensstilen bietet für Abel (1992 und später in Zusammenarbeit mit Abel, Buddenberg & Duetz, 2004) die Möglichkeit im eigenen Konzept sowohl individuelle als auch soziale Facetten hinsichtlich der Entstehung von Gesundheit zu berücksichtigen.

So beschreiben Abel et al. (2004) gesundheitsrelevante Lebensstile als „zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Einstellungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden können“ (Abel et al., 2004, S. 297). Lebensstile konstituieren sich aus den drei „Dimensionen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, Einstellungen und [den] dafür bedeutsame[n] soziale[n] Ressourcen“ (S. 124, siehe Abb. 8). Das gesundheitsrelevante Verhalten impliziert alle Verhaltensweisen eines Individuums, welche für die persönliche Gesundheit direkte Relevanz besitzen. Dazu gehören beispielsweise Bewegung und Sport, Ernährung, Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente), die Inanspruchnahme von medizinischen (Vorsorge-)Untersuchungen, das Verkehrs- und Sexualverhalten sowie das Schlafverhalten (Abel et al., 2004, S. 299; Abel, 2014; Abel & Ruckstuhl, 2018). Die gesundheitsbezogenen Orientierungen beziehen sich auf individuelle Überzeugungen, Einstellungen, normative Vorgaben und Werte, die das Verhalten eines Menschen direkt oder indirekt beeinflussen (Abel et al., 2004, S. 299; Abel & Ruckstuhl, 2018). Die gesundheitsrelevanten Ressourcen werden sowohl in individuelle (im weitesten Sinne personeninterne Ressourcen) als auch soziale

(die personenexternen Ressourcen) Faktoren aufgesplittet. Zu ersteren gehören unter anderem das persönliche Wissen und die erworbenen Fähigkeiten sowie finanzielle Ressourcen; zu letzterem soziale Unterstützung durch beispielsweise die Familien und Freunde sowie die Lebensverhältnisse (Wohnbedingungen, Lebens- und Arbeitsverhältnisse einer Person, Infrastruktur) (Abel et al., 2004, S. 299; Abel & Ruckstuhl, 2018).

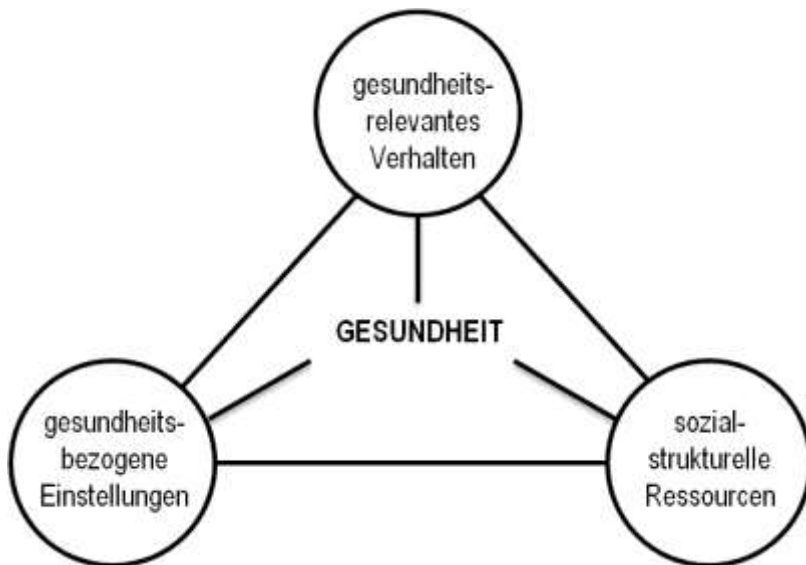


Abb. 8. Grafische Darstellung des Konzepts gesundheitsrelevanter Lebensstile (aus Abel, 1992, S. 125-126)

Alle drei Hauptkomponenten stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander. Zudem beinhalten sie, wie angedeutet, zahlreiche, einzelne Lebensstilelemente bzw. -facetten, die wiederum untereinander in Verbindung stehen und den Lebensstil zu einem spezifischen „Gesamtmuster“ prägen. Mit ihrem Konzept fokussieren Abel und Kollegen das handelnde Individuum, berücksichtigen aber zudem die Kontextbedingungen bzw. Lebensverhältnisse, die den strukturellen Rahmen zur Ausgestaltung der Lebensstile bilden (Abel, 2018; Abel & Ruckstuhl, 2018).

Zur Messung dieses Konzepts schlägt Abel (1992 später auch Abel, Buddeberg & Duetz, 2004) die Auswahl forschungsfragenrelevanter Lebensstilelemente vor, betont aber die Beziehungs- und Wirkungszusammenhänge der einzelnen Facetten zu berücksichtigen (S. 125). Es geht damit nicht um die ausschließlich deskriptive Erfassung einzelner Parameter, sondern um komplexe Muster und Zusammenhänge der Verhaltensweisen, Einstellungen und sozialstrukturellen Bedingungen. Abel (1992) schlägt in diesem Kontext geeignete wissenschaftlicher Analyseverfahren vor, konkret Cluster- und Regressionsanalysen, die neben weiteren potentiellen Methoden (Korrespondenzanalysen und Latent-Class Analysen) angewendet werden sollten, um der Komplexität der Lebensstile und ihrer empirischen Abbildung gerecht zu werden.

In späteren Veröffentlichungen führen Abel et al. (2004) den sozioökonomischen Status, das Geschlecht sowie das Alter eines Individuums als maßgebliche Determinanten gesundheitsrelevanter Lebensstile an und belegen

ihre Aussagen über die Darstellung empirischer Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen (1) ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, dem Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status, (2) Zusammenhängen zwischen Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen und (3) zu Korrelationen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen untereinander. Zudem macht die Forschergruppe deutlich, dass das Individuum durch die unterschiedlichen Ausprägungen gesundheitsrelevanter Lebensstilelemente unterschiedliche Handlungsfreiheiten bzw. -einschränkungen besitzt, die die Gesundheit beeinflussen (S. 303). Der Zusammenhang zwischen der Gesundheit bzw. dem Gesundheitszustand eines Menschen und seinem Lebensstil besteht laut Abel, Buddeberg und Deutz (2004) nun darin, dass sich beide Seiten wechselseitig beeinflussen: ein guter bzw. schlechter Gesundheitszustand kann den Lebensstil positiv oder negativ beeinflussen und die Ausprägung gesundheitsrelevanter Lebensstilfacetten kann langfristig ebenfalls den Gesundheitszustand positiv oder negativ verändern. Insgesamt halten Abel und Ruckstuhl (2018) fest:

„Gesundheitsrelevante Lebensstile

- sind das Produkt von objektiven Lebensbedingungen und dem, was die Individuen daraus machen,
- erfüllen spezifische Aufgaben für die Gesellschaft, für Gruppen und Individuen (Erlauben und repräsentieren z. B. soziale Zugehörigkeiten; dienen der Orientierung in zeitlichen und sozialen Räumen),
- kommen meist in Mischformen vor, wobei es kleinere Gruppen von konsistent gesundheitsförderlichen und von risikoreichen Lebensstilen gibt,
- sind insbesondere von den sozialen Faktoren Geschlecht, Alter und soziale Schicht geprägt,
- sind relativ stabil, jedoch unter äußeren Lebensbedingungen auch veränderlich“ (Abel & Ruckstuhl, 2018, S. 639-640).

Ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – als prominenter Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile – werden im nächsten Abschnitt im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit Gesundheit beschrieben.

2.5.2 *Gesundheitsrelevantes Verhalten als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile*

Gesundheitsrelevantes Verhalten wird in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion auch Gesundheitsverhalten genannt. Gemeint sind „alle Verhaltensweisen (...), die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird“ (Faltermaier, 2018, S. 545). Dazu zählen beispielsweise „ausreichende Bewegung und Sport, ausgewogene Ernährung, ausreichender Schlaf, ‚safer sex‘ oder die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen“ (Faltermaier, 2018, S. 545; vgl. auch Knoll et al., 2017). Auch Fuchs (2018) zählt körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Schlafverhalten zu den „Big Five“ (S. 177-178) des Gesundheitsverhaltens. Er verweist auf die Begriffsdifferenzierung in positives Gesundheitsverhalten sowie gesundheitliches Risikoverhalten, wobei ersteres die Verhaltensweisen impliziert, die die

Gesundheit schützen bzw. stärken. Letzteres beschreibt die Verhaltensweisen, durch die sich Menschen einem gesundheitlichen Risiko aussetzen und die eigene Gesundheit gefährden (Abel, 2018). Gesundheitsbezogenes Risikoverhalten kann somit als Antonym zum Gesundheitsverhalten eingeordnet werden. Es beschreibt, wie bereits in Kapitel 2.1.2 im Rahmen der Vorstellung des Risikofaktorenmodells erläutert, diejenigen Verhaltensweisen, die epidemiologisch nachgewiesen die Wahrscheinlichkeit steigern, dass sich eine spezielle Krankheit entwickelt (Faltermaier, 2018). Zu den verhaltensbedingten Risikofaktoren zählen u. a. „Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten“ (Faltermaier, 2018, S. 545). Franzkowiak (2018e) führt zudem chronische Stressbelastungen an. Die WHO (2009) veröffentlichte eine Liste der globalen Risikofaktoren, aus der sich ablesen lässt, dass die meisten Risikofaktoren verhaltensbezogen sind bzw. durch menschliches Verhalten verursacht werden (Salewski & Opius, 2018). Und schließlich nennt Fuchs (2018) „ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch, Tabakrauchen sowie Stress“ (S. 182) als wichtigste Risikofaktoren für die Krankheitsentstehung.

Der im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens bislang genutzte Begriff „gesundheitsrelevante Verhaltensweise“ koppelt die Inhalte des Gesundheits- und Risikoverhaltens in einem Wort, ist dabei „neutraler“ ausgelegt und kommt dem Kontinuumsgedanken näher. Daher wird er – auch im Sinne des salutogenetischen Grundgedankens – präferiert, da viele der Verhaltensweisen in ihrer positiven Ausrichtung ein Gesundheitsverhalten darstellen und in ihrer für die Gesundheit negativen Auslegung zum gesundheitsbezogenen Risikoverhalten werden. Als Beispiel kann hier die körperlich-sportliche Aktivität angeführt werden. Ihre gesundheitsförderlichen Effekte sind in zahlreichen Studien umfassend belegt. Eine nicht vorhandene körperlich-sportliche Aktivität, die Inaktivität, wird als Risikofaktor für die Entstehung verschiedener chronischer Erkrankungen gesehen (Bucksch & Schlicht, 2014; Habermann-Horstmeier, 2018b; World Health Organization, 2009).

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen vorgestellt, die auf der WHO-Liste der globalen Risikofaktoren (2009) unter den Top acht zu finden sind und von Abel et al. (2004) in seiner Theorie aufgeführt wurden. Für alle ist epidemiologisch nachgewiesen, dass sie zur Steigerung der Mortalität und Morbidität beitragen (Bollinger-Salzman & Habermann-Horstmeier, 2018; Bucksch & Schlicht, 2014; M. Egger & Habermann-Horstmeier, 2018; Habermann-Horstmeier, 2018a, 2018b, 2018c; World Health Organization, 2009). Sie erhöhen – bei dauerhaftem nicht Einhalten der Empfehlungen – das Risiko für zahlreiche chronische Erkrankungen, wie „kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Krankheiten), bösartige Neubildungen (Krebs), Diabetes, Rheuma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, neurodegenerative und vaskuläre Demenzformen“ (Franzkowiak, 2018e).

2.5.2.1 Bewegung und Sport

Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweise Bewegung werden in der Sportwissenschaft grundsätzlich zwei Begriffe differenziert: die körperliche und die sportliche Aktivität. Gemeint sind damit zum einen die Bewegungen im Alltag (beispielsweise das Treppenlaufen, Bewegung im Haushalt, das zu Fuß gehen zur Arbeit, das Fahrradfahren zum Einkaufen o. Ä.). „Als körperliche Aktivität wird jede Bewegung definiert, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt“ (RKI, 2014, S. 86). Zum anderen die Sportaktivität (der Sport), die jegliche Aktivitäten darüber hinaus beschreibt und über Regelmäßigkeit, Planmäßigkeit, ein Ziel, die Steigerung oder den Erhalt der Leistungsfähigkeit gekennzeichnet sind. Sportliche Aktivität wird verstanden „als eine spezifische Form körperlicher Bewegung, (...) mit gesundheitsförderlichen Potenzialen verbunden, die sich nicht nur über physiologische Prozesse, sondern ebenso im Zusammenhang mit der Stressregulation, der Ausformung personaler und sozialer Kompetenzen sowie der Entwicklung einer insgesamt gesünderen Lebensweise entfalten können“ (RKI, 2014, S. 100). Der gesundheitliche Nutzen von Bewegung und Sport ist vielfach belegt (vgl. im Überblick Cavill et al., 2010; Krug et al., 2013; Reiner et al., 2013; World Health Organization, 2020b).

Seit 2010 wurden die internationalen Empfehlungen der WHO (2010) als Richtlinien für gesundheitsförderliche körperliche und sportliche Aktivität auch für Deutschland herangezogen. Seit 2016 liegen nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung vor: Rütten und Pfeifer (2016) untergliedern sie zielgruppenspezifisch in normative Vorgaben für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene sowie Erwachsene mit chronischen Erkrankungen³⁸. Die Studierenden als Zielgruppe dieser Arbeit fallen in die Gruppe der Erwachsenen (Altersgruppe 18-65 Jahre, gesunde oder chronisch Erkrankte ohne Mobilitätseinschränkungen sowie ohne bewegungsinduzierte Kontraindikationen; zusätzliche Einschränkungen für Schwangere bzw. neue Mütter (Rütten & Pfeifer, 2016)). Konkret sehen die Vorgaben für sie wie folgt aus:

- Erwachsene sollten regelmäßig körperlich aktiv sein. Sie können dadurch bedeutsame Gesundheitswirkungen erzielen und die Risiken der Entstehung chronischer Erkrankungen reduzieren.
- Der größte gesundheitliche Nutzen entsteht bereits dann, wenn Personen, die gänzlich körperlich inaktiv waren, in geringem Umfang aktiv werden. Das heißt, jede zusätzliche Bewegung ist mit gesundheitlichem

³⁸ Basis der Empfehlungen sind verschiedene Begriffsdefinitionen. Bewegung und körperliche Aktivität werden von Rütten und Pfeifer (2016) synonym verwendet. „Bewegung bzw. körperliche Aktivität entspricht der durch die Skelettmuskulatur erzeugten Bewegung des Körpers, die zu einem substanziellen Anstieg des Energieverbrauchs über den Ruheenergieverbrauch (ein metabolisches Äquivalent = 1 MET) hinaus führt“ (S. 19). Das metabolische Äquivalent beschreibt dabei einen Verhältniswert vom Arbeits- zum Ruhe-Energieumsatz: „The ratio of the work metabolic rate to the resting metabolic rate. One MET is defined as 1 kcal/kg/hour and is roughly equivalent to the energy cost of sitting quietly. A MET also is defined as oxygen uptake in ml/kg/min, with one MET equal to the oxygen cost of sitting quietly, equivalent to 3.5 ml/kg/min“ (Ainsworth et al., 2011 zitiert nach Stemper, 2013, S. 83). Die Einführung der METs erlaubt die Vergleichbarkeit von unterschiedlichen Bewegungen bzw. körperlichen Aktivitäten.

Nutzen verbunden. Jeder auch noch so kleine Schritt weg vom Bewegungsmangel ist wichtig und fördert die Gesundheit.

- Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern, gelten folgende Mindestempfehlungen:
 - Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5x30 Minuten/Woche) **oder**
 - mindestens 75 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität durchführen **oder**
 - aerobe körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen
 - **und** dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. mind. 3 x 10 Minuten/Tag an fünf Tagen einer Woche)
- Erwachsene sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen
- Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen
- Erwachsene können weitere Gesundheitseffekte erzielen, wenn sie den Umfang und/oder die Intensität der Bewegung über die Mindestempfehlungen hinaus weiter steigern. (Rütten & Pfeifer, 2016, S. 32-33)

Diese Empfehlungen thematisieren nicht nur den Umfang, die Intensität und die Dauer der körperlichen Aktivität, sondern auch einen weiteren Faktor, der besonders mit den steigenden Zahlen von Übergewicht und Adipositas an Relevanz dazugewonnen hat – lang andauernde Sitzphasen als Risikofaktor für die Gesundheit. Diese auch als Inaktivität bzw. sitzende Lebensweise bezeichnete Verhaltensweise wird im folgenden Abschnitt näher erläutert. An dieser Stelle soll – der Vollständigkeit halber – auch auf die jüngst veröffentlichten, aktualisierten Empfehlungen der WHO (2020b) für körperliche Aktivität hingewiesen werden. Sie empfehlen für die Altersgruppe der 18- 64-jährigen Erwachsenen mindestens 150-300 Minuten mäßig-anstrengende Bewegungen bzw. mindestens 75-150 Minuten intensiver aerober Aktivität pro Woche. Zudem wird auf den zusätzlich gesundheitlichen Nutzen von muskelkräftigenden Übungen mindestens 2x pro Woche hingewiesen. Darüber hinaus wird auch in den internationalen Vorgaben betont die Inaktivität zu limitieren und die sitzende Lebensweise zu reduzieren. (Details siehe Anhang A).

2.5.2.2 Inaktivität bzw. sitzende Lebensweise

„Sitzen ist das neue Rauchen“ (Apfel, 2018) – dieses beispielhafte Zitat macht auf einen gesundheitlichen Risikofaktor aufmerksam, der in den letzten Dekaden an Relevanz gewonnen hat: die sitzende Lebensweise. Ob im Auto, im Büro, auf dem Sofa, beim Essen, Lesen oder bei der Mediennutzung - viele Menschen verbringen einen Großteil ihres Tages mit sitzenden Tätigkeiten, die durch einen geringen Energieverbrauch gekennzeichnet sind. Als sitzendes Verhalten wird dabei laut Rütten und Pfeifer (2016) „körperliche Inaktivität mit langen

Sitzperioden [oder in zurückgelehnter Position] am Arbeitsplatz und/oder in der Freizeit und einem Energieverbrauch von weniger als 1,5 MET“ (S. 21) bezeichnet. Auch die WHO zählt Inaktivität durch z. B. sitzende Tätigkeiten zu einem der weltweit größten gesundheitlichen Risikofaktoren (World Health Organization, 2009) und stellt 2020 Empfehlungen zur Reduzierung der sitzenden Lebensweise vor (World Health Organization, 2020b). Bucksch und Schlicht (2014) halten in ihrem Review sowohl gesundheitliche Folgen der sitzenden Lebensweise als auch Prävalenzen zur täglichen absoluten „Sitzzeit“ fest. Ihren Ergebnissen nach verbringen Erwachsene „bis zur Hälfte ihrer täglichen Wachzeit (...) mit unterschiedlichen sitzenden Verhaltensweisen“ (S. 17). Zahlreiche gesundheitsgefährdende Folgen – vor allem auf körperlicher Ebene – werden empirisch belegt. Dazu zählen u. a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, Darm- und Brustkrebs sowie Demenz (Rapp & Klein, 2017; World Health Organization, 2020b). Allerdings gibt es weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich einiger inkonsistenter Ergebnisse, des „Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs“ (Engeroff & Füzéki, 2017, S. 82) sowie des kombinierten Einflusses weiterer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen.

Bucksch und Schlicht (2014) und kommen ferner zu dem Schluss, dass die Dauer der lang anhaltenden Sitzphasen im Alltag deutlich zu reduzieren und durch kurze Aktivierungen zu unterbrechen ist. Darüber hinaus plädieren sie für eine Steigerung der moderat intensiven körperlichen Aktivitäten (Bucksch & Schlicht, 2014, S. 20). Auch die bereits zitierte nationale Empfehlung zu Bewegung und Bewegungsförderung äußert sich zum langandauernden Sitzen. Dies sollte nach Möglichkeit vermieden und regelmäßig durch körperliche Aktivität unterbrochen werden (Rütten & Pfeifer, 2016). Konkrete zeitliche Empfehlungen liegen bislang nicht vor.

2.5.2.3 Ernährungsverhalten

Auch das Ernährungsverhalten hat einen Einfluss auf die Gesundheit. So können verschiedene Formen der Fehlernährung (Mangel-, Unter- oder Überernährung) die Gesundheit negativ beeinflussen. Laut Habermann-Horstmeier (2018c) ist die dauerhafte Überernährung global gesehen das größte Problem, da sie häufig zu Übergewicht und Adipositas führt. Folgeerkrankungen sind Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Arthrose“ (Habermann-Horstmeier, 2018c, S. 184). Um eine gesundheitsförderliche, vollwertige Ernährung (Essen und Trinken) zu unterstützen, gibt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zehn Regeln für eine gesundheitsförderliche, vollwertige Ernährung (Essen und Trinken) sowie nationale Empfehlungen für die tägliche Nährstoffzufuhr heraus. In ihren Handlungsempfehlungen für eine ausgewogene Ernährung äußern sie sich zum einen zu konkreten Lebensmittelgruppen. Zum anderen stellen sie über ihre letzten Empfehlungen die Verbindungen zu körperlicher Aktivität und dem Körperstatus (über das Körpergewicht) her, da sich die Folgen einer dauerhaften Überernährung in Kombination mit Bewegungsmangel auf den Körperstatus (in Form von Übergewicht und Adipositas) äußern (2018c). Die DGE-Regeln sehen wie folgt aus:

1. Lebensmittelvielfalt genießen
Nutzen Sie die Lebensmittelvielfalt und essen Sie abwechslungsreich. Wählen Sie überwiegend pflanzliche Lebensmittel.
2. Gemüse und Obst – nimm ‚5 am Tag‘
Genießen Sie mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag. Zur bunten Auswahl gehören auch Hülsenfrüchte wie Linsen, Kichererbsen und Bohnen sowie (ungesalzene) Nüsse.
3. Vollkorn wählen
Bei Getreideprodukten wie Brot, Nudeln, Reis und Mehl ist die Vollkornvariante die beste Wahl für Ihre Gesundheit.
4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
Essen Sie Milch und Milchprodukte wie Joghurt und Käse täglich, Fisch ein- bis zweimal pro Woche. Wenn Sie Fleisch essen, dann nicht mehr als 300 bis 600 g pro Woche.
5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen
Bevorzugen Sie pflanzliche Öle wie Rapsöl und daraus hergestellte Streichfette. Vermeiden Sie versteckte Fette. Fett steckt oft „unsichtbar“ in verarbeiteten Lebensmitteln wie Wurst, Gebäck, Süßwaren, Fast-Food und Fertigprodukten.
6. Zucker und Salz einsparen
Mit Zucker gesüßte Lebensmittel und Getränke sind nicht empfehlenswert. Vermeiden Sie diese möglichst und setzen Sie Zucker sparsam ein. Sparen Sie Salz und reduzieren Sie den Anteil salzreicher Lebensmittel. Würzen Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen.
7. Am besten Wasser trinken
Trinken Sie rund 1,5 Liter jeden Tag. Am besten Wasser oder andere kalorienfreie Getränke wie ungesüßten Tee. Zuckergesüßte und alkoholische Getränke sind nicht empfehlenswert.
8. Schonend zubereiten
Garen Sie Lebensmittel so lange wie nötig und so kurz wie möglich, mit wenig Wasser und wenig Fett. Vermeiden Sie beim Braten, Grillen, Backen und Frittieren das Verbrennen von Lebensmitteln.
9. Achtsam essen und genießen
Gönnen Sie sich eine Pause für Ihre Mahlzeiten und lassen Sie sich Zeit beim Essen.
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben
Vollwertige Ernährung und körperliche Aktivität gehören zusammen. Dabei ist nicht nur regelmäßiger Sport hilfreich, sondern auch ein aktiver Alltag, in dem Sie z.B. öfter zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren.
(Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2017, S. 1)

Diese Empfehlungen werden grafisch abgebildet im so genannten Ernährungskreis (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2019). Hier werden sieben Lebensmittelgruppen differenziert und Mengenangaben zur ausgewogenen Ernährung gemacht: zu den Gruppen zählen „Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln [Gruppe 1], Gemüse und Salat [Gruppe 2], Obst [Gruppe 3], Milch und Milchprodukte [Gruppe 4], Fleisch, Wurst, Fisch

und Eier [Gruppe 5], Öle und Fette [Gruppe 6] sowie Getränke [Gruppe 7]“ (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2014, S. 25). Diese Orientierungswerte innerhalb der einzelnen Kategorien basieren auf den D-A-CH-Referenzwerten (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al., 2020), die gemeinsam von den deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesellschaften für Ernährung publiziert wurden (aktuellste Version: 2. Auflage, 6. akt. Aufgabe 2020). Sie beinhalten detailliert aufgeschlüsselt empfohlene Werte für die tägliche Nährstoffzufuhr (aufgespalten in empfohlene Zufuhr-, Schätz- und Richtwerte). Ziel ist es „die lebenswichtigen physischen und psychischen Funktionen sicher[zustellen], nährstoffspezifische Mangelkrankheiten (...) [zu] verhüten, eine Überversorgung [zu] verhindern, Körperreserven für Phasen der Bedarfssteigerung [zu] schaffen und- wo möglich – einen Beitrag zur Prävention chronischer ernährungsmitbedingter Krankheiten [zu] leisten“ (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al., 2020, S. 10).

Für die alltägliche Umsetzung einer vollwertigen Ernährung werden die 10 Regeln der DGE als geeigneter beschrieben. Daher werden zusätzliche Beispiele für die Lebensmittelauswahl entsprechend des DGE-Ernährungskreises für Erwachsene präsentiert (vgl. Tab. 5).

Tab. 5. Die Orientierungswerte für Erwachsene für eine vollwertige Ernährung – angelehnt an den Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (aus Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2014, S. 26; Hervorhebungen durch den Herausgeber)

Lebensmittel	Orientierungswerte ³⁹ für Erwachsene
Gruppe 1: Getreide, Getreideprodukte, Kartoffeln	täglich <ul style="list-style-type: none"> • 4 – 6 Scheiben (200 – 300 g) Brot oder 3 – 5 Scheiben (150 – 250 g) Brot und 50 – 60 g Getreideflocken und • 1 Portion (200 – 250 g) Kartoffeln (gegart) oder 1 Portion (200 – 250 g) Nudeln (gegart) oder 1 Portion (150 – 180 g) Reis (gegart) Wählen Sie Vollkornprodukte.

³⁹ Die DGE betont, dass die abgedruckten Mengenangaben Orientierungswerte bilden und müssen nicht bis auf das letzte Gramm abgewogen werden. Zudem ist das Range in den Angaben so zu verstehen, dass weniger aktive Menschen sich eher an der unteren und aktive Menschen sich eher an der oberen Empfehlung orientieren (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2021b).

Fortführung Tab. 5. *Die Orientierungswerte für Erwachsene für eine vollwertige Ernährung – angelehnt an den Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (aus Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2014, S. 26; Hervorhebungen durch den Herausgeber)*

Lebensmittel	Orientierungswerte für Erwachsene
Gruppe 2: Gemüse und Salat	täglich <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 3 Portionen (400 g) Gemüse 300 g gegartes Gemüse und 100 g Rohkost/Salat oder 200 g gegartes Gemüse und 200 g Rohkost/Salat Essen Sie sowohl gegartes, als auch rohes Gemüse und Salat.
Gruppe 3: Obst	täglich <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 2 Portionen (250 g) Obst Essen Sie Obst, wenn möglich, mit Schale und frisch. 25 g Nüsse können eine Portion Obst ersetzen.
Gruppe 4: Milch und Milchprodukte	täglich <ul style="list-style-type: none"> • 200 – 250 g Milch und Milchprodukte und • 2 Scheiben (50 – 60 g) Käse Wenn Sie Kalorien sparen wollen, wählen Sie die fettarmen Varianten.
Gruppe 5: Fleisch, Wurst, Fisch und Eier	wöchentlich <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 300 – 600 g fettarmes Fleisch und fettarme Wurst und • 1 Portion (80 – 150 g) Seefisch (wie Kabeljau oder Rotbarsch) und • 1 Portion (70 g) fettreichen Seefisch (wie Lachs, Makrele oder Hering) und • bis zu 3 Eier
Gruppe 6: Öle und Fette	täglich <ul style="list-style-type: none"> • 10 – 15 g Öl (z. B. Raps-, Walnuss- oder Sojaöl) und • 15 – 30 g Margarine oder Butter Bevorzugen Sie pflanzliche Öle und Fette.
Gruppe 7: Getränke	täglich <ul style="list-style-type: none"> • rund 1,5 Liter Wasser oder ungesüßten Tee Bevorzugen Sie kalorienfreie/-arme Getränke.

Rapp und Klein (2017) halten mit Blick auf die Erfassung des Ernährungsverhaltens fest, dass es mit Blick auf Lebensstile und die Gesundheitseffekte des Ernährungsverhaltens sinnvoll ist, komplexe Ernährungsmuster anstelle vom Konsumverhalten einzelner Nahrungsbestandteile zu betrachten (S. 4).

2.5.2.4 Rauchen

Laut Bundesministerium für Gesundheit (2021) ist Rauchen „das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Absatz 1). Die gesundheitlichen Folgen vom Nikotinkonsum sind vielfältig: so schadet das Rauchen sämtlichen Organen im Körper (besonders betroffen ist die Lunge) und steigert das Risiko für viele chronische Erkrankungen: dazu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsarten (M. Egger & Habermann-Horstmeier, 2018; Orth & Merkel, 2019; Rapp & Klein, 2017, S. 7; RKI, 2015; Schaller & Mons,

2019; World Health Organization, 2017). Auf der Liste der WHO für die größten globalen Gesundheitsrisiken nimmt Rauchen den zweiten Platz ein, was die gesundheitsbezogene Relevanz dieses Risikoverhaltens verdeutlicht (vgl. World Health Organization, 2009). So sind die Empfehlungen hinsichtlich des Rauchens eindeutig: „Nichtraucher sein“ ist das Ziel, um die Gesundheit nicht zu gefährden. Drings, Schaller und Pötschke-Langer (2008) betonen, dass „nur ein vollständiger Rauchverzicht (...) das Lungenkrebsrisiko deutlich absenkt“ (S. 2). Neben dem direkten Konsum soll auch das Passivrauchen möglichst eingedämmt werden, da auch dies gesundheitsschädlich ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2021; Orth & Merkel, 2020; World Health Organization, 2017).

2.5.2.5 Alkoholkonsum

Auch der regelmäßige Alkoholkonsum zählt zu den gesundheitsbezogenen Risikofaktoren. Auf der Liste der globalen Gesundheitsrisiken ist er auf Platz acht verortet (WHO, 2009). Empirisch belegt ist, dass er an der Entstehung von über 200 Krankheiten beteiligt ist – bei besonderer Gefährdung der Leber (Burger & Mensink, 2003; Habermann-Horstmeier, 2018a; Lange et al., 2016; Lange et al., 2017). Das riskante Verhalten bezogen auf den Alkoholkonsum wird dabei in verschiedene Ausprägungen differenziert. Dazu zählen: der Konsum riskanter Alkoholtrinkmengen, das Rauschtrinken, der Alkoholmissbrauch, die Alkoholabhängigkeit sowie die Alkoholgebrauchsstörung (Lange et al., 2016, S. 7). Zudem ist der riskante Alkoholkonsum einer der Faktoren, der maßgeblich auch unbeteiligte Dritte gefährden kann (z. B. durch Unfälle etc.). Es entstehen somit nicht nur individuelle, sondern auch soziale Folgen.

Im Rahmen dieser Arbeit soll der riskante Alkoholkonsum betrachtet werden. Die Grenzwerte für die Bestimmung des riskanten Konsums liegen „bei durchschnittlich mehr als 10-12 g [reinem Alkohol] pro Tag für Frauen und 20-24 g [reinem Alkohol] für Männer“ (Lange et al., 2017, S. 67). Dies entspricht für Frauen ungefähr 0,3l Bier oder 0,15l Wein/Sekt oder ca. 4cl Schnaps. Für Männer verdoppeln sich die Mengenangaben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2021, 15. Januar; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2020). Zudem wird empfohlen, an mindestens zwei Tagen in der Woche komplett auf den Konsum alkoholischer Getränke zu verzichten, um einer Gewöhnung vorzubeugen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2021, 15. Januar, Absatz 2). Darüber hinaus betont die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2021a), dass diese Mengenangaben keine Aufforderung zum Alkoholtrinken darstellen, sondern Grenzwerte symbolisieren, die idealerweise unterschritten werden sollten.

Nachdem ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mit ihren Empfehlungen für gesundheitsförderliches Verhalten dargestellt wurden, wird im nächsten Abschnitt eine Zwischenbilanz gezogen, um den Erkenntnisgewinn für die vorliegende Arbeit zu konkretisieren.

2.5.3 *Zwischenfazit zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile*

Mit dem Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile liegt eine Theorie vor, die aus gesundheitssoziologischer Sicht die Verbindungen von Lebensstil und Gesundheit erklärt. Dabei sind gesundheitsrelevante Lebensstile „zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, intrapersonellen und sozialen Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel, 2018, S. 196-197). Sie konstituieren sich über gesundheitsbezogenes Verhalten, intrapersonelle und sozialstrukturelle Ressourcen. Damit wird der Bezug zur Aufarbeitung der Lebensstilkonzeptionen in 0 deutlich, denn über die Definition gesundheitsrelevanter Lebensstile wird das komplexe Zusammenspiel der individuellen und sozial bedingten Voraussetzungen – Lebenschancen und Lebensführung – deutlich. Zugleich finden sich Bezüge zu Gesundheit und Stress, da auch diese Themen durch Verhalten und Verhältnisse beeinflusst werden.

Im Rahmen der Vorstellung ausgewählter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen in den Kapiteln 2.5.2.1 bis 2.5.2.5 wurde die jeweilige Bedeutung für die Gesundheit erläutert und die nationalen Empfehlungen hinsichtlich des gesundheitsfördernden Verhaltens zusammengetragen. Es liegen Empfehlungen für ein Mindestmaß an körperlicher Aktivität, für die Reduzierung von Inaktivität, für eine vollwertige, ausgewogene Ernährung sowie den gesundheitsförderlichen Umgang mit Substanzen (hier am Beispiel von Nikotin und Alkohol aufgezeigt) vor. Mit Blick auf die Studierenden als Zielgruppe dieser Arbeit soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass die vorgestellten Verhaltensweisen in der studentischen Population betrachtet werden sollen, um ihre Muster der Verhaltensweisen Gesundheit und Stress in Beziehung zu setzen.

Nachdem die Verbindungen von Lebensstilen und Gesundheit über das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile erfolgt ist, wird im nächsten Abschnitt dieses Kapitels der Zusammenhang von Stress mit den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dargestellt.

2.5.4 *Gesundheitsrelevantes Verhalten und Stress*

In diesem Abschnitt geht es um die Verbindungen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Stress. Angenommen wird, dass andauernder Stress – als Vorläufer von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Kapitel 2.3) – die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen negativ beeinflussen kann. Kaluza (2011) führt eine Liste häufiger Stressverhaltensweisen an, die sowohl Ergebnis der Stressreaktion als auch der Bewältigungsversuche sein können (S. 25). Dazu zählen u.a. „hastiges und ungeduldiges Verhalten, z. B. das Essen schnell hinunterschlingen, (...), Betäubungsverhalten, z. B. mehr und unkontrolliert Rauchen, Essen oder Alkohol oder

Kaffee trinken, (...), unkoordiniertes Arbeitsverhalten, z. B. mehrere Dinge gleichzeitig tun, (...) [oder] konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen, z. B. aggressives, gereiztes Verhalten gegenüber Familienmitgliedern“ (S. 14). Mehrere Studien zeigen, dass sich das Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie der Nikotin- und Alkoholkonsum in stressigen Situationen verändern können (vgl. im Überblick Gerber & Schilling, 2018): bei akutem Stress wird der Umfang körperlicher Aktivität geringer, das Verlangen nach Zigaretten, Alkohol und ungesundem Essen größer. Ähnliche Verhaltensänderungen konnten auch bei chronischen Stressbelastungen beobachtet werden: gesteigener Substanzkonsum im Hinblick auf Nikotin und Alkohol, geringere körperliche Aktivität sowie ungesünderes Essverhalten (Gerber & Schilling, 2018, S. 112; Werdecker & Esch, 2019). So können gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen „als Teil der behavioralen Stressreaktion oder als Versuch der Bewältigung verstärkt auftreten“ (Kaluza, 2011, S. 25). Darüber hinaus führen die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen aber über die Zeit auch zu einer Verringerung der allgemeinen Belastbarkeit und führen zu einer schnellen Ausschöpfung der Widerstandskräfte des Individuums (Kaluza, 2011).

Zur Erklärung der Verbindungen von Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen führen Gerber und Schilling (2018) fünf unterschiedliche Modelle von Steptoe (2007) an:

Im ersten Modell wird davon ausgegangen, dass Veränderungen des gesundheitsbezogenen Verhaltens einen Aspekt der biopsychosozialen Stressreaktion darstellen, ähnlich wie ein Anstieg der Nervosität oder des Kortisols im Blut. Im zweiten Modell wird angenommen, dass Stress zu Veränderungen im affektiven Bereich führt (z. B. depressive Symptome, Angstzustände), die ihrerseits das Auftreten von risikoreichen Verhaltensweisen begünstigen (z. B. sozialer Rückzug, körperliche Inaktivität). Im dritten Modell wird postuliert, dass Stress zu physiologischen Anpassungsvorgängen führt, die ihrerseits das Auftreten von Risikoverhalten begünstigen (z. B. erhöhte Ausschüttung von Kortisol führt zu Präferenz energiereicher und fetthaltiger Nahrungsmittel). Im vierten Modell wird in Betracht gezogen, dass durch Stress bestimmte Verhaltensweisen gefördert werden (z. B. reduzierter Schlaf, verminderte körperliche Inaktivität, Rauchen), die ihrerseits die Immunfunktion negativ beeinflussen und somit dazu führen, dass bei Stress bestimmte physiologische Reaktionen moduliert werden (z. B. akzentuierte Immunsuppression). Ein fünftes Modell geht davon aus, dass bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von Personen bewusst als Stressbewältigungsstrategien eingesetzt werden. Gerade bei Risikoverhaltensweisen (z. B. Rauchen, Medikamentengebrauch) sind die (kurzzeitigen) positiven Wirkungen aber häufig mehr eingebildeter als realer Natur. (S. 111-112)

Die Erklärungsmuster sind somit verschieden und es scheint mit Rückbezug auf das transaktionale Stressmodell individuell zu sein, welches Begründungsmuster zum Risikoverhalten führt.

Abschließend wird die fachwissenschaftliche Aufarbeitung der Themen Gesundheit, Stress und Lebensstile mit besonderer Berücksichtigung der Ressourcen sowie der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen resümiert.

2.6 Bilanzierung: Gesundheit, Stress und Lebensstil

Die ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit den Begriffen Gesundheit, Stress und Lebensstil und ihren Zusammenhängen hat gezeigt, dass alle drei Themen für sich betrachtet historisch gesehen jeweils eine lange Tradition besitzen. Sie haben sich in ihren Definitionen und Konzeptionen durch gesamtgesellschaftliche Wandlungsprozesse sowie wissenschaftliche Fortschritte verändert und ausdifferenziert. So liegen mittlerweile für alle Konstrukte verschiedene Definitionen und theoretische Ansätze nebeneinander vor, die die Themen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen betrachten und dabei verschiedene inhaltliche Schwerpunkte setzen.

Die Ausführungen haben zudem deutlich gemacht, dass im Kontext der Entstehung und Beeinflussung von Gesundheit enge Zusammenhänge zwischen den drei Themenkomplexen untereinander bestehen, die die Aufarbeitung ihrer Verbindungen sehr komplex machen. Die für diese Dissertation relevanten Eckpfeiler der vorgestellten Theorien werden an dieser Stelle – im Sinne eines theoretischen Bezugsrahmens – abschließend zusammengetragen:

Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) als Rahmentheorie

Das vorgestellte Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) wird als übergeordnete Rahmentheorie für die vorliegende Arbeit genutzt, um die Entstehung von Gesundheit in der studentischen Population theoretisch einzubetten. Gesundheit von Studierenden bezeichnet somit in Anlehnung an Hurrelmann und Richter (2013) „den dynamischen Zustand (...) [ihres] Wohlbefindens, der gegeben ist, wenn sich (...) [die jungen Akademiker] psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befinden. Gesundheit ist das dynamische Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn [dem Studierenden] eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen [im und außerhalb des Settings Hochschule] gelingt“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147). Dieses Gesundheitsverständnis beinhaltet auch den salutogenetischen Grundgedanken, welcher auch dieser Arbeit in ihrem Grundverständnis zugrunde gelegt wird.

Anhaltender (Dis-)Stress und Ressourcenausstattung als Indikatoren für gesundheitliche Beeinträchtigungen

Mit Blick auf die Entstehung von Stress bei den Studierenden wird grundsätzlich auf die Inhalte des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1986) zurückgegriffen. Berücksichtigt dabei werden zum einen Stressoren, die sich in Anlehnung an Hurrelmanns Sozialisationsmodell (2006) vor allem aus Entwicklungsaufgaben der Studierenden ergeben können. Wie sich diese konkret für die Gruppe der Studierenden ausgestalten, wird in Kapitel 3 zielgruppenspezifisch aufgearbeitet.

Die Stressgenese und -bewältigung erfolgen auf Basis individueller Bedeutungszuweisungen und der Bewältigungsversuche der Studierenden, die durch (nicht) vorhandene Ressourcen maßgeblich beeinflusst werden.

Die personalen und sozialen Ressourcen können als mögliche Puffer von Stress und damit als studentische „Gesundheitsressourcen“ fungieren oder bei einem Ungleichgewicht von Ressourcen und Anforderung der Situation bzw. des Stressors die Stressentstehung begünstigen.

Bezogen auf die Stress-Gesundheits-Beziehung der Studierenden wird (1) anhaltender Stress als Indikator für gesundheitliche Beeinträchtigungen angesehen. (2) werden „die Art und Häufigkeit des Auftretens von Stressoren als auch deren subjektive Bewertung und dementsprechend auch die gesundheitlichen Effekte“ (Franke, 2012, S. 126) durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Für die studentische Stichprobe sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit das Geschlecht, der individuelle Lebensstil – über die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – sowie die Selbstwirksamkeitserwartung und die soziale Unterstützung als beispielhafte Ressourcen betrachtet werden. Zudem wird (3) davon ausgegangen, dass der Zusammenhang von personalen und sozialen Ressourcen mit dem Stressempfinden die Gesundheit der Studierenden beeinflusst.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Ausdruck studentischer Lebensstile mit Entstehungskontext zwischen Lebenschancen und Lebensführung

Bezogen auf die Auseinandersetzung mit Lebensstilen in soziologischer Perspektive wird auf die Lebensstildefinition von Otte und Rössel (2011) zurückgegriffen (ähnliche Definitionen mit Betonung der Verhaltensweisen sind auch bei Lüdtke (1992) und Hradil (2005) zu finden). Studentische Lebensstile ergeben sich damit aus Mustern „verschiedener Verhaltensweisen, die eine gewisse formale Ähnlichkeit und biographische Stabilität aufweisen, Ausdruck zugrundeliegender Orientierungen sind und von anderen Personen identifiziert werden können“ (S. 13). Mit Blick auf die themenspezifische Verortung dieses Dissertationsvorhabens im Bereich der Gesundheitsförderung werden diese soziologischen Grundlagen über das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile von Abel (1992) auf die Gesundheit der Studierenden übertragen. Gesundheitsrelevante studentische Lebensstile sind somit „zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Einstellungen und Ressourcen, welche von (...) [den Studierenden] und [studentischen] Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen [im und um das Setting Hochschule herum] entwickelt werden können“ (Abel et al., 2004, S. 297).

Relevanz verhaltensbedingter Risikofaktoren für gesundheitliche Beeinträchtigungen

Im Kontext der Theorie gesundheitsrelevanter Lebensstile und der Gesundheitsförderung allgemein werden vor allem gesundheitsrelevante Verhaltensweisen relevant, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung statistisch erhöhen; besonders, wenn mehrere gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen miteinander in Kombination

auftreten. Von der Liste der WHO (2009) werden folgende gesundheitsrelevante Verhaltensweisen für die studentische Population berücksichtigt: der Tabakkonsum, der Alkoholkonsum, das Ernährungs-, Bewegungs- und Sportverhalten.

Geschlecht, Bildung und Einkommen als ausgewählte Determinanten von Lebensstilen

Zudem sollen aus der Aufarbeitung der Lebensstilthematik die *Determinanten* Geschlecht, Bildung und Einkommen aufgegriffen werden und im Rahmen der eigenen Untersuchung berücksichtigt werden, um mögliche Unterschiede hinsichtlich Einschätzung von Gesundheit, Stress und Ressourcen sowie der studentischen Lebensstile zu identifizieren. Das Alter, als weitere klassische Variable im Kontext der Lebensstildiskussion, wird für die studentische Population ausgeklammert. Es wird angenommen, dass die Studierenden eine relativ altershomogene Gruppe sind, deren Lebensphase Studium sich in der Lebenslaufperspektive nur auf einen sehr kleinen Zeitraum von wenigen Jahren bezieht, so dass das Alter nicht als Hauptkriterium in der Differenzierung von Lebensstilen angesehen wird.

Clusteranalyse als Möglichkeit der Identifikation studentischer Lebensstile

Schließlich sollen die im Rahmen der Aufarbeitung der Lebensstilthematik recherchierten forschungsmethodischen Hinweise von Abel et al. (2004) berücksichtigt werden, die zum einen auf die Darstellung von Zusammenhängen zwischen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, dem Geschlecht und dem sozioökonomischen Status verweisen und zum anderen den Einsatz von Clusteranalysen empfehlen, um der Komplexität von Lebensstilen gerecht zu werden. Auch Otte und Rössel (2011) empfehlen den Einsatz multivariater Analysemethoden, wie beispielsweise der Clusteranalyse, zur Erforschung von Lebensstilen.

3 **Gesundheit, Stress und Lebensstile von Studierenden im Setting Hochschule**

Nachdem die theoretischen Inhalte zum Zusammenhang von Gesundheit, Stress und Lebensstil mit besonderem Fokus auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen aufgearbeitet wurden, widmet sich dieses Kapitel konkreter der Zielgruppe der vorliegenden Arbeit – den Studierenden im Setting Hochschule. Um in die Thematik „Notwendigkeit einer Beschäftigung mit Gesundheit und Stress an Hochschulen“ allgemein einzuführen, werden in einem ersten Schritt die Grundlagen der settingspezifischen Gesundheitsförderung⁴⁰ dargestellt (vgl. Kapitel 3.1). Handlungsleitend für die Ausführungen sind folgende Fragestellungen: Warum geraten Hochschulen in den Blick der Gesundheitsförderung? Wie soll die Gesundheitsförderung im Setting Hochschule gestaltet werden?

Auf diesem Fundament gilt es die Betrachtungsperspektive enger zu fassen und in einem zweiten Schritt den Lebens- und Lernraum Hochschule aus studentischer Perspektive zu betrachten (vgl. Kapitel 3.2): In Anlehnung an die Aufarbeitung der Stress-Gesundheits-Beziehung und der möglichen Entstehung von Stress über Entwicklungsaufgaben, Dauerbelastungen und kritische Lebensereignisse (vgl. Kapitel 2.2 und 2.3) werden mit Bezug zum Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) lebensphasenspezifische Anforderungen der Studierenden herausgearbeitet. Ziel ist es mögliche Stressoren, die sich speziell in der Lebensphase „Studieren“ ergeben, aufzudecken. Im Mittelpunkt dieser Darstellungen steht die Beantwortung folgender Fragen: Mit welchen Entwicklungsaufgaben werden Studierende durch das Studium konfrontiert? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Stress-Gesundheits-Beziehung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen?

In einem dritten Schritt erfolgt die systematische Erarbeitung des Forschungsstands zu Gesundheit, Stress und Lebensstil mit besonderem Fokus auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen für die studentische Population (vgl. Kapitel 3.4). Ziel ist es, den wissenschaftlichen state of the art abzubilden, die Relevanz der Gesundheitsförderung in der größten Statusgruppe an Hochschulen empirisch zu untermauern und gleichzeitig in Bezug auf das eigene Forschungsvorhaben Forschungsdesiderate aufzuzeigen. Im Rahmen dieses Teils sollen folgende handlungsleitende Fragestellungen beantwortet werden: Wie sehen der Gesundheitszustand, das Stressempfinden und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Studierenden aus? Welche Belastungen und Probleme können im Studium entstehen? Wie sind personale und soziale Ressourcen bei Studierenden ausgebildet? Gibt es Unterschiede auf Basis verschiedener Merkmale (wie Geschlecht, Bildung und Einkommen)?

⁴⁰ Laut WHO (1998b) ist ein Setting „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“ (S. 19). Die Hochschule wird als ein solches Setting bezeichnet.

3.1 Die Hochschule im Fokus der Gesundheitsförderung

Die Hochschule als Ort des Lernens, Lebens, Forschens und Arbeitens beherbergt aktuell rund 2,9 Millionen Studierende sowie ca. 738.000 wissenschaftliche, künstlerische und nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter (Statistisches Bundesamt, 2020, 11. Dezember). An 107 Universitäten, 213 Fachhochschulen und 104 anderen Bildungsinstitutionen des tertiären Sektors (Stand: WS 2019/20; Statistisches Bundesamt, 2020a, 2020b) werden in Deutschland junge Akademiker ausgebildet. Zusätzlich wird Menschen im Bereich Forschung, Lehre und Verwaltung ein Arbeitsplatz geboten. Die Rahmenbedingungen, unter denen Hochschulen arbeiten, unterliegen allerdings – besonders für die Studierenden als größte Statusgruppe der Institution – strukturellen (hochschulpolitischen) Wandlungsprozessen (z. B. Konsequenzen aus dem Bologna-Prozess – Qualitätspakt Lehre, Wettbewerbsanstieg durch Rankings und Exzellenzinitiativen, Bildungsföderalismus, Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention - PräVG, besonders § 20a etc.). Diese führen in ihrer Summe dazu, dass der Druck auf Hochschulen zunimmt und sie in Konkurrenz zueinander versetzt. Hinzu kommen gesamtgesellschaftliche Veränderungen (z. B. durch den zu beobachtenden demografischen Wandel mit Auswirkungen auf die Altersstruktur der Bevölkerung), die dafür sorgen, dass die Studierenden vor allem unter der Perspektive der Zuweisung von (Förder-)Geldern für Hochschulen zu einer wichtigen Zielgruppe ihrer Bemühungen werden. Auch stieg die notwendige Verantwortungsübernahme der Hochschulen im Kontext der zwischenzeitigen verkürzten Schulzeit (G8). Die daraus resultierende „Verjüngung“ der Studierenden stellt die Hochschulen nach wie vor vor zusätzliche Herausforderungen: Es gilt besonders für die junge Generation einen Lern- und Lebensraum zu schaffen, der sorgenfreies Studieren ermöglicht, sie an den jeweiligen Standort bindet und die gesunde Ausbildung und Entwicklung der jungen Erwachsenen fördert. In diesem Kontext wird auch die settingspezifische Gesundheitsförderung und Prävention relevant: besonders vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Studierende – verstanden als zukünftige Führungskräfte – als Multiplikatoren angesehen werden können, um ein im Rahmen der Ausbildung an der Hochschule entwickeltes Gesundheitsverständnis in andere gesellschaftliche Bereiche zu tragen und so einen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung zu leisten.

Erstmals populär geworden ist der Setting-Begriff mit der Vereinbarung der Ottawa-Charta auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (1986). Die WHO erarbeitete das Aktionsprogramm „Gesundheit für alle“, welches als Handlungsrahmen zur Förderung der intersektoralen Gesundheit besonders in europäischen Industrieländern eingesetzt werden sollte – mit dem Ziel der schrittweisen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bis ins Jahr 2000 (World Health Organization, 1986). In diesem Zusammenhang wurde die Intention einer systematischen Gesundheitsförderung auf allen Ebenen definiert: Sie

zielt auf einen Prozess [ab], allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne

als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (World Health Organization, 1986, S. 1)

Das umfassende Rahmenkonzept wurde im Jahr 1998 überarbeitet und wird seitdem unter dem Titel „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ weiterverbreitet. Es gilt als Handlungsleitfaden für die Implementierung einer ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitspolitik (World Health Organization, 1998a) und beinhaltet 21 übergeordnete Ziele für eine gesundheitliche Entwicklung in der Bevölkerung. Eins dieser Ziele bezieht sich konkret auf die Förderung der Gesundheit in unterschiedlichen Settings. Es beinhaltet, dass Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt im Hinblick auf ihre Gesundheit gefördert werden sollen: also dort, wo sie leben, lernen und arbeiten (World Health Organization, 1986, S. 5, 1998a, S. 26). Als Beispiele wurden ursprünglich vorschulische Einrichtungen, Schulen, Arbeitsstätten, Städte und Kommunen genannt. Über die Vorstellung des Konzepts Health Promoting Universities (World Health Organization Regional Office for Europe, 1998), einem Leitfaden zur nachhaltigen Implementierung der Gesundheitsförderung an Hochschulen, wurde der Setting-Begriff auch für tertiäre Bildungsinstitutionen eingeführt. Damit wurde den Hochschulen als Organisation für Lehre, Wissenschaft und Verwaltung eine große Verantwortung für alle im Setting agierenden Menschen zugetragen. Ihre spezifischen Belange sollen im Kontext der ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

Die Etablierung der WHO-Deklarationen sowie die internationale Vorstellung und Verbreitung des Konzepts gesundheitsfördernder Hochschulen führten in Deutschland im Jahr 1995 zur Gründung des national arbeitenden Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH). Dieser engagiert sich seitdem unter salutogenetischer Perspektive (vgl. Kapitel 2.1.2) für die Gesundheitsförderung aller im Setting agierenden Statusgruppen. Ziel seiner Bemühungen ist es gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen für diese unterschiedlichen Zielgruppen zu initiieren und langfristig zu unterstützen (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2020, Abschnitt Was wollen wir?). Auf Basis dieser Grundannahmen wurden zehn Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen entwickelt und 2020 aktualisiert, die die normative Grundlage für alle Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule bilden (vgl. Abb. 9).

1. Eine gesundheitsfördernde Hochschule arbeitet nach dem Setting-Ansatz.
2. Eine gesundheitsfördernde Hochschule orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit umfassend in den Blick. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betrachtet Gesundheit als mehrdimensionales Konzept.
3. Eine gesundheitsfördernde Hochschule erarbeitet und verankert ein Konzept der Gesundheitsförderung in ihrer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik.
4. Eine gesundheitsfördernde Hochschule berücksichtigt Gesundheitsförderung als strukturelle Querschnittsaufgabe bei allen Prozessen und Entscheidungen. Dies bezieht sich auf Beschäftigung, Lehre, Studium, Forschung und Wissensmanagement.
5. Eine gesundheitsfördernde Hochschule beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe – in der die relevanten Bereiche und Statusgruppen der Hochschule vertreten sind – mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen.
6. Eine gesundheitsfördernde Hochschule betreibt ein transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement. Die Hochschule formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage regelmäßiger Analysen und Evaluationen, die im Rahmen einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung zusammengefasst werden.
7. Eine gesundheitsfördernde Hochschule führt gesundheitsfördernde Maßnahmen für alle Statusgruppen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren. Dabei sind die Verhaltens- und Verhältnisebene zu verschränken und partizipativ auszurichten.
8. Eine gesundheitsfördernde Hochschule verpflichtet sich durch die Unterzeichnung der Okanagan Charta dem normativen Prinzip der nachhaltigen Entwicklung sowie einer globalen und intergenerationellen Gerechtigkeit. Sie fördert die Stärkung von Kompetenzen, die für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Herausforderungen notwendig sind. Hochschulen werden durch Bildung, Lehre, Forschung und Praxistransfer Impulsgeber für einen Wandel hin zu mehr Nachhaltigkeit für die gesamte Gesellschaft.
9. Eine gesundheitsfördernde Hochschule integriert in ihr Konzept zur Gesundheitsförderung die Themen Chancengleichheit, Inklusion, Diversity, Gender Mainstreaming sowie Cultural Mainstreaming. Die Steuerungsgruppe schafft Synergien mit allen Personen, die in diesen Bereichen an der Hochschule tätig sind.
10. Eine gesundheitsfördernde Hochschule vernetzt sich mit ihrer Kommune und innerhalb ihrer Region. Zudem vernetzt sie sich sowohl national als auch international mit anderen Hochschulen und Wissenschaftseinrichtungen.

Abb. 9. Aktualisierte Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen 2020 (aus AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2020)

Eine nach diesen Gütekriterien ausgerichtete ganzheitliche Gesundheitsförderung in der Hochschule soll in den fünf spezifischen Hauptinterventionsfeldern umgesetzt werden: (1) im physischen Umfeld der Hochschule, (2) im Arbeits- und Lernumfeld aller im Setting aktiven Personen, (3) im sozialen Umfeld, (4) im Dienstleistungssektor mit seinem vielfältigen Angebot sowie (5) beim einzelnen Individuum. Es sollen somit sowohl verhaltens- als auch verhältnisrelevante Aspekte im Hinblick auf alle Entscheidungsstrukturen und Handlungsebenen berücksichtigt werden, um die Hochschule in ein für alle Statusgruppen gesundheitsförderndes Setting umzugestalten.

Dadurch sollen gesundheitsförderliche Bedingungen geschaffen und Gesundheitsressourcen bei allen im Setting aktiven Menschen entwickelt und gefördert werden (AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2020).

Die zunehmende Relevanz der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule zeigt sich auch in dem 2018 gegründeten Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschule (KGH) sowie weiterer lokaler Arbeitskreise, wie beispielsweise dem im Jahr 2019 initiierten nordrhein-westfälischen Netzwerk Gesunde Hochschulen (NGH-NRW)⁴¹. Das KGH bündelt und verbreitet Wissen und Literatur im Bereich gesundheitsfördernde Hochschulen und trägt damit zur Qualitätsentwicklung und -sicherung im Setting bei. Auf der Webseite wird eine interaktive Landkarte zu „Gesundheitsfördernden Hochschulen in Deutschland“ (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., o. J.b) dargestellt, an denen studentisches, betriebliches und/oder hochschulisches Gesundheitsmanagement umgesetzt werden. Das KGH ist ein Kooperationsprojekt der Landesvereinigung Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und der Techniker Krankenkasse (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., o. J.a). Im NGH-NRW kann jede Hochschule mit Sitz in NRW teilnehmen. Es finden regelmäßige Netzwerktreffen zum Erfahrungsaustausch, die von einer Steuerungsgruppe geplant und organisiert werden, statt. Zu den Aufgaben der Steuerungsgruppe gehören u.a. eine inhaltliche Weiterentwicklung des Netzwerkes, eine Strategieentwicklung sowie eine Vernetzung mit bspw. dem AGH (Steuerungsgruppe NGH-NRW, 2020). Das Ziel des NGH-NRW besteht insgesamt darin, „Gesundheit gemeinsam weiter [zu]denken“ (Netzwerk Gesunde Hochschulen NRW, 2020). Es sollen „gemeinsame Standards für gesundheitsfördernde Hochschulen definiert, bedarfsgerechte Qualifizierungsmaßnahmen angeboten und das Thema auf landespolitischer Ebene vorangetrieben werden, um eine auskömmliche und langfristige Ausstattung für ein hochschulisches Gesundheitsmanagement zu erwirken“ (NGH-NRW, 2020).

Neben diesen nationalen Bemühungen im Themengebiet gesunde Hochschule sowie aufbauend auf der Ottawa Charta wurde 2015 die Okanagan Charta for Health Promotion ausgerufen. Ziel ist es, „zu weiterem Handeln für die Schaffung gesundheitsfördernder Universitäten und Hochschulen zu inspirieren und dieses zu katalysieren“ (OKANAGAN CHARTA, 2015, S. 11). So soll das Thema Gesundheit in die Hochschulkultur sowie in alle Verwaltungs-, Betriebs- und akademischen Aufträge integriert und eine stärkere Zusammenarbeit bezogen auf die Gesundheitsförderung auf lokaler und internationaler Ebene angestrebt werden (OKANAGAN CHARTA, 2015).

⁴¹ Deutschlandweit gibt es mittlerweile folgende lokale Arbeitskreise: Netzwerk Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest (GH Südwest), Netzwerk „Gesundheitsfördernde Hochschulen Sachsen-Anhalt“, Das Austauschforum „Von Hochschule für Hochschule“ der Initiative Gesunde Hochschulen in Thüringen, Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung an bayrischen Universitäten und Hochschulen (AGSG) und das Netzwerk Gesundheitsfördernde Hochschulen – NORD (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2020, 30. September).

Die Notwendigkeit für ein Gesundheitsmanagement, welches explizit auf Studierende ausgerichtet ist, wurde 2019 in einem weiteren Projekt erkannt und umgesetzt. Analog zum betrieblichen Gesundheitsmanagement wurde nach vierjähriger Entwicklungsarbeit erstmalig ein Konzept für ein Studentisches Gesundheitsmanagement in Form von Handlungsempfehlungen vorgestellt (Techniker Krankenkasse, 2019, S. 5-6). Die Relevanz und Reichweite der Hochschulen in Rahmen der Gesundheitsförderung wurde dabei herausgestellt: „Studierende sind Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, potenzielle Führungskräfte sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger. Positive Erfahrungen mit Gesundheitsförderung können von ihnen später in andere gesellschaftliche Bereiche hineingetragen und umgesetzt werden“ (Techniker Krankenkasse, 2019, S. 5).

Diese gesamten Ausführungen haben gezeigt, dass das Thema Gesundheitsförderung im Setting Hochschule vor dem Hintergrund einer sich verändernden Hochschullandschaft hohe Relevanz besitzt. Auf Basis der Vorstellung des Konzepts gesundheitsfördernder Hochschulen, der Gründung der nationalen und lokalen AGHs sowie des KGHs erfolgte die Schaffung nachhaltiger Strukturen zur Gesundheitsförderung aller im Setting Beteiligten. Mit Bezugnahme auf das sechste Gütekriterium gesundheitsfördernder Hochschulen (vgl. Abb. 9), kommt der Analyse zur Gesundheit der Statusgruppen im Rahmen der kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung eine besondere Bedeutung zu. Bevor der Forschungsstand für die Studierendengruppe aufgearbeitet wird, erfolgt mit Rückbezug auf die theoretischen Ausführungen in Kapitel 2 die Erarbeitung möglicher Stressoren von Studierenden aufgrund „ihres Status“ als Student. Dazu werden entwicklungspsychologische und transitionstheoretische Inhalte herangezogen (Krawietz et al., 2013; Reißig, 2015). Ziel ist es mögliche Ursachen für die Entstehung von Stress und möglichen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf Grundlage des Studiums aufzuzeigen. Dazu werden Anforderungen im Studentenalltag aufgeschlüsselt. Es wird angenommen, dass mit der Aufnahme eines Studiums für viele junge Menschen ein neuer Lebensabschnitt beginnt, der von zahlreichen kognitiven, emotionalen, motivationalen und sozialen Anforderungen sowie von vielfältigen Veränderungen geprägt ist: Der (zumeist notwendige) Umzug in eine neue Stadt, der damit oftmals einhergehende Auszug aus dem Elternhaus sowie die erstmals eigenständige Organisation des Alltags und des Studiums, eine Auseinandersetzung mit bisherigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die Entwicklung eigener Alltagsroutinen und der Aufbau eines neuen Freundeskreises sind nur einige Aufgaben, die mit dem Beginn eines Studiums auf die jungen Abiturienten zukommen. Auch während der Zeit an der Hochschule werden die Studierenden bedingt durch die besondere Organisation und Struktur der Hochschule vor zahlreiche Anforderungen gestellt, die sie bewältigen müssen, um den angestrebten Abschluss zu erwerben und schließlich den Einstieg in die Berufswelt erfolgreich zu meistern: die selbstverantwortliche Organisation des Studiums und Lebens, die Gestaltung des Studiums, das selbstgesteuerte Lernen, die Finanzierung des Studiums, der Umgang mit Prüfungen und Rückschlägen sowie die Auseinandersetzung mit dem künftigen Beruf können in diesem Zusammenhang genannt werden. Unter diesem Blickwinkel können besonders die Aufnahme des Studiums, das Studium selbst als auch

sein Ende als biografische Übergänge (Transitionen) bzw. als kritische Lebensereignisse (vgl. Kapitel 2.2.2) bezeichnet werden, die bzw. das durch „mehr oder weniger geordnete Folgen von neuen Positionen und Rollen [gekennzeichnet sind], deren Gesamtheit den Lebenslauf ausmachen, und die entwicklungswirksam sind, weil sie in der Regel das gewohnte Gefüge von Zielen, Verhaltensweisen und Kontexten aufbrechen und in jeder Hinsicht neue Herausforderungen stellen“ (Weichold & Silbereisen, 2018, S. 248)⁴².

Diese Herausforderungen können – über individuelle Bewertungs- und Bewältigungsprozesse auf Basis vorhandener Ressourcen und der daraus resultierenden Konsequenzen – sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Stress-Gesundheits-Beziehung sowie auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Studierenden besitzen. Sie werden im nächsten Abschnitt beschrieben.

3.2 Studierende zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: das Konzept des „Emerging Adulthood“

Die Entwicklungspsychologie betrachtet den Lebenslauf eines Menschen – konkreter, die Entwicklung des Verhaltens und Erlebens eines Individuums über die gesamte Lebensspanne hinweg. Dabei gliedert sie das Leben in einzelne Phasen, die jeweils differenziert erforscht werden: die vorgeburtliche Entwicklung, die Kindheit (aufgeteilt in eine früheste, frühe, mittlere und späte Phase), die Jugend, das Erwachsenenalter (differenziert in einen jungen, mittleren und höheren Abschnitt) sowie das hohe Alter (Montada et al., 2012). Jeder einzelnen Phase werden nach dem in Kapitel 2.1.2 bereits erwähnten Konzept der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1972) spezifische Anforderungen zugeordnet, die das Individuum auf dem eigenen Lebensweg als Lernaufgaben aktiv und erfolgreich bewältigen muss, um in der Gesellschaft bestehen und sich in diese integrieren zu können. Sie entstehen sowohl auf sozialer, biologischer und individueller Ebene und tragen bei erfolgreicher Bewältigung zu einer gesunden Entwicklung des Individuums bei. Tab. 6 zeigt – mit Blick auf die Studierenden als Zielgruppe der vorliegenden Arbeit – diese Entwicklungsaufgaben für die Lebensphase Jugend und das junge Erwachsenenalter.

⁴² Dabei sind Übergänge auch im Kontext der Hochschule nicht als einmalige Ereignisse im Leben von Individuen von Bedeutung, „sondern sozialwissenschaftlich betrachtet in ihrer Verwobenheit mit organisationalen und gesellschaftlichen Strukturen“ (Krawietz et al., 2013, S. 652).

Tab. 6. *Entwicklungsaufgaben in Anlehnung an Havighurst (1972 zitiert nach Oerter & Dreher 2008, S. 281)*

Die Adoleszenz (12-18 Jahre)	Das junge Erwachsenenalter (19-30 Jahre)
<ul style="list-style-type: none"> • Neue und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen • Übernahme der männlichen/weiblichen Geschlechterrolle • Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers • Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen • Vorbereitung auf Ehe und Familienleben • Vorbereiten auf eine berufliche Karriere • Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für Verhalten dient sowie Entwicklung einer Ideologie • Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl eines Partners • Mit dem Partner Leben lernen • Gründung einer Familie • Versorgung und Betreuung einer Familie • Ein Heim herstellen, Haushalt organisieren • Berufseinstieg • Verantwortung als Staatsbürger ausüben

Zu den Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Jugend zählen u. a. das Ablösen vom Elternhaus, der Aufbau eines Freundeskreises, das Eingehen erster intimer Beziehungen, die Akzeptanz des eigenen Körpers und seiner Veränderung, die Entwicklung eines eigenen Werte- und Normensystems, die Entwicklung einer eigenen Persönlichkeit und eines Selbstbildes, die Berufsorientierung, ggf. die Berufswahl sowie die Vorbereitung auf einen Beruf (Oerter & Dreher, 2008, S. 279-284; Weichold & Silbereisen, 2018, S. 251-256). Zu den Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter gehören u. a. der Eintritt in das und die (Weiter-) Entwicklung im Berufsleben, das Erreichen (finanzieller) Autonomie, die dauerhafte Bindung an einen festen Partner (mit Heirat), die Gründung einer Familie, der Aufbau eines gemeinschaftlichen Privat- und Freizeitens mit festem Freundes- und Bekanntenkreis (Freund & Nikiti, 2018; Krampen & Reichle, 2008). Nach Havighurst (1972) sind beide Lebensabschnitte über das Alter voneinander abgegrenzt: So legt er für die Lebensphase Jugend die Altersperiode von 12 bis 18 Jahren (von der Pubertät bis zur Volljährigkeit) und für das junge Erwachsenenalter den Lebensabschnitt zwischen 19 und 30 Jahren fest. Das häufig als „starr“ kritisierte Modell stößt genau an dieser Stelle an eine Grenze, denn alle Lebensabschnitte unterliegen sozialen (und historisch bedingten) Wandlungsprozessen sowie kulturellen Unterschieden, so dass sich Entwicklungsaufgaben auch über die Altersgrenzen hinaus individuell verschieben können.

Genau dies trifft auf die jungen Akademiker zu. Studierende, die laut Statistischem Bundesamt durchschnittlich mit Anfang zwanzig ein Studium aufnehmen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2020, S. 668: 2019 lag das durchschnittliche Alter der Studierenden, die ein Studium aufnahmen bei 21,7 Jahren) befinden sich über das Konzept der Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter. Werden allerdings die angeführten altersspezifischen Anforderungen im Detail betrachtet, so finden sich auch jugendspezifische Entwicklungsaufgaben, die

von den Studierenden (noch) bewältigt werden müssen (z. B. die Vorbereitung auf den Beruf) oder Anforderungen des Erwachsenenalters, die zum Teil in der Statusgruppe der Studierenden zumeist noch nicht erreicht sind (z. B. Erreichen finanzieller Unabhängigkeit). Eine eindeutige Zuteilung der Studierenden zu einer der beiden Lebensphasen ist somit nur schwer möglich.

Die Wissenschaft reagiert auf diese verschwimmenden Grenzen mit dem Emerging Adulthood (Arnett, 2002, 2004, 2011) – einer verlängerten Lebensphase von der Jugend zum Erwachsenenalter, die eine Altersspanne von der Volljährigkeit bis zu den späten Zwanzigern umfasst. Sie beschreibt eine zeitliche Entzerrung des Übergangs von der Jugend zum Erwachsenenalter und ist gekennzeichnet durch die Fokussierung auf die Bereiche Beruf und Familie. Vor allem durch eine längere Ausbildungsphase (wie z. B. durch ein Studium), ein (im historischen Vergleich) späteres Heiraten, ein Verschieben der Familiengründung und eine länger andauernde Vorbereitung auf den Beruf sprechen für die Etablierung dieser Phase, in der sich Studierende befinden.

Aus diesen Überlegungen sowie den Inhalten zu potenziellen Stressoren allgemein (vgl. Kapitel 2.2.3), lassen sich folgende studierendenspezifische Entwicklungsaufgaben ableiten, die in drei Kategorien strukturiert werden können: (1) die aus den Überlegungen von Oerter und Dreher (2008) und Arnett (2002, 2004, 2011) abgeleiteten Entwicklungsaufgaben für das emerging adulthood, die sich sowohl auf inner- als auch auf außeruniversitäre Anforderungen beziehen; (2) studiumsunspezifische Entwicklungsaufgaben, die aus dem Blickwinkel der Transitionsforschung auf die jungen Studierenden zukommen und ebenfalls sowohl inner- als auch außeruniversitäre Bereiche implizieren und (3) zusätzliche studiumsphasenspezifische, konkrete Entwicklungsaufgaben, die im Alltag an der Hochschule aufkommen können (vgl. Tab. 7). In diesem Kontext werden in Anlehnung an Krawietz et al. (2013) drei prototypische Übergangsphasen differenziert: Beginn des Studiums, Übergänge während des Studiums und das Studienende (S. 654). Diese Übergänge können über ihre Komplexitäten als potenzielle Stressoren in der Genese von Stress gedeutet werden (vgl. Kapitel 2.2.2 und 2.2.3).

Tab. 7. *Entwicklungsaufgaben von Studierenden auf drei Ebenen: (1) modifiziert für das emerging adulthood (in Anlehnung an Oerter & Dreher, 2008, S. 281); (2) abgeleitet aus der Transitionsforschung für den Zeitpunkt des Beginns eines Studiums; (3) differenziert in zusätzliche Entwicklungsaufgaben, die sich an den einzelnen Phasen im Studium orientieren*

abgeleitete Entwicklungsaufgaben für Studierende verstanden als junge Erwachsene im emerging adulthood
<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau sozialer Beziehungen und Finden einer angemessenen sozialen Gruppe • Auswahl eines Partners und Eingehen einer Partnerschaft (ggf. Lernen mit dem Partner zu leben, ggf. Gründung, Versorgung und Betreuung einer Familie) • Eine Wohnung mieten, in einer Wohngemeinschaft wohnen, ggf. ein Heim erstellen und den Haushalt organisieren • Vorbereitung auf eine berufliche Karriere sowie Einstieg in den Beruf • Werte und ein ethisches System festigen, das als Leitfaden für Verhalten dient, Festigung einer eigenen Ideologie und Verantwortung als Staatsbürger ausüben • (Emotionale) Unabhängigkeit von den Eltern erlangen

Fortführung Tab. 7. *Entwicklungsaufgaben von Studierenden auf drei Ebenen: (1) modifiziert für das emerging adulthood (in Anlehnung an Oerter & Dreher, 2008, S. 281); (2) abgeleitet aus der Transitionsforschung für den Zeitpunkt des Beginns eines Studiums; (3) differenziert in zusätzliche Entwicklungsaufgaben, die sich an den einzelnen Phasen im Studium orientiert*

Studiumsspezifische Entwicklungsaufgaben aus dem Blickwinkel der Transitionsforschung			
<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit dem Standortwechsel: Umzug, Orientierung in einer neuen Stadt, eigene Wohnung, eigenverantwortlicher Gang zu Ämtern • Eigenverantwortliche Organisation des Haushalts und Alltags (Einkaufen, Versorgung) • Pflege der Heimatfreundschaften, ggf. Verlust bekannter Strukturen (Freundeskreis, Hobbies) und Aufbau neuer sozialer Beziehungen innerhalb und außerhalb der Universität • Verantwortungsübernahme für sich selbst • Finanzierung des eigenen Lebens und Studiums: Umgang mit Geld, Nebenjob suchen und ggf. zeitgleich zum Studium ausüben • Veränderung der Beziehung zu den Eltern, wachsende Autonomie 			
Abgeleitete studiumsphasenspezifische Entwicklungsaufgaben			
	Beginn des Studiums	Mitte des Studiums	Ende des Studiums
Transitionsphase	Übergang Schule - Universität	Etablierung in der Universität	Übergang Universität - Eintritt in die Berufswelt
Bezeichnung	Phase der Neuorientierung und des Ankommens	Phase der Konsolidierung und/ oder eigenverantwortlichen Umorientierung	Phase des Abschlusses, der Neuorientierung und/ oder der weiteren Qualifikation
Entwicklungsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl eines Studienfachs • Orientierung im neuen Lern-Setting (Adaptation an spezifische Lernkultur und Studienorganisation) • Organisation des Studienalltags • Umgangsformen im Setting (z.B. Kontakt mit Dozenten) • Einhaltung von Fristen zur Anmeldung, Abgaben etc. • Aufbau neuer freundschaftlicher und romantischer Beziehungen • eigene Ansprüche finden • Übernahme der Rolle/des Status „Studierender“ (Aufstieg vom Schüler zum Studierenden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Studieren des ausgewählten Studienfachs oder ggf. Umorientierung bzgl. des Studienfachs • Bewältigung des Studiengalltags und Ablegen von Prüfungsleistungen; Umgang mit Erfolg und Misserfolg • Thematische Schwerpunktsetzung mit Blick auf die künftige Berufswahl • Eigenverantwortliche Organisation von Praktika und ggf. Auslandsaufenthalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung auf den Abschluss; Ablegen entscheidender Prüfungen • Endgültige Berufsorientierung und Vorbereitungen zum Übergang ins Berufsleben • Erfolgreicher Abschluss des Studiums und anschließende bzw. zeitgleiche Neuorientierung • Frühzeitige Auseinandersetzung mit beruflicher Zukunft

Die Fülle dieser Entwicklungsaufgaben in Studium, Alltag und Privatleben kann für die Stress-Gesundheits-Beziehung sowie für das gesundheitsrelevante Verhalten wichtig werden, wenn sie über die individuellen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse zu möglichen Stressoren für Studierende werden und das eigene Verhalten negativ beeinflussen (vgl. Kapitel 2.5.4). Dies soll im nächsten Abschnitt vertieft werden.

3.3 Studierende und Lebensstil: Chancen und Risiken der Transition

Das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) geht in der Grundannahme davon aus, dass sich das Individuum – im Rahmen dieser Arbeit die Studierenden – in aktiver Interaktion mit der Umwelt über den gesamten Lebenslauf zu sozial handlungsfähigen Subjekten entwickeln. Das erfolgreiche Bewältigen der in den vorherigen Abschnitten erarbeiteten Entwicklungsaufgaben ist eine Herausforderung im Rahmen der studentischen Entwicklung.

Mit Blick auf die Lebensstilforschung werden den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) einzelne Charakteristika hinsichtlich der Persistenz von Lebensstilen zugeordnet. In der Kindheit wird von einem protoformen Lebensstil gesprochen, der dadurch gekennzeichnet ist, dass er vornehmlich durch die Eltern geprägt wird und noch leicht veränderbar ist. In der Jugend ist der Lebensstil durch Transitionen gekennzeichnet (transitorischer Lebensstil). Jugendliche probieren sich aus, handeln mehr und mehr selbstbestimmt und eigenverantwortlich und entwickeln ihre eigenen Vorstellungen vom Leben. Dennoch besteht die elterliche Prägung in abgeschwächter Form weiter. Im Erwachsenenalter manifestiert sich der Lebensstil. Änderungen in Verhaltensweisen, Einstellungen und Orientierungen sind zwar möglich, bedürfen aber großer Anstrengung (Brandl-Bredenbeck et al., 2009; Bünemann, 2008; Thomas, 2011).

Mit Blick auf Studierende – verstanden als Individuen im emerging adulthood – lässt sich diesbezüglich festhalten, dass der Beginn, der Verlauf und das Ende des Studiums von Ambivalenz hinsichtlich der (Weiter-)Entwicklung von Lebensstilen mit Fokus auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gesehen werden kann: zum einen als Chance, bisherige gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – verstanden als Elemente des transitorischen Lebensstils – über die neuen lebensphasenspezifischen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben neu zu überdenken, zu schärfen und gesundheitsförderlich zu verändern. Zum anderen auf Basis identischer Begründungen als Risiko, über andauernde, negative Erfahrungen und dauerhaften Stress ebenfalls Veränderungen und Verstetigungen gesundheitsbezogener Risikoverhaltensweisen zu begünstigen. Mit Blick auf die Gesundheitsförderung in der Zielgruppe ergeben sich in der Phase des Studiums somit sowohl eine Reihe von Chancen als auch Risiken für die Stress-Gesundheits-Beziehung sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.

Nachdem die Grundlagen zur settingspezifischen Gesundheitsförderung im Allgemeinen sowie zum Lebens- und Lernraum Universität aus studentischer Perspektive im Speziellen dargestellt wurden, werden in einem nächsten Schritt die empirischen Ergebnisse zu Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Studierenden beleuchtet.

3.4 Studierende zwischen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Nachdem in den vorherigen Abschnitten die strukturellen Rahmenbedingungen zum studentischen Gesundheitsmanagement vorgestellt wurden, widmet sich dieses Kapitel der Aufarbeitung des ‚state of the art‘ hinsichtlich der Studierendengesundheit, des studentischen Stressempfindens sowie gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Ziel ist es themenspezifische Forschungslücken aufzuzeigen und diese als Ausgangsbasis für die eigene wissenschaftliche Untersuchung zu nutzen. Im Mittelpunkt stehen folgende Leitfragen: Wie gestalten sich der Gesundheitszustand, das Stressempfinden und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Studierenden in Deutschland? Gibt es Unterschiede auf Basis verschiedener Merkmale (wie Geschlecht, Bildung, Einkommen)?

Mit Blick auf den verstrichenen Zeitraum zwischen der ursprünglichen Datenerhebung und der Sekundäranalyse (vgl. Einleitung und Kapitel 5.1) der Daten im Rahmen dieser Dissertation ist das vorliegende Kapitel noch einmal untergliedert: zum einen in den Forschungsstand, der die Basis für die Projektinitiierung und Studiendurchführung des GriPs-Projekts in 2010 bildete und zum anderen in aktuelle Entwicklungen in der Forschungslandschaft in den Jahren 2011 bis zur Veröffentlichung dieser Arbeit. Eingeleitet wird die Empirie über das Kapitel „Studierende im Fokus wissenschaftlicher Forschung“. Es dokumentiert das Vorgehen der Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit mit dem Versuch für den Zeitraum bis 2010 repräsentative Daten zur Studierendengesundheit zu finden.

3.4.1 Studierende im Fokus wissenschaftlicher Forschung

Studierende, als spezifische Statusgruppe in der Bevölkerung, sind seit mehreren Jahrzehnten Zielgruppe empirischer Untersuchungen. So konnten im Rahmen der Literaturrecherche drei groß angelegte, nationale Studien und eine international-vergleichende Untersuchung identifiziert werden, die die jungen Akademiker im Setting Hochschule betrachten⁴³.

⁴³ Mit Blick auf den verstrichenen Zeitraum zwischen Datenerhebung und Sekundäranalyse wurde diese Studien auf die neueste Version aktualisiert.

Diese sind:

- (1) Die *Sozialerhebung* des Deutschen Studentenwerks – aktuell in der 21. Version verfügbar (Middendorff et al., 2017),
- (2) der *Studierendensurvey* vom Bundesministerium für Forschung und Bildung – aktuell in der 13. Fassung verfügbar (Multrus et al., 2017),
- (3) der *Studienqualitätsmonitor* vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung – aktuell im elften Jahr veröffentlicht (Willige et al., 2018) und
- (4) auf internationaler Ebene die Studie *EUROSTUDENT* – aktuell in der sechsten Ausgabe (Hauschild et al., 2018) (vgl. Tab. 8).

Tab. 8. Übersicht nationaler Studien für die Zielgruppe der Studierenden

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
<p>Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016 (21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks)</p> <p><u>Quelle:</u> (Middendorff et al., 2017)</p>	<p>Periodisch wiederkehrende, repräsentative Querschnittsstudie, die über ihre Replikation zur Quasi-Längsschnittstudie wird und Kohortenvergleiche zulässt, in der 21. Sozialerhebung erstmalig als Online Befragung durchgeführt</p> <p>Stichprobenbeschreibung: 248 von 371 deutschen Hochschulen (ausgeschlossen wurden Verwaltungsfachhochschulen, Universitäten der Bundeswehr sowie Hochschulen für das Fernstudium); Standardisierung der Daten auf Basis von Geschlecht, Hochschulart, Bundesland, Fächergruppe und Alter</p> <p>Durchführungszeitraum: SoSe 2016</p> <p>Stichprobengröße: N = 55.219 Studierende</p>	<p>„Studienfächer, -formen und -verlauf, Auslandsmobilität, sozio-demografisches Profil, Hochschulzugang, Bildungsherkunft der Studierenden, Merkmale des Hochschulzugangs, Studierende mit Migrationshintergrund, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Studienschwierigkeiten, Studienfinanzierung, wirtschaftliche Situation, Zeitbudget, studentische Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, Mensa/Cafeteria und studentische Ernährung, Informations- und Beratungsbedarf“ (S. 1)</p> <p>Gesundheitliche Beeinträchtigung bezieht sich auf Studierende, „die durch langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, im Studium beeinträchtigt sind“ (S. 36).</p> <p>➔ zum Teil Sonderthemen in einzelnen Sozialerhebungen (Middendorff, 2013)</p>

Fortführung Tab. 8. Übersicht nationaler Studien für die Zielgruppe der Studierenden

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
Studienqualitätsmonitor <u>Quelle:</u> (Willige et al., 2018)	Periodisch wiederkehrende Querschnittsstudie, die über ihre Replikation zur Quasi-Längsschnittstudie wird und Kohortenvergleiche zulässt, Online Fragebogen Durchführungszeitraum: SoSe 2018 Stichprobengröße: N = 3.025 Studierende	„Organisation und Qualität der Lehre (z.B. organisatorische und inhaltliche Aspekte der Lehre, Forschungs- und Praxisbezug), Betreuung und Beratung (z.B. Erreichbarkeit der Lehrenden in Sprechstunden), Anforderungen und Studienertrag (z.B. Förderung von Kompetenzen), Ausstattung und Servicebereiche (z.B. Raumsituation, technische Ausstattung EDV-Arbeitsplätze, Öffnungszeiten der Bibliothek)“ (Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH, 2021, Absatz 4).
EUROSTUDENT <u>Quelle:</u> (Hauschild et al., 2018)	periodisch wiederkehrend, international vergleichende Querschnittsstudie, (Online-) Fragebogen, häufig über national durchgeführte Surveys realisiert (für Deutschland über die Sozialerhebungen); N = unbekannt Durchführungszeitraum: 2016-2018 Stichprobengröße: N = unbekannt	„characteristics of student populations, social background, access and transition, types and modes of study, time budget of students, employment and paid work, students' resources, students' expenses, housing situation and mobility“ (Hauschild et al., 2018, S. 12)

Die im zwei- bis vierjährigem Rhythmus regelmäßig wiederkehrende *Sozialerhebung* des Deutschen Studentenwerks (DSW; früher des Verbands Deutscher Studentenwerke; gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)) ist eine der ältesten Untersuchungen, die sich auf die studentische Population in Deutschland fokussiert. Erstmals 1951 unter dem Titel „Das soziale Bild der Studentenschaft in Westdeutschland und Berlin“ durchgeführt (Middendorff, 2013, Folie 3), liegt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Arbeit die 21. Sozialerhebung unter dem Titel „Die soziale und wirtschaftliche Lage Studierender in Deutschland“ vor (Middendorff et al., 2017). Inhalt dieser national repräsentativen Befragung sind im so genannten thematischen Kernbestand die Bereiche Hochschulzugang, Strukturmerkmale des Studiums, soziale und wirtschaftliche Lage sowie sozio-demographische Angaben (Middendorff, 2013, Folien 8-14). Hinzu kommen weitere, in einzelnen Sozialerhebungen ergänzte Inhalte in den Kategorien Gesundheit und soziale Dienste, ausländische Studierende sowie wechselnde Sonderthemen (beispielsweise Studieren mit Kind, Behinderte und chronisch Kranke, Auslandsstudium und psychosoziale Lage). Ferner erfolgte eine temporäre Eingliederung der Komplexe Studienorganisation, Sport und Bewegung sowie Studium und Freizeit (Middendorff, 2013, Folien 8-17).

Die Studie zur *Studiensituation und studentischen Orientierungen* in Deutschland (Multrus et al., 2017) wird seit dem WS 1982/83 von der Arbeitsgruppe Hochschulforschung der Universität Konstanz im Auftrag des BMBF

alle zwei bis drei Jahre durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Arbeit liegt der 13. Studierenden-survey an Universitäten und Fachhochschulen vor. Im Rahmen dieser ebenfalls periodisch wiederkehrenden Fragebogen-Untersuchung⁴⁴ werden u. a. die Studienanforderungen und Studierbarkeit sowie die Studieneffizienz und Studienbewältigung eruiert. Neben einem über alle Erhebungen kontinuierlich verwendeten Fragen-pool gibt es thematische Schwerpunktberichte, die in einzelnen Erhebungszeiträumen aufgrund ihrer gesellschaftlich oder bildungspolitisch relevanten Aktualität ergänzt werden (beispielsweise Berichte über „Studierende und Politik im vereinten Deutschland“, „Berufswahl, Berufsperspektiven und Existenzgründungen“ oder „Wissenschaftlicher Nachwuchs unter Studierenden“). Neben den umfassenden Survey-Berichten werden zusätzlich einzelne themenspezifische Monografien veröffentlicht, die ausgewählte Themenkomplexe differenzierter betrachten (Multrus et al., 2010, S. 66). In diesem Kontext ist auf eine Publikation zum Thema Schwierigkeiten und Belastungen im Bachelorstudium – wie berechtigt sind die studentischen Klagen? zu verweisen, die sich vor dem Hintergrund kontroverser Debatten zu Anforderungen und Belastungen von Bachelor-Studierenden mit dieser Zielgruppe und der Studierbarkeit neuer Studiengänge im zweigestuften System befasst (vgl. Bargel et al., 2012).

Der *Studienqualitätsmonitor* (SQM) erforscht seit 2007 jährlich die Studienqualität und -bedingungen an deutschen Hochschulen (Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH & Arbeitsgruppe Hochschulforschung Universität Konstanz, 2017). Bausteine der Untersuchung sind dabei die Organisation und Qualität der Lehre, die Betreuung und Beratung durch Lehrende, die Beratungs- und Serviceangebote der Hochschule, der Studienverlauf differenziert in Anforderungen, Schwierigkeiten und Studierenertrag sowie die sachlich-räumliche Ausstattung der Hochschule (Willige et al., 2018).

Die angeführten Untersuchungen betrachtend, lässt sich festhalten, dass mit Hilfe der *Sozialerhebungen*, der *Studierendensurveys* und *des Studienqualitätsmonitors* querschnittliche Daten einer jeweiligen Studierendengeneration erfasst werden, die zudem mit Hilfe quasi-längsschnittlicher Vergleiche der einzelnen Ergebnisse Veränderungen in der studentischen Lebenswelt über die Erhebungszeiträume aufzeigen. Bezogen auf die Themen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Teil von Lebensstilen lässt sich herausstellen, dass keins der drei Monitoring-Instrumente – auch zum Zeitpunkt 2010 – die Themen systematisch und eingebunden in gesundheitswissenschaftliche Theorien thematisieren. Dennoch lassen sich mit Bezug auf die theoretischen Inhalte des zweiten Kapitels dieser Arbeit Bezüge zu einigen Facetten von Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen herstellen:

⁴⁴ Der Studierenden-survey wird im regelmäßigen Abstand von zwei bis drei Jahren durchgeführt. Berücksichtigt werden Universitäten, Fachhochschulen und Technische Universitäten. Auf Basis ihrer besonderen Struktur werden Spezialhochschulen sowie private Institutionen ausgeschlossen (Multrus et al., 2010, S. 63).

- So finden sich in der *21. Sozialerhebung* Ergebnisse zu Gründen für die Unterbrechung des Studiums. 16% der Studierenden geben an, ihr Studium für mindestens ein Semester lang unterbrochen zu haben. Jeder fünfte Student der Studiumsunterbrecher gibt in diesem Kontext an, dass gesundheitliche Gründe ausschlaggebend für das Pausieren waren (Middendorff et al., 2017, S. 18). Zudem geben 11% der Befragten an, mindestens eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu haben, die sich erschwerend auf das Studium auswirkt. Bei der detaillierten Analyse kristallisieren sich bei 47% der gesundheitlich Beeinträchtigten psychische Erkrankungen sowie bei 18% chronisch-degenerativen Krankheiten heraus, die sich studienerschwerend auswirken (Middendorff et al., 2017, S. 36-37).

Schließlich berichten je ein Drittel der Befragten im Themenkomplex „Information und Beratungsbedarf“ von großen Schwierigkeiten und Belastungen im Hinblick auf mindestens ein persönliches und ein studienbezogenes Thema. In diese Kategorien fallen beispielsweise mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen und Partnerschaftsprobleme sowie Arbeitsorganisation/Zeitmanagement, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, Vereinbarkeit von Studium und Erwerbstätigkeit, Prüfungsangst, Lern-/Leistungsprobleme oder Zweifel, das Studium fortzuführen (Middendorff et al., 2017, S. 70-71).

- Auch im *Studierendensurvey* werden Schwierigkeiten und belastende Situationen aus Sicht der Studierenden erfragt. Gut jeder dritte von vier Studierenden fühlt sich durch bevorstehende Prüfungen und Leistungsanforderungen belastet und knapp die Hälfte der Studierenden führt die Finanzierung des Studiums sowie Orientierungsprobleme als weitere Belastungsquellen an (Multrus et al., 2017).
- Im *Studienqualitätsmonitor* (Willige et al., 2018) zeigen sich einige Parallelen zu den wahrgenommenen Schwierigkeiten im Studium. Gut 60% der Studierenden empfinden die Durchführung von Auslandsaufenthalten ohne zeitliche Verlängerung der Studiendauer belastend. Jeder vierte Student erlebt Schwierigkeiten beim Abfassen von schriftlichen Arbeiten (Referate und Hausarbeiten) und ungefähr jeder Dritte führt die Bewältigung des Stoffumfangs im Semester (35,8%), die effiziente Prüfungsvorbereitung (31,6%), die Sicherung der Studienfinanzierung (32,1%) als schwierig an. Schließlich werden die Anforderungen an die Stofffülle von 46,1% der Studierenden als (zu) hoch empfunden (Willige et al., 2018, S. 23-26).

Insgesamt lässt sich mit Blick auf die drei Studien konstatieren, dass Gesundheit in der Statusgruppe der Studierenden, die aufgrund ihres Alters häufig als gesund assoziiert werden, bereits eine wichtige Rolle spielt. So ist die gesundheitliche Situation ein Grund für eine mögliche Studienunterbrechung und psychische und chronisch-degenerative Erkrankungen wirken sich für einige Studierende erschwerend auf das Studium aus. Darüber hinaus werden zahlreiche Situationen aus dem studentischen Alltag genannt, die zu wahrgenommenen Schwierigkeiten und Belastungen führen und mit Blick auf die Entstehung von Stress zu möglichen Stressoren werden können.

Mit Blick auf internationale Studien konnte im Rahmen der Literaturrecherche neben zahlreichen Veröffentlichungen und Statistiken zu Hochschulen in Europa und ihren Strukturen, Entwicklungen und Besonderheiten

(European Union, 2021) eine länderübergreifende Untersuchung ermittelt werden, die die Zielgruppe Studierende fokussiert: die *EUROSTUDENT*-Studie (Hauschild et al., 2018). Sie wird seit 1999 in verschiedenen (europäischen) Ländern als Vergleichsstudie durchgeführt. Mittels regelmäßig wiederkehrendem Studierendenmonitoring wird die soziale und wirtschaftliche Situation von BA- und Master-Studierenden – zuletzt im *EUROSTUDENT VI* in 28 Ländern – verglichen. Im Mittelpunkt steht die Beantwortung der übergeordneten Frage „Who is the student of the 21st century?“ (Orr, 2012, S. 4). Neben dem englischsprachigem Hauptbericht gibt es zusätzliche nationale Veröffentlichungen, die einzelne Themenschwerpunkte landspezifisch vertiefen (vgl. z. B. Gwośc et al., 2012). Die *EUROSTUDENT*-Studie bildet somit die soziale und ökonomische Dimension im internationalen Hochschulraum ab. Basis für den cross-country Vergleich sind standardisierte Erhebungsinstrumente, die für Deutschland im Rahmen der einzelnen bereits angeführten Sozialerhebungen seit dem Jahr 2003 eingesetzt werden. Inhaltlich deckt *EUROSTUDENT* die Bereiche Charakteristika der Studierendenpopulation, sozialer Hintergrund, Zeitbudget der Studierenden, Anstellung und bezahlte Arbeit, Ressourcen, Ausgaben, Wohnsituation und Mobilität ab (Hauschild et al., 2018).

Die Nebeneinanderstellung der länderspezifischen Ergebnisse bringen – obwohl sie eine Positionierung Deutschlands im Vergleich mit anderen Bildungssystemen bezogen auf die abgefragten Merkmale sichtbar machen – keine zusätzlichen Erkenntnisse für die Schwerpunktbereiche Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und werden damit an dieser Stelle nicht weiter angeführt.

Insgesamt lässt sich für diesen ersten Abschnitt der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstands zu den Themen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden festhalten, dass keine der angeführten Studien thematisch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu verorten ist⁴⁵. Studierende sind zwar grundsätzlich seit mehreren Dekaden Zielgruppe empirischer Untersuchungen, so dass sich ihre soziale und wirtschaftliche Lage empirisch gut abbilden lässt. Da sich die recherchierten Berichtssysteme allerdings vornehmlich an der „der Schnittstelle zwischen Sozial- und Bildungsberichterstattung“ (Is-serstedt et al., 2010, S. 2) einordnen lassen, beinhalten sie, wie nach eingehender Analyse zu erwarten, in gesundheitswissenschaftlicher bzw. stresstheoretischer Perspektive keine direkten Ergebnisse bezogen auf die für diese Arbeit relevanten Inhalte. Einzelne Untersuchungsbereiche können allerdings auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses hinsichtlich relevanter Facetten aufgegriffen werden und geben somit Hinweise zu potentiellen Determinanten von Gesundheit und Stress (vgl. Kapitel 2.1.3 und 2.2.3) in der Statusgruppe der Studierenden.

⁴⁵ Im weiteren Verlauf der Aufarbeitung des Forschungsstands wird für die Trias Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Oberbegriff Studierendengesundheit genutzt, um eine bessere Lesbarkeit zu unterstützen. Das Kapitel 2 hat die Verbindungen der Themen verdeutlicht, die diesen Zusammenschluss unter dem Begriff rechtfertigen.

Auf dieser Basis wurde die Recherche auf Studien im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule an deutschen Standorten forciert. Begründet ist diese Entscheidung in der strukturellen Unterschiedlichkeit der Bildungssysteme im internationalen Ländervergleich und einer daraus resultierenden forschungstheoretischen Schwierigkeit im uneingeschränkten Vergleich der Ergebnisse. Die recherchierten Studien werden, wie bereits zu Beginn beschrieben, für zwei Zeiträume zusammengefasst. Im ersten Teil bis 2010, im zweiten Teil für 2011 bis zur Einreichung dieses Dissertationsvorhabens. Die Darstellung der Studien im ersten Teil erfolgt, nachdem im vorherigen Kapitel keine national repräsentative Studie zur Studierendengesundheit bis 2010 identifiziert werden konnte, mit Schwerpunkt auf hochschulstandortübergreifende und -spezifische Studien für Universitäten. Für eine bessere Übersicht werden die recherchierten Studien in Übersichtstabellen zusammengetragen.

3.4.2 *Studierendengesundheit in Deutschland bis zur Durchführung der GriPs-Datenerhebung in 2010*

Eine der am häufigsten im Kontext der studentischen Gesundheitsförderung und Prävention zitierten wissenschaftlichen Untersuchungen bis zur Initiierung des damaligen GriPs-Projekts ist das NRW-Gesundheitssurvey der Bielefelder Arbeitsgruppe Meier, Milz und Krämer (2007). In Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) wurden in den Jahren 2006 bis 2007 Studierende an 12 Universitäten und vier Fachhochschulen in Nordrhein-Westfalen schriftlich befragt. Ziel war es, repräsentative Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Stressempfinden, zu ausgewählten Aspekten des Gesundheitsverhaltens, zu hochschulspezifischen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden sowie zur Bedarfsermittlung von zielgruppenspezifischen, gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen in einem querschnittlichen Design zu gewinnen (vgl. Tab. 9). N = 3.306 Studierenden wurden unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive konkret zu den Themen „Studium, allgemeine Gesundheit, Beschwerden und Krankheiten, Gefühle und Gedanken, Verhalten und Einstellungen [sowie] Unfallgeschehen“ (Meier et al., 2007, S. 7) schriftlich interviewt. Insgesamt wurden somit einerseits verhältnisorientierte und andererseits verhaltensspezifische Aspekte der studentischen Gesundheit erfasst. Die verschiedenen Veröffentlichungen präsentieren vornehmlich deskriptive Ergebnisse, die zudem differenziert nach Geschlecht, Region und Studienverlauf (Fachsemester) sowie in Bezug auf einen Vergleich mit TK-Versicherungsangehörigen dargestellt werden⁴⁶.

Insgesamt zeigt der bis zu diesem Zeitpunkt der Veröffentlichung in seiner regionalen Breite einmalige Survey auf, dass 87% der nordrhein-westfälischen Studierenden ihren derzeitigen Gesundheitszustand – als ausgezeichnet, sehr gut oder gut bezeichnen. Dennoch berichten viele der durchschnittlich 23-jährigen Studierenden (SD = 4,1 Jahre) über vielfältige physische bzw. psychische Beschwerden, die während des letzten Jahres vor

⁴⁶ Dieser Vergleich spielt für die vorliegende Arbeit keine Rolle und wird daher nicht weiter thematisiert.

der Befragung ‚off‘ bis ‚eher off‘ aufgetreten sind. Zu den am häufigsten Genannten zählen Konzentrations-schwierigkeiten (40%), Nervosität/ Unruhe (38%) und Kreuz-, Rücken- sowie Nacken- und Schulterschmerzen (jeweils 37%). Fast jeder dritte Studierende klagt zudem über Stimmungsschwankungen und gut jeder Vierte über Schlafstörungen (Techniker Krankenkasse, 2007, S. 18). Zudem bewerten die Studierenden ihr Stress-empfinden mit einem Mittelwert von 2,2 (0 = wenig Stress, 3 = viel Stress) hoch (Techniker Krankenkasse, 2007, S. 22).

Tab. 9. Übersicht standortübergreifender Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Hochschulen

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
<p>NRW-Gesundheitssurvey (Meier et al., 2007)</p> <p><u>Weitere Veröffentlichungen zur Studie:</u> Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW (Meier et al., 2010)</p> <p>→ Schätzungen der Auftretenshäufigkeit ausgewählter Krankheiten und Beschwerden in den letzten zwölf Monaten vor Befragungsbeginn mittels Gewichtungungsverfahren für die gesamte Studierendenschaft in Nordrhein-Westfalen in Bezug auf Daten des Statistischen Bundesamtes</p> <p>Gesund studieren – Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen und Auswertungen der Arzneiverordnungen (Techniker Krankenkasse, 2007)</p>	<p>angeführter Hintergrund: Gesundheitsförderung im Setting Hochschule (Hochschule als Sozialisationsraum), Konzept der „Gesunden Universität“, Setting-Ansatz, ganzheitliches Gesundheitsverständnis (Salutogenese), gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Epidemiologie, Salutogenese Gesundheitspotentiale und -risiken (Gesundheitsverhalten), Bedarf an universitärer Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention (S. 3f.; Techniker Krankenkasse, 2007, S. 13f.)</p> <p>Hochschulen in NRW (12 Universitäten, 4 Fachhochschulen); SoSe 2006 bis SoSe 2007</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 3.306)</p>	<p>Fragen zum Studium (studienbezogene Zufriedenheit), allgemeine Gesundheit, Beschwerden und Krankheiten, Gefühle und Gedanken (Stress, depressive Verstimmungen) Verhalten und Einstellungen (Rauchen, Alkohol, Drogenkonsum, sportliche Aktivität) Unfallgeschehen, soziodemographische Daten (S. 7)</p>

Neben eher den Standort und das gesamte Setting betreffenden Belastungsquellen wurden zusätzlich verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen – u. a. die Themen Bewegung, Ernährung, Tabak- sowie Alkoholkonsum – erfragt. Die Antworten zeigen einige Risikobereiche für die Gesundheit der jungen Akademiker: Gut ein Fünftel der Studierenden bezeichnet sich als Raucher und 20% weisen ein riskantes Verhalten bezüglich ihres Alkoholkonsums auf. Auch hinsichtlich des Bewegungsverhaltens und des Obst- und Gemüseverzehr erreichen viele Studierende die für diese Studie zugrunde gelegten Empfehlungen von dreimal 20 Minuten körperliche Aktivität pro Woche (58%) bzw. vom Konsum von fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag nicht (97%) (Techniker Krankenkasse, 2007, S. 20-21).

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Befragungsergebnisse fällt auf, dass sich Studentinnen in den abgefragten Themenbereichen im Sinne der eigenen Gesundheit überwiegend schlechter einschätzen als ihre männlichen Kommilitonen: Dies bezieht sich sowohl auf die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

als auch auf knapp 95% der angegebenen Beschwerden. Zudem fühlen sich weibliche Studierende, außer in zwei Situationen, signifikant häufiger durch verhältnisspezifische Aspekte im Wohlbefinden beeinflusst als ihre männlichen Kommilitonen (Meier et al., 2007, S. 12). Studentinnen geben im Mittel einen geringfügig höheren Summenscore bezogen auf das Stresserleben an, welcher aussagt, dass sie sich mehr gestresst fühlen als Studenten (Meier et al., 2007, S. 15). Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens kann ferner festgehalten werden, dass weibliche Akademiker ein günstigeres Ernährungsverhalten in Bezug auf den Verzehr von Obst und Gemüse angeben, sich allerdings wöchentlich weniger häufig als männliche bewegen. Während sich die Raucherquote unter den Geschlechtern nicht unterscheidet, differenzieren die Angaben hinsichtlich des Alkoholkonsums deutlich. Männer geben hier ein dreimal so hohes Risiko für Alkoholmissbrauch an wie Frauen (Meier et al., 2007, S. 12-15).

Die Daten des NRW-Gesundheitssurveys wurden zudem dazu genutzt, die Auftretenshäufigkeit ausgewählter Krankheiten und Beschwerden in den letzten zwölf Monaten vor Befragungsbeginn mittels Gewichtungungsverfahren für die gesamte Studierendenschaft in Nordrhein-Westfalen in Bezug auf Daten des Statistischen Bundesamtes zu schätzen und differenziert nach Hochschulart, Geschlecht, Studienfach, Semester und Migrationshintergrund auszuwerten. Detaillierte Ergebnisse, die in ihren Ausprägungen die bereits oben beschriebenen unterstützen, präsentieren Meier et al. (2010, S. 257-264). Die mit 27% am häufigsten angegebene Erkrankung ist Heuschnupfen, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates (23%) und Nasennebenhöhlenentzündungen (22%). Mit Ausnahme der Hausstauballergie traten alle hier berichteten Krankheiten häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Studienfachspezifische Analysen ergaben bei Sportstudenten eine Häufung von Erkrankungen des Bewegungsapparates, bei Studierenden der Ingenieurwissenschaften vor allem Nasennebenhöhlenentzündungen, Heuschnupfen und Hausstauballergie. Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften waren vor allem von Blasen-/Nierenerkrankungen und Akne betroffen (S. 261).

Hinsichtlich der Beschwerden und Symptome führen Konzentrationsschwierigkeiten (40%) die Rangliste der studentischen Angaben an, nachkommend stehen Nervosität/Unruhe (39%), Nacken- und Schulterschmerzen (36,5%), Kreuz- und Rücken- (35,6%) sowie Kopfschmerzen (32%) (Meier et al., 2010, S. 261-262). Auch bei den berichteten Beschwerden sind Frauen häufiger als Männer betroffen (S. 262). Bei den Analysen nach Studienfach ergaben sich ebenfalls Unterschiede: Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften waren häufiger als andere Studierende von Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität, Unruhe und Stimmungsschwankungen betroffen. Bei Lehramtsstudierenden traten vermehrt Nervosität, Nacken- oder Schulterschmerzen und Kopfschmerzen auf. Hingegen wiesen die Sportstudierenden im Vergleich zu anderen Studienfächern niedrige Beschwerdeprävalenzen auf (S. 262). Die differenzierten Ergebnisse hinsichtlich der o. g. Variablen zeigen, dass es zum Teil signifikante Unterschiede gibt, die die Notwendigkeit der Implementierung subgruppenspezifischer gesundheitsförderliche Angebote unterstützt.

Insgesamt lässt sich bezüglich der Literaturrecherche standortübergreifender Forschungsergebnisse im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention festhalten, dass (1) der NRW-Gesundheitssurvey die einzige Studie ist, die im Bereich der bundeslandspezifischen Studierendenforschung ermittelt werden konnte. In Bezug auf die bisher ermittelten Studienergebnisse kann resümiert werden, dass (2) der Großteil der Studierenden ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, dennoch multiple (körperliche) Beschwerden angeben und sowohl gesundheitsförderliche Verhaltensweisen als auch gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen berichten. Zudem empfinden die nordrhein-westfälischen Studierenden Stress. Neben den verhaltensspezifischen Faktoren gibt es (3) verhältnispräventive Bedingungen im Setting Hochschule, die die Gesundheit negativ beeinflussen können. Letztlich können (4) für Nordrhein-Westfalen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Studierendengesundheit festgestellt werden, bei denen Studentinnen gesundheitsrelevante Faktoren häufig schlechter einschätzen als ihre männlichen Kommilitonen. Schließlich finden sich (5) Parallelen zu den Ergebnissen aus Kapitel 3.4.1 gesundheitliche Beeinträchtigungen und psychische Erkrankungen, Schwierigkeiten in persönlichen oder studiumsbezogenen Themen.

Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts werden die Resultate der Literaturrecherche hinsichtlich hochschulstandortspezifischer Erhebungen dargestellt (vgl. Tab. 11). Es erfolgt eine Beschränkung auf Universitäten, da auch die hier vorliegende Untersuchung an einer Universität durchgeführt wird.

Alle recherchierten Studien beschäftigen sich auf Basis unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen mit einzelnen Facetten der Studierendengesundheit⁴⁷. Im Folgenden werden ihre Ergebnisse thematisch geordnet aufgeführt:

- Gesundheitszustand: In mehreren Studien schätzt der größte Teil der Studierenden ihren Gesundheitszustand grundsätzlich positiv ein. Viele Studierende bezeichnen ihn als gut, sehr gut oder sogar ausgezeichnet oder weisen ihm Punktwerte im positiven Bereich zu (Allgöwer, 2000; Gusy et al., 2008a; Gusy et al., 2010). Allerdings finden sich zum Teil große Standardabweichungen in den Antwortkategorien (Allgöwer et al., 1998; Gusy et al., 2010).
- Beschwerden: Wie bereits in den Ergebnissen der Sozialerhebungen, der Studierendensurveys, der Studienqualitätsmonitors sowie dem NRW-Gesundheitssurvey finden sich in vielen der hochschulspezifischen

⁴⁷ Es ist zu berücksichtigen, dass die vorgestellten Ergebnisse durch unterschiedlich verwendete Instrumentarien, verschiedene Stichprobenszusammensetzungen und Erhebungszeiträume einen direkten Vergleich untereinander nicht zulassen. Dennoch spiegeln die Ergebnisse den aktuellen Stand der damaligen Forschung bezogen auf die Studierendengesundheit im Setting Hochschule wider. Neben den hochschulstandortspezifischen Studien ergab die Literaturrecherche zudem weitere Differenzierungen für einzelne Universitätsstandorte, die durch zusätzliche Fokussierungen auf Studierende eines Geschlechts (z. B. Studentinnen), einzelner Fachrichtungen (z. B. Medizinstudierende), auf Studierende in spezifischen Studienphasen (z. B. Studienanfänger), auf Studierende der neuen Studienstrukturen (Bachelor- und Masterstudierende) oder auf Studierende in besonderen Situationen (z. B. Nutzer psychosozialer Beratungsangebote) gekennzeichnet sind. Diese Studien bilden bezogen auf die Quantität der recherchierten Studien den größten Teil der recherchierten Ergebnisse.

Erhebungen Abfragen zu körperlichen und psychischen Beschwerden. Die Studierenden geben vielfältige Beschwerden an, die sich aber je nach Erhebungsinstrument im Detail und der prozentualen Auftretenshäufigkeit unterscheiden. Über die Studien hinweg finden sich häufiger die Beschwerden Konzentrationsschwächen, Glieder-, Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Unruhe und/oder Magenbeschwerden (Allgöwer et al., 1998; Allgöwer, 2000; Gusy et al., 2008a; Gusy et al., 2010; Meier et al., 2010).

- Belastungen, Stresserleben und psychische Störungen: Trotz selbst bestätigtem guten Gesundheitszustand geben die Studierenden an, gestresst zu sein bzw. viel Stress zu erleben (Gusy et al., 2008a; Gusy et al., 2010). Es werden verschiedene psychosoziale Belastungen angegeben, die vor allem studienbedingte Situationen, die finanzielle Lage sowie Arbeitsbelastungen neben dem Studium beinhalten (Krämer & Stock, 1998). Darüber hinaus finden sich auch Anzeichen auf psychische Störungen: so erfüllte an der Universität Mannheim jeder fünfte Studierende die Kriterien für diese Diagnose (Bailer et al., 2008). Die Prävalenz von psychischen Beschwerden und Störungen in der Studierendenschaft der Universität Heidelberg zeigen auch Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth und Funke (2009).
- Bewegung und Sport: Mit Blick auf die körperlich-sportliche Aktivität lässt sich festhalten, dass in der Zielgruppe der Studierenden vornehmlich die sportliche Aktivität erforscht wird. Zur Alltagsaktivität gibt es nur vereinzelte Ergebnisse. Mit Blick auf die sportliche Aktivität lässt sich festhalten, dass die Studierenden auf unterschiedlichem (zeitlichen) Niveau sportlich aktiv sind. So treiben in Bielefeld knapp 70% über eine Stunde Sport pro Woche (Stock et al., 1997, S. 243). Von den Studierenden der FU-Berlin ist ungefähr jeder zweite sportlich aktiv (Gusy et al., 2008a; Gusy et al., 2010), wobei die Studierenden im Durchschnitt knapp drei Sporteinheiten die Woche absolvieren. Göring und Möllenbeck (2010) identifizieren verschiedene Sporttypen, die unterschiedlich lange und häufig (in)aktiv sind. Der Range reicht dabei von keiner Sportaktivität (ca. 33%) und Urlaubssportlern (< 1x/Woche; ca. 5%), über Gelegenheitsportler (< 60min/Woche; ca. 6%) und regelmäßige Sportler (> 60min/Woche; ca. 29%) bis hin zu Intensivsportlern (> 120min/Woche bei mindestens mittlerer bis harter Intensität; ca. 27%). Fast 66% der Befragten bestätigen damit, dass sie sportlich aktiv sind (Göring & Möllenbeck, 2011, S. 2-3). Bei einer durchgehend geschlechtsspezifischen Befragung von Heidelberger Studierenden ist die durchschnittliche sportliche Aktivität für beide Geschlechter hoch: Männliche Studierende treiben durchschnittlich 4,2 Stunden/Woche Sport, wohin gehend Frauen dies nur 3,6 Stunden/Woche tun (Sieverding, 2010, S. 136).

Göring und Möllenbeck (2010) konnten in ihrer Studie zudem aufzeigen, dass das Sporttreiben eine Ressource im Rahmen der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule darstellt (bezogen auf erfahrene soziale Unterstützung beim Sporttreiben sowie zur Belastungsbewältigung im Studienalltag): „Je mehr Sport getrieben wird, desto stärker geschieht dies gezielt zur Bewältigung von Stressbelastungen“ (S. 239). Zudem zeigen sie, dass „regelmäßig sportlich aktive Studierende, signifikant mehr soziale Unterstützung als inaktive Studierende wahrnehmen“ (S. 239).

Mit Blick auf die Alltagsbewegungen der Studierenden finden sich, wie bereits angedeutet, lediglich vereinzelte Studienergebnisse: Gusy et al. (2008a) erfragten den täglichen Zeitaufwand für „leichte, mittelschwere und anstrengende Tätigkeiten“ (S. 8). Die befragten Studierenden investieren an dieser Stelle ca. 5 Stunden/Tag für Aktivitäten wie spazieren und einkaufen gehen, Hausarbeit, Arbeit und Körperpflege (S. 8).

- Inaktivität: Im gleichen Kontext untersuchen Gusy et al. (2008a) den Bereich der Inaktivität. Sie differenzieren sitzende Tätigkeit in unterschiedlichen Kontexten der Studierenden: den größten Anteil verbringen die Studierenden mit inaktiver Sitzzeit am Schreibtisch, in universitären Lehrveranstaltungen oder bei der Nahrungsaufnahme mit rund neun Stunden pro Tag. Es schließen sich inaktive Tätigkeiten wie Lesen, Schlafen oder Ausruhen mit knapp acht Stunden täglich an (S. 8). Ähnliche Stundenanzahlen ergeben sich auf für die Studierendenbefragung aus dem Jahr 2010 (Gusy et al., 2010).
- Ernährungsverhalten: Mit Blick auf das Ernährungsverhalten werden unter anderem die Konsumhäufigkeit einzelner Lebensmittelgruppen, aber auch Einstellungen zum und Einschätzungen des persönlichen Ernährungsverhaltens untersucht. So lässt sich festhalten, dass 43,5% der Bielefelder Studierenden auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung achten (Stock et al., 1997). Gusy et al. (2008a) zeigen, wie sich die Verzehrsmengen verschiedener Lebensmittelgruppen der Berliner FU-Studierenden im Hinblick auf das Erreichen der DGE-Empfehlungen gestalten: So gibt es Lebensmittelgruppen, bei denen die täglichen Verzehrsmengen nicht erreicht werden (Obst, Gemüse und Salat, Milchprodukte), als auch Bereiche, in denen die Vorgaben (annähernd) erreicht werden (Getreideprodukte und Kartoffeln, Fleisch, Wurst, Fisch). Im Hinblick auf den Süßigkeitenkonsum liegt der tägliche Konsum minimal über den empfohlenen Richtlinien (S. 7-8; vgl. auch Gusy et al., 2010).
- Alkoholkonsum: Der Alkoholkonsum wird häufig hinsichtlich des durchschnittlichen Tageskonsums abgefragt, um Aussagen über risikoarme bzw. riskante Verhaltensweisen treffen zu können. Zudem finden sich Untersuchungen zum pathogenetischen Alkoholkonsum (mittels CAGE-Fragebogen oder FAST-Alkohol-Screeningtest). Gusy et al. (2008a) sowie Gusy et al. (2010) berichten den prozentualen Anteil eines riskanten, eines gefährlichen Alkoholkonsums sowie eines Hochrisikokonsums in den letzten 30 Tagen jeweils basierend auf dem durchschnittlichen Tageskonsum in Gramm (Anzahl der Tage, an denen alkoholische Getränke konsumiert wurden im Bezug zur durchschnittlich konsumierten Menge pro Konsumtag). Einen riskanten Alkoholkonsum berichten 6,4%, einen gefährlichen 2,0% und einen Hochkonsum 7,4% der Befragten (Gusy et al., 2008a), respektive 8,9%, 2,3% und 0,5% bei Gusy et al. (2010). Der prozentuale Anteil des riskanten Verhaltens in Bezug auf den Alkoholkonsum, den durchschnittlichen Tageskonsum (konsumierte Alkoholmenge von reinem Alkohol in Gramm) der alkoholischen Getränke, die in den letzten 30 Tagen vor Befragung konsumiert wurden, variiert auf Basis der eingesetzten Instrumentarien zwischen 11,5% (Gusy et al., 2010) und 15,8% (Gusy et al., 2008a). Zum Teil werden auch Instrumentarien zur Erfassung eines mög-

lichen Alkoholsyndroms eingesetzt. So weist beispielsweise ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Studierenden aus einer Marburger Studie Kriterien des Alkoholsyndroms auf (Bailer et al., 2008). Auch die relative Häufigkeit des Alkoholkonsums wird thematisiert: so können 47,8% der Bielefelder Studierenden den regelmäßigen Alkoholkonsumenten zugeordnet werden, während 52,2% unregelmäßig Alkohol trinken (Allgöwer, 2000, S. 97-98). In der Studie von Klement et al. (2010) sind es sogar 77,2% der Befragten, die über ihr Konsumverhalten den regelmäßigen Alkoholtrinkern zugeordnet werden können, wohingegen nur 22,8% zu den unregelmäßigen Konsumenten gehören.

- Nikotinkonsum: Hinsichtlich des Nikotinkonsums werden, basierend auf unterschiedlichem Erkenntnisinteresse, verschiedene Inhalte abgefragt. Am häufigsten wird der aktuelle Status zum Rauchen (Raucher vs. Nicht-Raucher) thematisiert, zum Teil auch der tägliche Zigarettenkonsum, Verhaltensveränderungen über die Zeit oder künftige Absichtsänderungen hinsichtlich des Verhaltens. Die Ergebnisse hinsichtlich der Differenzierung in Raucher vs. Nicht-Raucher variieren je nach Studie zwischen knapp 21% (Klement et al., 2010), knapp 25% (Stock et al., 1997), 32,7% (Gusy et al., 2010), 35,7% (Allgöwer, 2000) und 36,4% (Gusy et al., 2008a).
- Geschlechtsspezifisch: In vielen Bereichen der Einschätzung der physischen und psychischen Gesundheit schätzen sich Studentinnen schlechter ein als ihre Kommilitonen. Dies bezieht sich sowohl auf die Einschätzung des Stresserlebens, als auch auf die Auftretenshäufigkeit des psychischen Syndroms (Bailer et al., 2008). Hinsichtlich habitueller Sporttypen geben Studentinnen häufiger an, dass sie regelmäßige Sportlerinnen oder Gelegenheitssportlerinnen, Einsteiger-, Abbrecher- oder überzeugte Nichtsportlerinnen sind (vgl. Göring & Möllenbeck, 2010), Studentinnen nutzen sportliche Aktivität häufiger zur Belastungsbewältigung als Studenten (Göring & Möllenbeck, 2010). Studenten hingegen geben einen höheren Alkoholkonsum an bzw. bestätigen deutlich häufiger die Kriterien für das Alkoholsyndrom (Bailer et al., 2008).

Zudem gibt es aus der Anfangszeit des vermehrten Interesses an der Studierendengesundheit eine längsschnittliche Untersuchung, die die Gesundheit von Studierenden in den Blick nimmt. Aufbauend auf der ersten Befragung des Bielefelder-Gesundheitssurveys (Studierende im ersten Semester) (Allgöwer et al., 1998) wurde zwei Jahre später eine Follow-Up Untersuchung (Studierende im fünften Semester) durchgeführt (Stock et al., 2001; Stock & Krämer, 2002). Es konnten N = 166 vollständig ausgefüllte Datensätze gewonnen werden, die einen Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte zulassen. Zusätzlich zum Fragebogen wurden bei der zweiten Befragung eine körperliche Untersuchung inklusive biochemischem Test integriert, um die subjektiven Einschätzungen der Studierenden mit den objektiv messbaren Werten vergleichen zu können (Stock & Krämer, 2002, S. 184). Die Ergebnisse zeigen, dass sich das physische Befinden – speziell die Beschwerden und der subjektive Gesundheitszustand – über die Zeit nicht veränderten. Hinsichtlich der wahrgenommenen Belastungen „in den Bereichen ‚Leistungsanforderungen‘, ‚Studienbedingungen‘ und ‚persönliche Situation‘“ (Stock & Krämer, 2001, S. 56) hingegen waren statistisch bedeutsame Anstiege zu verzeichnen. Auf Basis der Ergebnisse formulieren

die Autoren unterschiedliche Thesen zum Gesundheitszustand der Bielefelder Studierenden und leiteten daraus Konsequenzen für die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule ab (Stock & Krämer, 2002, S. 184-192). Die Thesen lauten wie folgt:

- 1) „Erkrankungen haben bei Studierenden mit Ausnahme der Allergien eine niedrige Prävalenz. Dagegen sind gesundheitliche Beeinträchtigungen und Befindlichkeitsstörungen häufig“ (Stock & Krämer, 2002, S. 154).
- 2) „Studierende erleben im Studienverlauf ansteigende psychosoziale Belastungen. Sie verfügen jedoch über ein hohes Maß an Ressourcen, die zur Gesundheitserhaltung beitragen“ (Stock & Krämer, 2002, S. 186).
- 3) „Studierende haben eine grundsätzlich positive Einstellung zum Studium, ihr Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule ist jedoch durch verschiedene Faktoren deutlich beeinträchtigt“ (Stock & Krämer, 2002, S. 189).
- 4) „Das Interesse von Studierenden an universitärer Gesundheitsförderung ist vorhanden und sollte gezielt angesprochen werden“ (Stock & Krämer, 2002, S. 190).

Im Rahmen der Recherche konnte zudem eine Studie identifiziert werden, die gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Kognitionen kombiniert betrachtet, um studentische Gesundheitstypen mittels Clusteranalyse zu bilden (Allgöwer, 2000). Als Basis dienten zwölf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellung (Ernährungs-, Bewegungsverhalten, Alkohol-, Zigaretten-, Haschischkonsum, Zahnvorsorge, Impfstatus Polio, Diphtherie und Tetanus, Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsbewusstsein). Allgöwer (2000) identifiziert in der Gruppe der Studienanfänger fünf Cluster, in denen sich diese gesundheitsrelevanten Merkmalsausprägungen unterschieden: „Die Sportler“, „Die moderat Gesundheitsbewussten“, „Die Präventionsscheuen“, „Die Drogenkonsumenten“ sowie „Die gesundheitlich Desinteressierten“ (S. 110-111). Sie sind durch die Merkmale in Tabelle 10 charakterisiert.

Tab. 10. Gesundheitstypen auf Basis gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Kognitionen (modifiziert nach Allgöwer, 2000, S. 110-111)

Cluster	Beschreibung
Die Sportler N = 85 M: 59% W: 41%	ausgeprägte Bewegungsorientierung (hohes Maß sportliche Aktivität, hohes Bewegungsbewusstsein); vergleichsweise positives Ernährungsverhalten; regelmäßige Zahnvorsorge; hoher Alkoholkonsum → 88,1% guter Gesundheitszustand, 90% schätzen ihren Körperzustand als robust ein → 5,9% Interesse an suchtspezifischem Beratungsangebot
Die moderat Gesundheitsbewussten N = 230 M: 70,4% W: 29,6%	moderate Ausprägungen gesunde Ernährung; ausgeprägtes Ernährungsbewusstsein; ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein; reduzierter Suchtmittelkonsum; guter Impfstatus; Bewegungsverhalten negativ; geringer Suchtmittelkonsum → 81,3% guter Gesundheitszustand, 79,2% schätzen ihren Körper robust ein → 8,5% Interesse an suchtspezifischem Beratungsangebot

Fortführung Tab. 10. *Gesundheitstypen auf Basis gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Kognitionen (Allgöwer, 2000, S. 110-111)*

Cluster	Beschreibung
Die Präventionsscheuen N = 71 M: 54,9% W: 45,1%	mangelndes Präventionsverhalten; geringer Suchtmittelkonsum; schwach ausgebildetes Ernährungsbewusstsein, durchschnittliches Gesundheitsbewusstsein; durchschnittliche Bewegungsorientierung → 74,7% guter Gesundheitszustand, 70% schätzen ihren Körper robust ein → 11,3% Interesse an suchtspezifischem Beratungsangebot
Die Drogenkonsumenten N = 7 M: 71,4% W: 28,6%	sehr hoher Suchtmittelgebrauch (Haschisch, Zigaretten, Alkohol), keine Prävention bezogen auf Impfstatus und Zahnvorsorge, schlechtestes Ernährungsverhalten im Vergleich zu anderen Clustern; durchschnittliches Gesundheitsbewusstsein und durchschnittliche Bewegungsorientierung → 0% sehr guter Gesundheitszustand, 100% schätzen ihren Körper robust ein → Kein ausgeprägtes Interesse an suchtspezifischem Beratungsangebot.
Die gesundheitlich Desinteressierten N = 111 M: 51,4% W: 48,6%	vergleichsweise hoher Suchtmittelkonsum (Haschisch, Zigaretten, Alkohol); kein Gesundheitsbewusstsein; schlechte Ernährung und schlechtes Bewegungsverhalten → 68,5% guter Gesundheitszustand, 58,5% schätzen ihren Körper robust ein → Kein ausgeprägtes Interesse an suchtspezifischem Beratungsangebot.

Es werden keine Unterschiedsprüfungen durchgeführt; die Clusterdarstellung verbleibt auf deskriptiver Ebene. Abschließend soll festgehalten werden, dass weitere Studien zur Studierendengesundheit lokalisiert werden konnten. Diese betrachten weitere Subgruppen an einzelnen Standorten (bspw. nur Erstsemester-Studierende, Studierende bestimmter Fächer, ausschließlich Bachelor-Studierende). Diese Studien werden nicht detaillierter beschrieben, können aber im Anhang eingesehen werden (vgl. Anhang B). Sie betätigten allerdings, dass Erstsemester-Studierende spezifische Belastungen und Studierende spezifischer Fächergruppen (z.B. Medizinstudierende) besondere Anforderungen empfinden. Zudem fühlen sich BA-Studierende mehr belastet als Studierende alter Studienabschlüsse. Ableiten lässt sich aus diesen Studien, dass es z.T. spezifische Studiengänge bzw. Subgruppen gibt, die im Kontext der Gesundheitsförderung differenziert beachtet werden sollten.

Tab. 11. Übersicht ausgewählter hochschulstandortspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten bis 2010

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
<p>GiS-Studie (Gusy et al., 2008a) (Gusy et al., 2010)</p> <p><u>Weitere Veröffentlichungen zur Studie:</u> Medikamentenkonsum bei Studierenden (Lohmann et al., 2010) Alltagsdoping an der Hochschule?! (Lohmann, Gusy & Drewes, 2009) Gewinner und Verlierer an der Hochschule (Lohmann, Reese, Drewes, Gutsche, von Stösser & Gusy, 2008) <u>Vergleich alte neue Studienstrukturen:</u> Stress im Studium (Gusy, Drewes, Fischer & Lohmann, 2009)</p>	<p>angeführter Hintergrund: Hochschulreformen führen zu Beanspruchungen der psychischen Gesundheit (Chancen und Risiken – Theorie der Ressourcenerhaltung), Schaffung gesunder Studienbedingungen an der Hochschule (gesunder, aktiver Lebensstil) (S. 1), Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung Freie Universität Berlin</p> <p>Erhebung 2008: WS 2007/2008 Erhebung 2010: WS 2009/10</p> <p>Periodisch wiederkehrende Querschnittsstudie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung, Online-Fragebogen mit weiterentwickeltem Inventar</p> <p>Erhebung 2008: N = 2.115 Erhebung 2010: N = 2.413</p> <p>zum Teil beziehen sich weitere Veröffentlichungen lediglich auf Teile der Stichprobe (z. B. Medikamentenkonsum, N = 850)</p>	<p>2008: Soziodemographische Merkmale, Einstellung zum Studium (Zeitaufwand für Studium und Erwerbstätigkeit, Studienfinanzierung und -ausgaben, Studienbedingungen, Beratungs- und Informationsbedarf), subjektive Gesundheit (EuroQol, Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden), wahrgenommene Studienbedingungen), Ressourcen (personal und hochschulspezifisch), Gesundheitsverhalten (FEG; Ernährung, körperliche Bewegung/Sport, Alkohol-, Tabak-, Substanzkonsum), Bildungsherkunft (S. 1-12)</p> <p>2010: Soziodemographische Merkmale, soziale Herkunft, Studium (Studienfinanzierung, Wohnsituation Zeitaufwand, Studienbedingungen, Beratungs- und Informationsbedarf), Subjektive Gesundheit, Gesundheitsverhalten (Ernährung, körperliche Aktivität, Medikamenten-, Alkohol-, Tabak- Substanzkonsum)</p>
<p>Psychische Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität (Bailer et al., 2008)</p>	<p>angeführter Hintergrund: Psychische Störungen und Probleme als Planungsgrundlage für Hilfs-, Beratungs- und Behandlungsangebote</p> <p>Universität Mannheim, Mai 2004 bis Februar 2005</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 1.130)</p>	<p>Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), Whiteley-Index (WI), Chemische Geruchssensitivitätsskala (CGSS)</p>
<p>Sporttreiben als soziale Unterstützung und zur Belastungsbewältigung im Studienalltag (Göring & Möllenbeck, 2010)</p>	<p>Soziale Ressourcen im Studium, sportliche Aktivität zur Gesundheitsförderung</p> <p>Universität Göttingen, WS 2008/09</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 4.233)</p>	<p>Sportliche Aktivität (Dauer, Häufigkeit, Intensität der durchschnittlichen wöchentlichen Sportausübung heute und vor zwei Jahren → habituelle Sporttypen), soziale Unterstützung (allgemein und im Sport), sportliche Aktivität zur Belastungsbewältigung</p>

Fortführung Tab. 11. *Übersicht ausgewählter hochschulstandortspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten bis 2010*

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
Welche Bedeutung haben Ernährung und sportliche Aktivität für die subjektive Gesundheit von Studierenden? (Sieverding, 2010)	Auswirkung von Ernährungsverhalten und sportlicher Aktivität auf die Gesundheit von Studierenden Universität Heidelberg, SoSe 2008 Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 505)	BMI; Konsum von Obst/ Gemüse (Menge, Häufigkeit); Zufriedenheit Ernährung/ Gewicht/sportliche Aktivität; Abnahmewunsch; Häufigkeit der sportlichen Aktivität; subjektive Gesundheit → Geschlechtsspezifisch

Resümierend lässt sich ergänzend zu den bisherigen Ergebnissen zur Aufarbeitung des Forschungsstands Folgendes festhalten:

- Der zahlenmäßig größte Teil der vorliegenden Untersuchungen im Kontext der studierendenspezifischen Gesundheitsforschung an Universitäten ist auf einzelne Hochschulstandorte bezogen und forschungsmethodisch als Querschnittsstudie ausgerichtet. Die Studien verbleiben oftmals auf beschreibender Ebene und thematisieren die Studierendengesundheit über unterschiedliche Facetten (vor allem physisch und psychisch). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass kaum Vergleichbarkeit der standortspezifischen Ergebnisse herzustellen ist, da Evaluationsinstrumente unterschiedlicher Güte und Herkunft verwendet und eingesetzt werden. Dennoch lassen sich einzelne Tendenzen erkennen, die auch schon im Rahmen des Kapitels 3.4.1 herausgearbeitet wurden:
 - So attestieren sich Studierende an verschiedenen Standorten einen (sehr) guten subjektiven Gesundheitszustand, obwohl sie von zahlreichen Beschwerden auf körperlicher und psychischer Ebene berichten. Die psychische Gesundheit – oftmals abgebildet über das Stresserleben – wird hingegen schlecht eingeschätzt. So fühlen sich viele Studierende über verschiedene Situationen im und um das Studium herum gestresst. Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lässt sich festhalten, dass die Studierenden sich in Bezug auf den vorgestellten Verhaltensweisen unterschiedlich verhalten und zum Teil gesundheitsbezogenes Risikoverhalten zeigen.
 - Es gibt wenige Kohortenstudien, die sich mit dem Gesundheitszustand von Studierenden beschäftigen und in einem längsschnittlichen Design Studierende über den Studienverlauf untersuchen.
 - Mit der Studie von Allgöwer (2000) liegen Gesundheitstypen vor, die Verhaltensweisen und gesundheitsbezogene Einstellungen mit einander in Beziehung setzen und zeigen, dass es in der Studierendenschaft gibt, die sich auf Basis ähnlicher Verhaltensweisen und Einstellungen gruppieren lassen. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand unterschiedlich häufig als gut ein und bewerten ihren Körper anteilig unterschiedlich als robust ein.

3.4.3 *Weitere Forschungsergebnisse zur Studierendengesundheit in Deutschland in den Jahren 2011-2021*

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt der aktuelle Stand zur Studierendengesundheit, zum Stressempfinden und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dargestellt wurde, der die Basis des GriPs-Projekts darstellte, geht es im folgenden Abschnitt darum, die neueren Entwicklungen – verstanden als aktuelle Forschungsergebnisse der letzten zehn Jahre – aufzuzeigen und den sich weiterentwickelnden Forschungsstand zur Studierendengesundheit ab 2011 abzubilden.

Im aktuellen Abschnitt werden mit Ausnahme der GriPs-Ergebnisse ausschließlich die mittlerweile vorliegenden, national repräsentativen Studien vorgestellt⁴⁸. In 2013 wurden die Ergebnisse des GriPs-Projekts von Brandl-Bredenbeck et al. (2013) veröffentlicht. Dieser Projektbericht beinhaltet u. a. die umfangreichen Daten jeweils einer quantitativen und qualitativen Teilstudie zur Analyse der Paderborner Studierendengesundheit. Im quantitativen Teil wurden die Ergebnisse der Online-Befragung aus 2010 vorgestellt, dessen Datensatz in leicht modifizierter Form auch die Grundlage der sekundäranalytischen Betrachtung der vorliegenden Dissertation darstellt (vgl. Einleitung und Kapitel 5.1). Die Original-Fragebogenerhebung enthielt, neben der Abfrage soziodemografischer und studiumsbezogener Daten, Inhalte zu zahlreichen gesundheitsrelevanten Themenkomplexen⁴⁹.

Sie wurden im Hinblick auf die Gesamtstichprobe sowie auf eine Geschlechts- und Aktivitätsspezifität (Sportler vs. Nicht-Sportler) vor allem deskriptiv ausgewertet. Im letzten Teil der Ergebnisdarstellung wurden die Ergebnisse einer Clusteranalyse auf Basis der Merkmale Sportaktivität, Ernährungsverhalten und Medienkonsum angeboten, die vier Cluster in der Paderborner Studierendenschaft extrahierte.

An dieser Stelle wird von einer differenzierten Darstellung der deskriptiven Einzelergebnisse abgesehen; sie werden gebündelt zusammengefasst. Die GriPs-Ergebnisse erweitern die standortspezifischen Einzelstudien und kommen zu vergleichbaren Aussagen hinsichtlich der Themen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Allerdings wurden auch hier differente Erhebungsinstrumente eingesetzt, so dass nicht jedes Ergebnis mit bereits vorhandenen Studien verglichen werden kann. Mit Blick auf die handlungsleitenden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sollen die GriPs-Ergebnisse der Clusteranalyse präsentiert werden.

⁴⁸ Für den angegebenen Zeitraum von 2011 bis zur Veröffentlichung dieser Arbeit liegen zudem weitere standortspezifische Studien vor, die die Studierendengesundheit oder einzelne Schwerpunktthemen unter verschiedenen Blickwinkeln untersuchen. Diese Studien werden für den Ausblick auf die gegenwärtige Forschungslandschaft nicht weiter herangezogen, da die nationalen Ergebnisse die aktuellen repräsentativen Ergebnisse zum Thema abbilden.

⁴⁹ Diese waren im Detail: Einstellungen zur Gesundheitsförderung, Gesundheitszustand, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Mediennutzung, Substanzkonsum, psychosoziale Daten (Selbstwirksamkeit, Selbstkonzept), Schlafverhalten, globales Stressempfinden im Studium, Belastungsempfinden und Ressourcen im Studium (soziale Unterstützung, Beurteilung verschiedener Unterstützungsquellen, Belastungen durch Studienbeginn, Prüfungsangst (Aufgeregtheit und Besorgtheit)), Stressverarbeitung und Kompensation durch Sport sowie die retrospektive Einschätzung verschiedener Themen zum Ende der Schulzeit, zu Beginn des Studiums und zu einem späteren Zeitpunkt im Studium (Brandl-Bredenbeck et al., 2013, S. 37).

Die Vier-Cluster-Lösung für die Paderborner Studierendengruppe sieht wie folgt aus: Die Studierenden konnten in die „Die sportlich Aktiven“, Die Abstinenten“, „Die Ernährungsfreaks“ und „Die Couch-Potatoes“ eingeteilt werden. Im Pendant zur Darstellung der Clusterlösung von Allgöwer (2000) in Kapitel 3.4.2 werden die Paderborner Cluster in tabellarischer Form präsentiert (vgl. Tab. 12).

Tab. 12. *Studentische Lebensstiltypen auf Basis von drei ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (modifiziert nach Brandl-Bredenbeck et al., 2013, S. 127-128)*

Cluster	Beschreibung
Die sportlich Aktiven N = 602 M: 55,5% W: 45,5%	Sportaktivität: hoch überdurchschnittlich (M = ,90) Ernährungsverhalten: unterdurchschnittlich (M = -,43) Medienkonsum: leicht über dem Durchschnitt (M = ,36)
Die Abstinenten N = 369 M: 42,5% W: 57,5%	Sportaktivität: unterdurchschnittlich (M = -,65) Ernährungsverhalten: unterdurchschnittlich (M = -,16) Medienkonsum: hoch unterdurchschnittlich (M = -1,28)
Die Ernährungsfreaks N = 437 M: 22,7% W: 77,3%	Sportaktivität: leicht überdurchschnittlich (M = ,27) Ernährungsverhalten: hoch überdurchschnittlich (M = 1,40) Medienkonsum: durchschnittlich (M = ,00)
Die Couch-Potatoes N = 476 M: 40,3% W: 59,7%	Sportaktivität: hoch unterdurchschnittlich (M = -,88) Ernährungsverhalten: unterdurchschnittlich (M = -,63) Medienkonsum: überdurchschnittlich (M = ,53)

Die identifizierten Cluster wurden hinsichtlich möglicher Unterschiede in ihrer Einschätzung des Gesundheitszustands sowie des globalen Stressempfindens untersucht und es konnten signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustandes berichtet werden. Das globale Stressempfinden im Studium unterschied sich dagegen nicht auf Basis der Clusterzugehörigkeit (Brandl-Bredenbeck et al., 2013).

Ziel der qualitativen Teilstudie des GriPs-Projekts war es, zusätzlich differenziertere Informationen zu Belastungen, Auswirkungen und Bewältigungsmethoden von Studierenden in ihrem Studienverlauf zu eruieren. Als Kernergebnisse dieses Teilbereichs lassen sich die folgenden Punkte zusammenfassen: Studierende empfinden zahlreiche inneruniversitäre und außeruniversitäre Belastungen. Zu letzteren zählen vor allem Doppelbelastungen bei der Ausübung eines Nebenjobs oder durch familiäre Probleme. Trotzdem stehen den Studierenden Bewältigungsmethoden zur Verfügung, wie z. B. die soziale Unterstützung durch Familie oder Partner. Des Weiteren haben die Studierenden bereits selbst Vorschläge zur Verbesserung ihrer Gesundheit gemacht (z.B. Förderung eines gesunden Lebensstils im Hinblick auf psychologisch-orientierte Angebote).

Zwei Jahre nach Veröffentlichung der GriPs-Ergebnisse wurden die ersten national repräsentativen Studienergebnisse zur Studierendengesundheit präsentiert. Dazu zählen:

- 1) Die Studie zur *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017* (Grützmacher et al., 2018),
- 2) die Studie *Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung* (AOK-Bundesverband, 2016),
- 3) der *TK-CampusKompass* (Techniker Krankenkasse, 2015b),
- 4) der *Gesundheitsreport 2015 – Gesundheit von Studierenden* (Techniker Krankenkasse, 2015a) und
- 5) Die Studie „*Bewegung. Sport. Lebensstil. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von Studierenden*“ (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, Titelblatt) (vgl. Tab. 13).

Tab. 13. *Übersicht nationaler Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Hochschulen im Zeitraum 2011 bis aktuell*

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
Gesundheit Studierender in Deutschland 2017 (Grützmacher et al., 2018)	Schaffung einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung für die Zielgruppe der Studierenden, Heath Promoting Universities, Salutogenese, Basis für settingspezifische Interventionen national Zeitraum der Befragung: 12.06. – 23.08.2017 Querschnittsstudie, Online Fragebogen über HISBUS-Studierendenpanel N = 6.198 Studierende von Hochschulen und Universitäten	Soziodemographie (Stichprobenbeschreibung, Familiensituation, subjektive soziale Herkunft), Gesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Stresserleben, körperliche Beschwerden, Burnout, Engagement), Ressourcen und Anforderungen (Selbstwirksamkeitserwartung, Mitgestaltung, geistige Anforderungen, soziale Unterstützung, strukturelle Ressourcen), Gesundheitsverhalten (körperliche Aktivität, sportliche Aktivität, Rauchen, Alkoholkonsum, Substanzen Konsum, Medikamentenkonsum, Absentismus und Präsentismus) → Differenzierung nach Geschlecht, Fächergruppen, Hochschultyp und Studienjahren
Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung (AOK-Bundesverband, 2016)	Studierendenstress: Entstehung von Stress, Perceived Stress Scale (PSS), Resilienz national Zeitraum der Befragung: 22.06. – 22.07.2016 Querschnittsstudie, Online Fragebogen N = 18.214 (Studierende von Hochschulen und Universitäten)	soziodemografische Merkmale, Wahrgenommener Stress, Entstehungsfaktoren von Stress, Umgang mit Stress, Unterstützungsangebote (Hochschulangebote, externe Angebote, weitere Hilfestellungen) → Differenziert nach Geschlecht, Hochschulform, Abschlussart, Region

Fortführung Tab. 13. *Übersicht nationaler Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Hochschulen im Zeitraum 2011 bis aktuell*

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
TK-CampusKompass – Umfrage zur Gesundheit von Studierenden (Techniker Krankenkasse, 2015b)	Gesundheit, Stress und Gesundheits-/Risikoverhalten von Studierenden national Zeitraum der Befragung: März 2015 Querschnittsstudie, Online Fragebogen n= 1.000	Gesundheit, Stress, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, digitaler Medienkonsum → Differenziert nach Geschlecht, Fächern, Alter sowie weiteren Differenzierungsmerkmalen in ausgewählten Themenbereichen (z. B. Onliner/Offliner)
Gesundheitsreport 2015 (Techniker Krankenkasse, 2015a)	Routinedatenauswertung zu Krankschreibungen und Arzneimittelverschreibungen national 2013/14 Querschnittliche Routinedatenauswertung, die über Standardisierungsverfahren (Alter, Geschlecht) zu längsschnittlichen Vergleichen genutzt werden kann N = 188.394 Studierende und N = 1.239.213 junge Erwerbspersonen	Arzneimittelverordnung, Verordnungsraten, Ambulante ärztliche Versorgung, Diagnosen, vertiefte Auswertungen zu Schilddrüsenerkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Antidepressiva, psychische Störungen, Depression, zusätzlich Erwerbspersonen in der TK und Arbeitsunfähigkeit (für Studierende nicht relevant)
Sport. Bewegung. Lebensstil (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018)	Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von Studierenden aller Fachrichtungen national März 2017, als Teil der Fachkraft 2020-Erhebung Querschnittliche Online-Fragebogenerhebung	Fünf Themenkomplexe: Lebensstilbestimmung über Stellenwert einer Freizeitaktivität, Sport- und Bewegungsverhalten, sitzender Lebensstil, Ernährungsverhalten, Apps zur Unterstützung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (S. 1)

Das Kooperationsprojekt *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017* (Grützmaker et al., 2018) des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse ist die aktuellste repräsentative Studie zur gesundheitlichen Situation Studierender in Deutschland. Im Sommersemester 2017 wurden bundesweit N = 6.198 Studierende an Universitäten und Fachhochschulen über das HISBUS-Studierendenpanel befragt. Der vorliegende Gesundheitsbericht bildet die student-

sche Sicht auf unterschiedliche Facetten der Gesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand und allgemeine Lebenszufriedenheit, depressives Syndrom, generalisierte Angststörung, Burnout und Engagement im Studium, wahrgenommenes Stresserleben, körperliche Beschwerden, Engagement im Studium), die Wahrnehmung und Bewertung von Ressourcen und Anforderungen im Studium (allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, Mitgestaltung des Studiums, soziale Unterstützung, geistige Anforderungen, strukturelle Ressourcen) sowie ausgewählte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen: körperliche und sportliche Aktivität, Rauchen, Alkohol-, Substanz- und Medikamentenkonsum sowie Absentismus und Präsentismus) ab (Grützmaker et al., 2018). Über die Auswahl der Erhebungsinstrumente erlaubt die Studie in vielen Themenbereichen einen Vergleich mit altersgleichen bzw. altersähnlichen Stichproben. Neben einer gesamten Auswertung werden differenzierte Analysen auf Basis der Merkmale Geschlecht, Fächergruppen, Hochschultyp und Studienjahre vorgenommen.

Für die vorliegende Arbeit sind folgende Ergebnisse relevant: Grundsätzlich schätzen über 80% der Studierenden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut ein. Allerdings liegt dieser Wert deutlich unter den Angaben einer altersgleichen Vergleichsstichprobe (Grützmaker et al., 2018, S. 30-35). Unter den Befragten verspüren jeweils ca. ein Sechstel der Studierenden die Störungen depressives Syndrom oder generalisierte Angststörung (Grützmaker et al., 2018, S. 41-47), die im Bereich der psychischen Gesundheit verortet werden können. Körperliche Beschwerden, verstanden als Indikatoren für pathophysiologische Prozesse, begleiten bei knapp der Hälfte der Studienteilnehmer den Alltag: so geben 49,6% der Studierenden an, dass sie mindestens einmal pro Woche körperliche Beschwerden verspüren; knapp 75% bestätigen körperliche Einschränkungen mindestens einmal monatlich. Am häufigsten werden in diesem Bereich das Auftreten von Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen genannt, gefolgt von einem beeinträchtigten Allgemeinbefinden (Prävalenz: 37,2%) und Kopfschmerzen (37,2%) (Grützmaker et al., 2018, S. 53-58). Gut jeder vierte Studierende empfindet Stress auf einem hohen Niveau (Grützmaker et al., 2018, S. 48-52). Mit Blick auf die Gefahr eines Burnouts im Studium berichtet knapp jeder vierte Akademiker von Erschöpfung und gut jeder fünfte vom Bedeutungsverlust des Studiums (Grützmaker et al., 2018, S. 59-64).

Ihre allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung schätzen die Studierenden insgesamt hoch ein, wobei sich ein großes Range im Antwortverhalten ergibt (Grützmaker et al., 2017, S. 70-74). Die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Kommilitonen und Lehrende wird hingegen eher moderat – etwas über dem Skalenmittelwert – bewertet (Grützmaker et al., 2017, S. 86-91). Ähnlich moderat werden die strukturellen Ressourcen des Studiums eingeschätzt (Qualifikationspotenzial des Studiums, Handlungsspielraum und Zeitspielraum im Studium) (Grützmaker et al., 2017, S. 92-98).

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich festhalten, dass sich Studentinnen in vielen Bereichen schlechter einschätzen als ihre männlichen Kommilitonen. Dies konnte für den subjektiven, allgemeinen Gesundheitszustand (Grützmaker et al., 2017, S. 30-35), das depressive Syndrom und die generalisierte

Angststörung (Grützmaker et al., 2017, S. 41-47), das mehrfache monatliche Auftreten körperlicher Beschwerden (Grützmaker et al., 2017, S. 53-58), die Erschöpfung und reduziertes Wirksamkeitserleben im Kontext von Burnout im Studium (Grützmaker et al., 2017, S. 59-64), der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Grützmaker et al., 2017, S. 70-74) und der strukturellen Ressourcen (Qualifikationspotenzial des Studiums, Handlungsspielraum und Zeitspielraum im Studium) gezeigt werden (Grützmaker et al., 2017, S. 92-98). Zudem berichten Studentinnen häufiger von hohem Stresserleben (Grützmaker et al., 2017, S. 48-52). Umgekehrt verhält es sich bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Kommilitonen: Studentinnen fühlen sich mehr unterstützt als ihre männlichen Mitstudierenden (Grützmaker et al., 2017, S. 86-91).

Bezogen auf die fächergruppenspezifische Betrachtung der Ergebnisse lässt sich festhalten, dass Unterschiede auf Basis dieser in Bezug auf die abgefragten Aspekte der Studie in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen. Dabei entsteht der Eindruck, dass Studierende bestimmter Fächergruppen eine Tendenz zu potentiell gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen haben, wie beispielsweise die Studierenden der Sozialwissenschaften/wesen/Psychologie/Pädagogik (Grützmaker et al., 2017, S. 111, 118, 128, 139, 140), während Studierende anderer Fächergruppen im Sinne der Gesundheitsförderung bessere Handlungsweisen zeigen, z. B. Studierende der Mathematik/Naturwissenschaften (Grützmaker et al., 2017, S. 82, 111, 117, 139) oder der Medizin/Gesundheitswissenschaften (Grützmaker et al., 2017, S. 25, 37, 42, 66, 76, 87, 100, 117). Das Stresserleben hingegen wird – unabhängig von der Fächergruppenzugehörigkeit – von allen Studierenden ähnlich bewertet (Grützmaker et al., 2017, S. 49, 100).

Bezogen auf die abgefragten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigen die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, dass gut jeder dritte Studierende der Gesamtstichprobe stark auf ausreichende körperliche Aktivität (verstanden als Alltagsaktivitäten u. a. am Arbeitsplatz, zu Hause und in der Freizeit) achtet. Zudem kommt gut jeder vierte Studienteilnehmer den WHO-Empfehlungen nach, mindestens 2,5 Stunden pro Woche im Alltag körperlich aktiv zu sein (Grützmaker et al., 2017, S. 99-109).

Mit Blick auf die sportliche Aktivität wird festgehalten, dass 40,5% der Befragten regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche Sport treiben; umgekehrt betrachtet, schaffen dies knapp 60% nicht. Für das Bewegungs- und Sportverhalten finden sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Achtsamkeit auf ausreichend Bewegung, gleiches gilt für die Differenzierung auf Basis der Fächergruppen (Grützmaker et al., 2017, S. 100). Bezogen auf die der Studie zugrunde gelegte WHO-Empfehlungen von 2,5h körperliche Aktivität pro Woche erreichen diese Werte mehr männliche Studierende im Geschlechtervergleich. Dennoch besteht hier noch deutliches Potenzial im Sinne der gesundheitsfördernden Effekte von Bewegung und Sport. Hinsichtlich der sportlichen Aktivität geben Studenten signifikant häufiger an regelmäßig mindestens zwei Stunden Sport pro Woche zu treiben (Grützmaker et al., 2017, S. 99-109). Hinsichtlich der Fachgruppenzugehörigkeit fällt ein Unterschied bzgl. der Studierenden der Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften sowie der Medizin/Gesundheitswissenschaften auf. Diese Studierende achten stark auf ihre körperliche Aktivität

(Grützmaker et al., 2017, S. 100), wobei der Anteil der Studierenden, die tatsächlich sportlich aktiv sind in den Fächergruppen Rechts- und Wirtschaftswissenschaften sowie Ingenieurwissenschaften am höchsten ist (Grützmaker et al., 2017, S. 107). Die Studierenden der Fächergruppen der Sprach- und Kulturwissenschaften sowie Mathematik/Naturwissenschaften zeigen sich dagegen deutlich weniger körperlich aktiv (Grützmaker et al., 2017, S.107).

Zu den gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen Rauchen und Alkoholkonsum sehen die Ergebnisse wie folgt aus: Unter den Studierenden sind insgesamt 81,5% Nichtraucher. Die Raucher-Quote liegt in der Studierendenschaft damit geringfügig unter dem Wert der herangezogenen Vergleichsstichprobe. Studentinnen rauchen seltener als ihre männlichen Kommilitonen (Grützmaker et al., 2017, S. 110-112). Auch auf Basis der Fächergruppenspezifik ergeben sich deutliche Unterschiede: Während unter den Studierenden der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik 26% Raucher zu finden sind, finden sich nur 12,4% der Studierenden der Fächergruppe Mathematik/Naturwissenschaften, die gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen (Grützmaker et al., 2017, S. 111).

Der Alkoholkonsum wurde über die Frequenz (Alkoholkonsum von mindestens zweimal im Monat), den Rauschkonsum (Konsum von mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke pro Gelegenheit) und eine Skala zum problematischen Alkoholkonsum (Bewertung des Konsums auf Basis des AUDIT-C Inventars) eruiert. Etwas mehr als zwei Drittel der befragten Studierenden konsumieren mindestens zweimal im Monat Alkohol. Bezogen auf den Alkoholrausch konsumiert ein Drittel der Befragten einmal monatlich mindestens sechs oder mehr alkoholische Getränke. Ein problematisches Verhalten bezogen auf Alkohol zeigen 40,6% der Studierenden. Der Vergleich zu einer nahezu altersgleichen Stichprobe verdeutlicht, dass der problematische Alkoholkonsum in der studentischen Population dreimal so hoch ist (Grützmaker et al., 2017, S. 116-126). Hinsichtlich der Geschlechtsspezifität konnten die Ergebnisse zeigen, dass eine größere Anzahl der Studenten im Vergleich zu den Studentinnen mindestens zweimal im Monat Alkohol konsumieren. Auch das Rauschtrinken kommt bei männlichen Studierenden häufiger vor. Hinsichtlich des problematischen Alkoholkonsums gibt es keine signifikanten Unterschiede auf Basis des Geschlechts (S. 116-126), allerdings auf Basis der Fächergruppenzugehörigkeit. Der Anteil der Studierenden der Mathematik/Naturwissenschaften und der Medizin/Gesundheitswissenschaften ist deutlich geringer in Bezug auf die drei Aspekte Frequenz, Rauschkonsum und problematischer Alkoholkonsum, als der der Studierenden der Ingenieurwissenschaften und der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften. Problematischen Alkoholkonsum weisen vor allem die Studierenden der Sozialwissenschaften/-wesen/Psychologie/Pädagogik auf (Grützmaker et al., 2017, S. 117-125).

Die Studie *Studierendenstress in Deutschland* (AOK-Bundesverband, 2016) befragte junge Akademiker hinsichtlich ihres Stressempfindens auf den vier Ebenen intra- und interpersonelle Stressoren, Alltagsorganisation/Arbeit sowie hochschulbezogene Stressoren. Zudem wurden Reaktionen auf Stress, Maßnahmen zum

Stressmanagement und zur -prävention sowie die Resilienz als personale Ressource in der Stressgenese und -bewältigung thematisiert. Mittels Online-Befragung wurden über N = 18.000 Studierende im SoSe 2016 befragt. In der Ergebnisauswertung wurden verschiedene Hochschularten, Studienabschlüsse, Fachrichtungen und einzelne Regionen in Deutschland berücksichtigt. Die Ergebnisse belegen, dass die meisten Studierenden mit Stress im Studium vor allem „Zeit- und Leistungsdruck, Überforderung, Erwartungsdruck, Nervosität und innere Unruhe sowie (Selbst-) Zweifel“ (S. 21) verbinden. Gut jeder zweite Student attestiert sich ein hohes Stresslevel. Auch hier finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede – Studentinnen geben häufiger ein hohes Stresslevel an als Studenten (AOK-Bundesverband, 2016, S. 2). Stressoren – mit unterschiedlich wahrgenommener Intensität hinsichtlich des Stresslevels – werden dabei auf verschiedenen Ebenen lokalisiert:

- hochschulbezogen (vor allem Vorbereitungen auf Prüfungen, Anfertigen der Abschlussarbeit, generelle Arbeitsbelastung im Studium, großer Stoffumfang in den Lehrveranstaltungen als Ursachen für Stress),
- alltagsbezogen (Vereinbarkeit von Studium und anderen Aktivitäten),
- intrapersonell (eigene Erwartungen, allgemeine Zukunftsperspektiven) sowie
- interpersonell (Pflege von sozialen Kontakten, ständige Erreichbarkeit über neue Medien) (AOK-Bundesverband, 2016, S. 30-37).

Studentinnen empfinden viele der Situationen stressreicher als ihre männlichen Kommilitonen (AOK-Bundesverband, 2016, S. 32-37). Mit Ausnahme der Studierenden der Sportwissenschaften, empfinden die Studierenden aller anderen Studiengänge ein „hohes Stresslevel“ (AOK-Bundesverband, 2016, S. 28).

Wird ergänzend der durchschnittliche Stresslevel in den unterschiedlichen Studienfächern betrachtet (...), dann zeigt sich, dass Studierende der Veterinärmedizin, der Agrar-/Forst- und Ernährungswissenschaften und der Informatik das größte Stresslevel und Studierende der Sprach- und Kulturwissenschaften, der Geisteswissenschaften, des Lehramts sowie der Sportwissenschaften das geringste Stresslevel aufweisen. (AOK-Bundesverband, 2016, S. 29-30)

Die spontanen Auswirkungen auf das Erleben stressiger Situationen sind vielfältig. So führen Unzufriedenheit, Unruhe und die Suche nach Ablenkung die Rangliste der Ergebnisse an. Studentinnen werden dabei häufiger unruhig, fangen häufiger an zu weinen, essen mehr oder werden wütend, während Studenten eher nach Ablenkung suchen und mehr Alkohol, Nikotin und andere Suchtmittel/Medikamente konsumieren (AOK-Bundesverband, 2016, S. 39-42). Hinsichtlich der Strategien zur Stressbewältigung geben die Studierenden vor allem die Priorisierung der Aufgaben, das Rückhaltsuchen bei Freunden, Partner und Familie, die Selbstbelohnung und die Strukturierung über to do Listen an. Kaum ein Studierender ernährt sich in Stressphasen gesünder, Meditation und Yoga werden auch kaum als Stressbewältigungsstrategie angewendet, wohingegen Sport zum Stressausgleich durchschnittlich genutzt wird (AOK-Bundesverband, 2016, S. 41-42).

Hinsichtlich der Stressresilienz zeigt sich, dass fast 44% der Studienteilnehmer eine niedrige Resilienz aufweisen; auch hinsichtlich dieses Themenkomplexes schneiden Studentinnen schlechter ab als Studenten. Zudem

besteht ein schwacher negativer Zusammenhang von Stressresilienz mit der Stresswahrnehmung: Studierende mit einer niedrigen Resilienz, haben ein höheres Stresslevel (AOK-Bundesverband, 2016, S. 39)

Studierende geben an, verschiedene Möglichkeiten der hochschulspezifischen Unterstützungsangebote zur psychologischen Betreuung zu kennen, allerdings gibt es auch Unkenntnis über beispielsweise Einzelberatung im Umgang mit Stress, Überforderung als auch Aktions- und Gesundheitstage. Zudem fällt auf, dass jeder dritte von vier Studierenden die Angebote bislang noch nicht genutzt hat. In diesem Kontext wurden Gründe der Nicht-Nutzung abgefragt: Die Studierenden geben hier an, dass sie die Probleme selbstständig lösen konnten oder die Probleme keiner professionellen Unterstützung bedurften. Fast jeder zweite Studierende glaubte, dass die Probleme nicht gravierend genug waren, um die Angebote in Anspruch zu nehmen (AOK-Bundesverband, 2016, S. 42-52).

Der *TK-Gesundheitsreport 2015* widmet sich nach 2011 erneut in seinem Schwerpunktthema der Gesundheit von Studierenden. Es werden umfassende Routinedaten zu Arzneimittelverordnungen, zu ambulant-ärztlichen Leistungen und Diagnosen für die Jahre 2006-2014 (Arzneimittelverordnungen) bzw. 2009-2013 (ambulant-ärztliche Leistungen und Diagnosen) ausgewertet und mit den Ergebnissen von jungen Erwerbstätigen im Alter von 20-34 Jahren verglichen. Die Datenbasis für 2013/2014 bildeten N = 188.394 bei der TK versicherte Studierende sowie 1.239.213 junge Erwerbspersonen (Techniker Krankenkasse, 2015a).

Als stark vereinfachte Zusammenfassung halten die Autoren des Reports fest, dass Studierende global gesehen „zumeist weniger [gesundheitliche Probleme] als gleichaltrige Erwerbstätige“ (Techniker Krankenkasse, 2015a, S. 15) haben. Dies zeigt sich beispielsweise über den geringeren Kontakt zu niedergelassenen Ärzten, die weniger häufige Abrechnung von Behandlungsfällen, die geringere Anzahl gestellter Diagnosen (auf der übergeordneten Ebene der ICD-10-Kapitel) sowie das geringere Auftreten von Arzneimittelverordnungen inklusive einer geringeren Anzahl an Arzneimittelpräparaten und weniger definierten Tagesdosen (Techniker Krankenkasse, 2015a, S. 15). Allerdings belegt die Detailauswertung der Routinedaten ebenfalls, dass Studierende wesentlich häufiger psychologische Psychotherapeuten sowie Fachärzte für Nervenheilkunde in Anspruch genommen haben. Zudem wurden die Diagnosen „affektive Störungen“, „depressive Episoden“ und „andere Angststörungen“ häufiger in der Gruppe der Studierenden gestellt. Dies deutet auf höhere psychische Belastungen bei den Studierenden hin (Techniker Krankenkasse, 2015a, S. 16).

Mit Blick auf den Vergleich der routinemäßigen Datenerhebung über die neun bzw. fünf Jahre lässt sich die Tendenz festhalten, dass hinsichtlich der Verschreibung von Antidepressiva in der Studierendenpopulation ein Anstieg von 43 % (von 2,68 auf 3,85%) innerhalb der neun Jahre zu verzeichnen ist. Hervorgehoben wird in diesem Kontext, dass dieser Anstieg besonders durch deutlich höhere Verordnungsraten im höheren Studierendenalter (älter als 26 Jahre) zu Stande kam (Techniker Krankenkasse, 2015a, S. 20). So scheinen insbesondere ältere Studierende häufiger Antidepressiver zu konsumieren.

Der *TK-CampusKompass* wurde zeitgleich mit der Routinedatenauswertung 2015 in Auftrag gegeben und vom Forsa Meinungsinstitut durchgeführt. Ziel war es, repräsentative Daten zur studentischen Gesundheit und zum Lebensstil zu bekommen. Konkret wurden neben den Themen Gesundheit und Stress die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie der digitale Medienkonsum eruiert. 1.000 Studierende aus ganz Deutschland wurden befragt. Die Ergebnisse gestalten sich sehr umfangreich. Neben einer Gesamtauswertung wurden einzelne Themenkomplexe zusätzlich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Studienfach und finanzieller Ressourcen ausgewertet (Techniker Krankenkasse, 2015b).

Es lässt sich festhalten, dass 84% der Studierenden in Deutschland ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bewerten. Hinsichtlich dieser Einschätzung gibt es studienfach- und altersspezifische Unterschiede, während finanzielle Ressourcen nicht zu unterschiedlichen Einschätzungen führen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 5). Die über 28-jährigen Studierenden attestieren sich deutlich weniger einen sehr guten Gesundheitszustand, als die bis 23-jährigen und die 24-27-jährigen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 5). Im Hinblick auf die Fachgruppenzugehörigkeit lässt sich in diesem Kontext festhalten, dass sich die Studierenden der Fächer Medizin, Psychologie sowie der MINT-Fächer subjektiv am gesündesten einschätzen. 90% dieser Studierendengruppen geben an, einen sehr guten/guten Gesundheitszustand zu haben. Am schlechtesten schätzten sich die Geisteswissenschaftler ein. Nur 73% geben an über einen sehr guten/guten Gesundheitszustand zu verfügen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 4-5).

Die Studierenden berichten von zahlreichen gesundheitlichen Beschwerden in den letzten zwölf Monaten. Am häufigsten werden Kopfschmerzen, Erschöpfung durch Stress, Rückenschmerzen, Schlafprobleme, Allergien, Magenbeschwerden/Übelkeit und Konzentrationsstörungen genannt. Studentinnen sind dabei häufiger betroffen als ihre männlichen Mitstudierenden. Zudem lässt sich festhalten, dass „fast jeder fünfte Hochschüler (...) überhaupt keine körperlichen Beschwerden“ hat (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 7). Hinsichtlich des Alters lässt sich festhalten, dass ältere Studierende häufiger Beschwerden angeben als ihre jüngeren Kommilitonen. Bezogen auf die Studienfachrichtung zeigt sich, dass der Anteil der Studierenden der MINT-Fächer, die beschwerdefrei sind, mit 17% am größten ist, während der Anteil beschwerdefreier Geisteswissenschaftler unter zehn Prozent liegt (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 7).

Drei von vier Studierenden fühlen sich gestresst und 44% geben an Erschöpfung durch Stress zu verspüren (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 9). Hinsichtlich konkreter stressiger Situationen nennen die Studierenden vor allem Prüfungen, schweren/umfangreichen Lernstoff, eine Mehrfachbelastung durch Studium und Job, Angst vor schlechten Noten als auch die Sorge, keinen Job zu finden (Zukunftsangst) und finanzielle Sorgen. Die Studentinnen fühlen sich in allen angegebenen Situationen gestresster als Studenten. Zudem finden sich Bewertungsunterschiede auf Basis der verschiedenen Studienfächer als auch hinsichtlich der zu Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 10-11).

Hier zeigt sich, dass Geisteswissenschaftler ein besonders hohes persönliches Stresslevel empfinden. Prüfungsstress und Arbeitspensum scheinen eher ein Problem der Ingenieure, Juristen und Wirtschaftswissenschaftler sowie der Mediziner und Psychologen zu sein (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 11).

Hinsichtlich des Stressempfindens gibt jeder vierte Studierende an, dass der Druck schon einmal so belastend war, dass bisherige Entspannungsstrategien nicht zur Neutralisierung beitragen konnten (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 15).

Hinsichtlich des Medienkonsums wurde die Art der Nutzung des Internets, das Ablenkungspotential digitaler Medien sowie zu weiteren Aspekten der Mediennutzung erfragt. Aussagen zur Nutzungsdauer werden nicht präsentiert. Allerdings (...) zeigt sich, „dass die [Studierenden], die sich bemühen ihren digitalen Konsum zu begrenzen, ein hohes Interesse am Thema Gesundheit haben“ (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 20).

Bei den Studierenden, die ihre digitale Mediennutzung im grünen Bereich sehen, gaben 42 Prozent an, stressbedingt erschöpft zu sein, jeder Fünfte leidet unter Konzentrationsstörungen. Bei denen, die zugeben, bereits soziale Kontakte aufgrund ihres intensiven Onlinekonsums zu vernachlässigen, fühlt sich mehr als die Hälfte erschöpft und jeder Dritte hat Konzentrationsstörungen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 21).

Gut drei Viertel der befragten Studierenden ist regelmäßig sportlich aktiv, die anderen knapp 25% treiben keinen oder nur selten Sport. Die wöchentliche Dauer differiert zwischen 1-3, 3-5 und mehr als fünf Stunden (und Wettkämpfe). Die Autoren der Studie resümieren, dass lediglich die 25% der „Sportmuffel“ und „Antisportler“ unter gesundheitsbezogener Perspektive in den Fokus der Betrachtung rücken müssen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 24). Hinsichtlich potenzieller Gründe für die Inaktivität fällt vor allem das Argument „ich kann mich nicht aufraffen“ (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 25) ins Auge. 77% geben an, dass sie Probleme haben, sich zum Sport zu motivieren. Zudem unterstützen die Ergebnisse die protektive Wirkung von Sport auf Stress und körperliche Beschwerden.

Zum Thema Ernährung wurden die Studierenden u.a. zum Wert des Essens befragt. Die Hälfte der Studierenden legen den Fokus auf Genuss – „hauptsache lecker“ (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 28). Jedem dritten ist gesundes Essen wichtig; wenige bevorzugen günstiges (4 %), schnelles (7 %) oder kalorienarme (2%) Ernährung. Geschlechtsspezifisch betrachtet fokussieren sich Studentinnen häufiger auf gesunde, Studenten eher auf leckeres Essen (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 28). Das Konsumverhalten hinsichtlich verschiedener Lebensmittel wurde nicht thematisiert.

Der TK-CampusKompass zeigt auch Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gesundheitsverhaltensweisen auf. So kann die Studie nachweisen, dass Studierende, die sich ungesund ernähren, Stress eher auf ungesunde Weise kompensieren: „jeder fünfte Fast Food Liebhaber greift zu Alkohol oder spielt Computer, um Stress abzubauen“ (Techniker Krankenkasse, 2015b, S. 32).

Der SPIN Daten Monitor *Sport. Bewegung. Lebensstil* (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018) stützt sich auf die 10. Erhebung der bundesweiten Studienreihe „Fachkraft 2020“. Die Daten wurden

mittels Online-Fragebogen im März 2017 erhoben. Sie umfassen Befragungen von über 11.000 Studierenden aller Fachrichtungen. Inhalt der Studie sind fünf gesundheitsrelevante Themenkomplexe, von denen die ersten vier für die vorliegende Arbeit relevant sind.

Im Themenfeld 1 erfolgt eine Typisierung von studentischen Lebensstilen über die Abfrage des Hauptinteressenbereichs der Studierenden in ihrer Freizeit. Zu den zwei am häufigsten genannten Merkmalen zählen „Sport und Bewegung“ sowie „Ernährung/Kochen“. Als weitere Schwerpunkte der Freizeitgestaltung standen alternativ Lesen/Weiterbildung, Ausgehen/Feiern, Internet/Games oder Shoppen/Lifestyle zur Auswahl (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 3-4).

Das Themenfeld 2 erfragt die tatsächliche sportliche und allgemeine Aktivität im Alltag der Studierenden. Es zeigt sich, dass die Befragten sich auf Basis ihrer Aktivität in drei Gruppen aufteilen lassen: die Inaktiven (32%) treiben nie oder so gut wie nie Sport, die wenig Aktiven (27%) sind weniger als drei Mal wöchentlich oder weniger als durchschnittlich 30 Minuten täglich aktiv und die Sportaktiven (41%) betätigen sich mindestens drei Mal pro Woche und durchschnittlich 30 Minuten pro Tag sportlich (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 5-17).

Themenfeld 3 untersucht das Sitzverhalten im Studium. Die Ergebnisse zeigen, dass der studentische Alltag vor allem an den Wochentagen in der Vorlesungszeit durch lange Sitzphasen geprägt ist. So verbringen 51% der Studierenden in dieser Zeit mehr als acht Stunden sitzend, 9% sogar über 12 Stunden (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 19-23).

Im vierten Themenfeld der Studie wird das Ernährungsverhalten der Studierenden erhoben. Es zeigt sich, dass der größte Teil der Studierenden (83%) mehrmals pro Woche oder täglich selbst kochen. Am häufigsten greifen sie dabei auf Gemüse/Salat, Obst, Getreideprodukte/Kartoffeln, Milch und Milchprodukte zurück. Die Autoren stellen an dieser Stelle eine Verknüpfung zwischen dem studentischen Ernährungsverhalten und dem Lebensstil fest (S. 24-25): „Personen mit hohem Grundinteresse an ‚Ernährung/Kochen‘ (94%) sowie ‚Sport/Bewegung‘ (84%) kochen am häufigsten selbst. Die höchste Affinität zu Fertiggerichten lassen Studierende erkennen, die ‚Internet und Games‘ in ihrer Freizeit den höchsten Stellenwert einräumen (33%). Süßwaren werden von Studierenden mit Fokus auf ‚Sport/Bewegung‘ im Vergleich am seltensten (54%) und von Studierenden mit Hang zu ‚Shoppen/Lifestyle‘ am häufigsten verzehrt (68%) (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 25).

Hinsichtlich der Geschlechtsspezifität ist zu erkennen, dass Studentinnen deutlich häufiger komplett inaktiv sind als ihre männlichen Kommilitonen (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 6-7). Sport/Bewegung und Ernährung/Kochen werden in Summe ungefähr zu 50% von beiden Geschlechtern als Hauptfreizeitaktivitäten genannt. Allerdings ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Priorisierung: Während Frauen beide Freizeitaktivitäten als ungefähr gleich wichtig benennen, steht Sport/Bewegung bei den Männern deutlich an oberster Stelle. Mit Blick auf die Ernährung bevorzugen Studentinnen häufiger Gemüse/Salat und Obst sowie

Süßigkeiten, während Studenten eher Fleisch/Wurst und Fisch/Meeresfrüchte präferieren (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 4, 24-25).

Bezogen auf die Fächergruppen lässt sich festhalten, dass der Anteil der inaktiven Studierenden in den Fächergruppen Kunst/Musik und Informatik deutlich über dem Durchschnitt aller Studierenden liegt, während er bei den Studierenden der Psychologie sowie Medizin/Gesundheitswissenschaften darunter liegt (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 6). Zudem wird die Rangliste der Studierenden, die viele Stunden am Stück sitzen, von den Informatikstudierenden angeführt. Das Schlusslicht bilden in diesem Zusammenhang die Sportwissenschaftler (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 21).

Zusammenfassend lässt sich für die Aufarbeitung des Forschungsstandes für den Zeitraum 2011 bis zur Veröffentlichung dieser Arbeit festhalten, dass mit der Veröffentlichung der hier vorgestellten fünf Studien erstmalig national repräsentative Ergebnisse zur Studierendengesundheit vorliegen. Damit ist die bis dahin gestellte Forderung nach einer flächendeckenden Gesundheitsberichterstattung für Studierende (vgl. beispielsweise Gusy, 2010) initiiert. Inhaltlich lassen sich folgende Ergebnisse resümieren:

Deutschlands Studierende sind mehrheitlich gestresst, bezeichnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand aber fast immer als (sehr) gut

- Allgemeiner Gesundheitszustand: In den unterschiedlichen Befragungen schätzen die meisten Studierenden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als (sehr) gut ein (jeweils um die 80% der Befragten). Mit Blick auf die TK Studie zur Gesundheit von Studierenden 2017 ist allerdings festzuhalten, dass diese Einschätzung unter der einer altersgleichen Vergleichsstichprobe liegen (Grützmacher et al., 2018).
- Stress, Stressoren, Stressbewältigung: Die psychische Gesundheit – und damit vornehmlich das Stresserleben der Studierenden – gibt Anlass zur Sorge: viele Studierende sind auf hohem Niveau gestresst (jeder vierte auf hohem Niveau in der TK-Studie von 2017, gut jeder zweite Studierende in der Stressstudie und jeder dritte von vier im TKCampusKompass (2015b)). Die Ursprünge liegen in vielfältigen Stressoren, die verschiedenen Ebenen zugeordnet werden können: hochschulbezogene Faktoren werden als am stressreichsten empfunden.

Als spontane Reaktionen auf die Stresssituationen geben die Studierenden verschiedene Aspekte an: von Unzufriedenheit über Unruhe bis zu Ablenkungsreaktionen. Männliche Studierende fallen in diesem Zusammenhang bezogen auf das Ausüben riskanter Verhaltensweisen auf. Hinsichtlich der eingesetzten Bewältigungsstrategien werden individuelle Verhaltensweisen (Priorisierung und Selbststrukturierung) als auch auf sozialer Ebene das Suchen sozialer Unterstützung und sozialen Rückhalts genannt (AOK-Bundesverband, 2016).

Die psychisch angespannte Situation bestätigt sich zudem über die Ergebnisse der Routinedaten-Auswertung, in der Studierende zwar durch weniger Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, geringere Abrechnungen von Behandlungsfällen, geringere Anzahl gestellter Diagnosen, eine geringere Anzahl an Arzneimittelverordnungen (sowie Anzahl der Präparate und Tagesdosen) im Vergleich zu einer Vergleichsstichprobe gekennzeichnet sind, sie aber häufiger Expertenhilfe im Bereich der Psychotherapeuten und Fachärzte für Nervenheilkunde suchen und häufiger affektive Störungen, depressive Episoden und andere Angststörungen diagnostiziert wurden als bei den jungen Erwerbspersonen der Vergleichsstichprobe. Zudem ist in den vergangenen Jahren ein sehr hoher Anstieg der Verschreibung von Antidepressiva zu verzeichnen, der vor allem unter den älteren Studierenden Relevanz besitzt (Techniker Krankenkasse, 2015a).

Unterschiedliche körperliche und auch psychische Beschwerden begleiten den Alltag vieler Studierender

- **Beschwerden:** Die Studierenden geben an, an zahlreichen körperlichen Beschwerden – als Zeichen pathophysiologischer Prozesse – zu leiden. Dazu zählen beispielsweise Glieder-, Schulter-, Rücken- und Nackenschmerzen sowie Beeinträchtigungen der Allgemeinbefindlichkeit (Grützmaker et al., 2018). Auch Erschöpfung durch Stress, Schlafprobleme, Magenbeschwerden/Übelkeit und Konzentrationsschwierigkeiten werden genannt (Techniker Krankenkasse, 2015b). Mit Blick auf potenzielle psychische Erkrankungen zeigen die Studien, dass im Kontext von Burnout im Studium jeder vierte an Erschöpfung leidet und jeder fünfte einen Bedeutungsverlust der Situation wahrnimmt. Dazu zählen auch Hinweise auf das depressive Syndrom sowie die generalisierte Angststörung, die im Antwortverhalten von einigen Studierenden zu finden sind (Grützmaker et al., 2018). Auch zeigen die Studien, dass viele Studierende angeben, dass die bisherigen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen (Techniker Krankenkasse, 2015b).
- **Individuelle und soziale Ressourcen:** Hinsichtlich vorhandener Ressourcen zeigen die Studien unterschiedliche Ergebnisse: Es wird von einer hohen allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung mit interindividuellen Unterschieden berichtet (Grützmaker et al., 2018), während Ergebnisse zur Resilienz ein durchwachsendes Ergebnis zeigen: einem Drittel kann eine hohe Resilienz zugeordnet werden, während 44% eine niedrige Resilienz haben (AOK-Bundesverband, 2016). Die soziale Unterstützung durch Lehrende und Kommilitonen wird durchschnittlich bewertet und auch strukturelle Ressourcen bieten noch Verbesserungspotenzial in der Wahrnehmung der Studierenden (Grützmaker et al., 2018).

Im Sinne der Gesundheitsförderung steckt einiges Potenzial in den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Studierenden; Alkoholkonsum scheint ein großes Problem zu sein

- **Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:** hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wurden in den betrachteten Studien u. a. Bewegung und Sport, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum erforscht. Zum Thema Bewegung und Sport kann festgehalten werden, dass die Studierenden unterschiedlich aktiv

sind. Mit Blick auf die Ernährung wurde die Einstellung zum Wert des Essens abgefragt: Genuss führt die Rangliste vor gesundem Essen an.

Gut jeder fünfte ist Raucher. Bezogen auf das riskante Verhalten des Alkoholkonsums zeigt die TK-Studie zur Gesundheit der Studierenden, dass 40,6% der Studierenden ein problematisches Verhalten aufweisen; dies ist dreimal so hoch, wie das Ergebnis in der Vergleichsgruppe (Grützmaker et al., 2018).

Unterschiede auf Basis des Geschlechts, der Fächergruppenzugehörigkeit und des Studienverlaufs (Alters)

Mit Blick auf alle drei Differenzierungskriterien lässt sich festhalten, dass die Studien Unterschiede für die jeweiligen Gruppen aufdecken. Diese gestalten sich multiple und sind abhängig von den jeweils erfragten Themenkomplexen. Gleichwohl verdeutlichen sie, dass es innerhalb der Studierendenschaft Gruppen gibt, die sich schlechter bzw. besser im Hinblick auf die Themen Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen einschätzen.

Abschließend wird der Forschungsstand zur Studierendengesundheit resümiert. Mit Blick auf die Studierendengesundheit der letzten zwanzig Jahre lässt sich zusammenfassend Folgendes festhalten:

- (1) Die psychische Gesundheit ist schon seit je her der Problembereich der Studierenden.
- (2) Studierende berichten von zahlreichen körperlichen und psychischen Beschwerden, die – verstanden als pathophysiologischen Vorgänge – als Krankheitsvorläufer angesehen werden können. Zum Teil liegen bereits psychische Erkrankungen vor. Die Arzneimittelverordnung zeigt einen hohen Konsum hinsichtlich Antidepressiva.
- (3) Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen in vielen Bereichen, dass Studierende Situationen disparat empfinden und weibliche Studierende sich und Situationen im Sinne der Gesundheit häufig schlechter einschätzen. Dies deutet daraufhin, dass es geschlechtsspezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung geben sollte.
- (4) Gleiches gilt auch für Fächergruppenunterschiede: So finden sich innerhalb der Studierendenschaft einzelne Subgruppen von Studenten, die sich mit Bezug auf die Themen Gesundheit, Stress und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen unterschiedlich einschätzen. Dies deutet auf die Notwendigkeit der differenzierten Betrachtung einzelner Gruppen von Studierenden hin.
- (5) Mit der Vorstellung der Gesundheitstypen (Allgöwer, 2000) bzw. der studentischen Lebensstiltypen (Brandl-Bredenbeck et al., 2013) liegen zwei Systematiken vor die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und z. T. auch Einstellungen zu bündeln, um innerhalb der Studierendenschaft spezifische Typen zu bilden. Allgöwer (2000) fokussierte sich dabei auf Studienanfänger, Brandl-Bredenbeck et al. (2013) erweiterten die Zielgruppe auf Studierende unterschiedlicher Semester. Trotz unterschiedlicher Variablenauswahl als Basis der Typenbildung finden sich Parallelen in den die Cluster vornehmlich konstruierenden Merkmalen.

So findet sich in beiden Studien jeweils ein Cluster, welches auf Basis des Bewegungs- und Sportverhaltens in „Die Sportler“ (Allgöwer, 2000) bzw. „die sportlich Aktiven“ (Brandl-Bredenbeck et al., 2013) gebildet wird.

Nachdem der Forschungsstand dargestellt wurde, erfolgt die Bilanzierung des gesamten Kapitels mit Blick auf den Erkenntnisfortschritt für die vorliegende Dissertation.

3.5 Bilanzierung: Gesundheit, Stress und Lebensstile von Studierenden im Setting Hochschule

Die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Stress und Lebensstilen von Studierenden im Setting Hochschule hat gezeigt, welche strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule zu Grunde liegen. Zudem hat die zweischrittige Aufarbeitung des Forschungsstands zur Studierenden-gesundheit deutlich gemacht, dass vor allem die psychische Situation der Studierenden seit mehreren Jahrzehnten Anlass zur Sorge gibt. Die für diese Arbeit resultierenden Konsequenzen aus der vorangegangenen Auseinandersetzung mit dem Setting Hochschule aus Studierendensicht werden an dieser Stelle abschließend zusammengetragen:

Rahmenbedingungen der settingspezifischen Gesundheitsförderung

Mit der Anerkennung der Hochschule als Setting durch die WHO sowie der Gründung des national agierenden AGH wurden die strukturellen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung in der Hochschule geschaffen. Die zehn Gütekriterien gesundheitsfördernder Hochschulen bilden den handlungsleitenden Rahmen für alle Bemühungen im Sinne einer Gesundheitsförderung und Prävention. Besonders die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung wird über das sechste Gütekriterium als Basis für die Planung, Durchführung und Evaluation von zielgruppenorientierten Maßnahmen angesehen. Zudem wird das Zusammenspiel der Verhaltens- auch Verhältnisprävention für alle Statusgruppen betont.

Auch die erst kürzlich ausgerufene Okanagan Charta, die Gründungen des KGHs sowie lokaler Arbeitskreise (wie dem NGH-NRW) zeigen die hohe Relevanz der Thematik Gesundheitsförderung im Allgemeinen. Diese spezifiziert sich für die Zielgruppe der Studierenden über die jüngst veröffentlichten Handlungsempfehlungen zum studentischen Gesundheitsmanagement (Techniker Krankenkasse, 2019), die die Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung verdeutlichen.

Studiumsspezifische Entwicklungsaufgaben als mögliche Stressoren

Mit Blick auf die im Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) vorgestellten Entwicklungsaufgaben als Basis für den produktiven Verarbeitungsprozess wurden studierendenspezifische Entwicklungsaufgaben hergeleitet. Neben den phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben des emerging adulthood ergeben sich für Studierende

weitere Anforderungen, die sich auf die Aufnahme des Studiums, den Studienverlauf sowie das Studieneende mit dem Übergang in den Beruf beziehen. Sie symbolisieren in Rückbezug auf die Aufarbeitung der Stressthematik potentielle Stressoren, die zur Stressgenese beitragen und die Gesundheit der Studierenden negativ beeinflussen können.

Transitorischer Lebensstil der Studierenden zwischen Chance und Risiko für die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Vor dem Hintergrund der Lebenslaufperspektive, die Hurrelmanns Modell zugrunde liegt, wurde neben den Entwicklungsaufgaben auch die Entwicklung des Lebensstils im Lebenslauf betrachtet. Es lässt sich festhalten, dass sich Studierende (noch) im Übergang zwischen einem transitorischen und manifesten Lebensstil befinden. Dies bietet mit Blick auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen die Chance, diese ggf. in Richtung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu beeinflussen. Zudem kann die Veränderbarkeit transitorischer Lebensstile aber auch Risikopotenzial für die Entwicklung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens und die Manifestation dieser im weiteren Leben beinhalten.

Studierende zwischen Stress, physischen und psychischen Beschwerden und individuell ausgeprägten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Die Aufarbeitung des Forschungsstands hat offengelegt, wie es um die Gesundheit, das Stressempfinden, Ressourcen und ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden bestellt ist. Unabhängig von der Ausrichtung der Studien (national oder standortspezifisch) stellt die psychische Gesundheit der Studierenden den Problembereich dar. Es finden sich zahlreiche Beschwerden und Beeinträchtigungen, die die Studierenden in ihrer Gesundheit beeinflussen. Sowohl im Hinblick auf die Ressourcen als auch in Bezug auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lässt sich festhalten, dass die Ausprägungen innerhalb der Studierendenschaft zumeist unterschiedlich sind und an vielen Stellen Potenzial zur Verbesserung im Sinne der Gesundheitsförderung zu finden ist. Zudem gibt es auf Basis verschiedener Merkmale (beispielsweise Geschlecht und Fächergruppenspezifik) Unterschiede in der Bewertung gesundheitsrelevanter Themen. Schließlich lässt sich festhalten, dass viele der recherchierten Studien vornehmlich auf deskriptiver Ebene einzelner Verhaltensweisen verbleiben. Komplexe Ansätze, verstanden als Analyse von Mustern gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, liegen mit Ausnahme der Gesundheitstypen von Allgöwer (2000) und Brandl-Bredenbeck et al. (2013) noch nicht vor.

GriPs-Projekt zur Initiierung des studentischen Gesundheitsmanagements an der Universität Paderborn

Bezogen auf den Standort Paderborn gab es bis ins Jahr 2010 kein systematisches, studentisches Gesundheitsmanagement. Dies wurde durch die Initiierung des GriPs-Projekts eingeführt. Die umfassenden Daten der quantitativen und qualitativen Teilstudien wurden im Rahmen der Primäranalyse vor allem unter deskriptiver Perspektive ausgewertet, um den Ist-Zustand der Studierendengesundheit erstmalig abzubilden und für die Initiierung von praxisorientierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu nutzen. Die Ergebnisse reihen sich insgesamt betrachtet in den bereits bestehenden Forschungsstand ein.

Hinsichtlich der extrahierten Cluster wurden drei gesundheitsrelevante Verhaltensweisen ausgewählt, auf deren Basis sich eine vier Cluster-Lösung zur Typisierung der Paderborner Studierenden ergab. Die einzelnen Cluster sind: „Die sportlich Aktiven“, „die Abstinente“, „die Couch-Potatoes“ sowie „die Ernährungsfreaks“. Die einzelnen Cluster unterschieden sich hinsichtlich ihrer Einschätzung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands, nicht aber hinsichtlich des globalen Stressempfindens im Studium (Brandl-Bredenbeck et al., 2013).

4 Forschungsleitende Fragestellungen

Nachdem die fachwissenschaftlichen Grundlagen zu Gesundheit, Stress und Lebensstil einzeln sowie in ihren Zusammenhängen untereinander aufgearbeitet und die zielgruppenspezifisch relevanten Inhalte von Studierenden im Setting Hochschule dargestellt wurden, sind die handlungsleitenden Fragestellungen dieser Arbeit zu formulieren. Sie werden in drei Themenkomplexe differenziert: Zunächst liegt der Schwerpunkt vornehmlich auf der Deskription der Studierendengesundheit, bevor im zweiten und dritten Teil tiefergehende Analysen zur Bedeutung gesundheitsrelevanter Lebensstile der Studierenden – operationalisiert über ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen – durchgeführt werden. Konkret ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen:

Themenkomplex 1: Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden

- a) Wie lassen sich der Gesundheitszustand, das Stressempfinden, personale und soziale Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden an der Universität Paderborn beschreiben?
- b) Welche Unterschiede gibt es in ihrer Einschätzung auf Basis der lebensstilbeeinflussenden Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft sowie den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen?

Themenkomplex 2: Studentische Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit, Stress und Ressourcen

- a) Welche Lebensstiltypen lassen sich auf Basis ausgewählter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (Sport- und Alltagsaktivität, Ernährungsverhalten, Medien-, Alkohol- und Nikotinkonsum) bei den Paderborner Studierenden identifizieren und wie lassen sich diese hinsichtlich der lebensstilbeeinflussenden Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft sowie den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen beschreiben?
- b) Welche Unterschiede gibt es zwischen den Lebensstiltypen bezogen auf die Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens und der ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen?

Themenkomplex 3: Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress im Hinblick auf Gesundheit

Welche Zusammenhangsmuster von personalen und sozialen Ressourcen und dem Stressempfinden ergeben sich für die Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes innerhalb der einzelnen studentischen Lebensstile?

Bevor die Ergebnisse der Datenauswertung präsentiert werden, erfolgt die Beschreibung und Begründung der eingesetzten Erhebungsinstrumente sowie der Analyseverfahren zur Auswertung des vorliegenden Datenmaterials.

5 Die empirische Untersuchung: Design und Methodik

Das vorliegende fünfte Kapitel beinhaltet die Beschreibung der empirischen Untersuchung zur Beantwortung der in Kapitel 4 angeführten Forschungsfragen. Alle nachstehenden Inhalte beziehen sich auf die Analyse einer Online-Befragung von Paderborner Studierenden. In einem ersten Schritt dieses Kapitels werden grundsätzliche Informationen zum Datensatz sowie zu seiner Erhebung angeführt. Anschließend werden die konkreten Inhalte und Themenkomplexe des Untersuchungsinstruments präsentiert und die Paderborner Stichprobe beschrieben, bevor die statistischen Testverfahren der Datenauswertung vorgestellt werden. Auf dieser Grundlage erfolgt im anschließenden sechsten Kapitel die Präsentation der Forschungsergebnisse dieser Arbeit.

An dieser Stelle soll bereits erwähnt werden, dass die vorliegende Untersuchung einen vornehmlich explorativen Charakter besitzt; das heißt, sie arbeitet mit Blick auf die Typisierung und Analyse gesundheitsrelevanter Lebensstile in der Studierendenschaft schwerpunktmäßig hypothesengenerierend.

5.1 Allgemeine Informationen zum Datensatz, zur Datenerhebung und Stichprobenrekrutierung

Die vorliegende Arbeit greift, wie bereits in Kapitel 3.4 beschrieben, auf einen bereits existierenden Datensatz zurück, der im Pilotprojekt „Studium heute – gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse“ (GriPs-Projekt) unter der Leitung von Prof. Dr. H. P. Brandl-Bredenbeck (damals Universität Paderborn) generiert wurde (Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Das Projekt wurde von der Techniker Krankenkasse gefördert. Zusätzliche Kooperationspartner waren der Arbeitskreis Gesunde Hochschule und der Hochschulsport Paderborn.

Im Rahmen dieser umfassend angelegten Studie erfolgte im quantitativen Teilprojekt eine zielgruppen- und settingorientierte Konstruktion eines Fragebogens zur Analyse studentischer Lebensstile. Mit Hilfe der Software EFS Survey (Globalpark) wurde als Teil einer Ist-Analyse zur studentischen Gesundheit ein Online-Erhebungsinstrument zur schriftlichen Befragung der Paderborner Studierenden entwickelt, wobei verschiedene inhaltliche sowie methodische Implikationen bei der Konzeption des Untersuchungsdesigns berücksichtigt wurden. Grundlegend für die Entscheidung zu einer Online-Variante des Fragebogens waren zwei Hauptargumente: Zum einen die enge Orientierung an der medialen Lebenswelt der jungen Akademiker sowie zum anderen die unter forschungsökonomischen Gesichtspunkten vorteilhaft zu bewertende sofortige Nutzbarkeit der elektronisch gewonnenen Daten (Brandl-Bredenbeck et al., 2013).

Zudem hatte die GriPs-Projektgruppe im Zuge der Untersuchungsplanung die herausfordernde Aufgabe die inhaltliche Komplexität der Lebensstilthematik unter einem zeitökonomischen Blickwinkel in einen vertretbaren Rahmen hinsichtlich der Ausfülldauer des Fragebogens zu überführen und dabei dennoch eine ausreichend

große Anzahl gesundheitsrelevanter Facetten abzubilden. Schließlich sollten unter forschungsmethodischer Perspektive möglichst validierte wissenschaftliche Instrumente zur Studierendenbefragung zum Einsatz kommen.

Im Rahmen der Durchführung eines Pretests wurde das ausgewählte Fragen- bzw. Skaleninventar hinsichtlich der zwei Kriterien „Verständlichkeit auf Seiten der Ausfüllenden“ und „Zeitaufwand“ getestet und zusätzlich inhaltlich von einer Expertengruppe bewertet. Anschließend erfolgte eine Modifikation einzelner Themenkomplexe, bevor die endgültige Version des Fragebogens in der Hauptuntersuchung des Projekts eingesetzt wurde. Diese begann mit der Freischaltung des Befragungslinks am 12. April 2010. Über einen Zeitraum von gut drei Monaten (Befragungsende: 22. Juli 2010) konnte der Fragebogen ganztägig von den Paderborner Studierenden aufgerufen und beantwortet werden (Brandl-Bredenbeck et al., 2013).

Um eine möglichst große Anzahl an Studienteilnehmern aus der Gesamtpopulation von $N = 13.767$ Paderborner Studierenden (Stand: 18.05.2010) gewinnen zu können, erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe über multiple Kanäle: Informations- und Ausfüllstände auf verschiedenen universitätsinternen Veranstaltungen, Werbeplakate sowie Flyer-Aktionen auf dem Campus, Verknüpfungen zum Befragungslink auf den Internetseiten der Universität, interne Veröffentlichungen in der Paderborner Universitätszeitschrift (PUZ), Hörsaal-Werbeauftritte, Kooperationen mit Lehrenden, Fachschaften sowie universitätsinternen Organisationen und Institutionen. Zudem konnte durch die Unterstützung des Projektförderers sowie durch zahlreiche weitere Kooperationspartner ein Gewinnspiel mit attraktiven Preisen initiiert werden, welche die Paderborner Studierenden zur Befragungsteilnahme motivieren sollten. Ziel aller Bemühungen war es, eine möglichst große Stichprobe zu akquirieren, um repräsentative Ergebnisse für den Standort zu erhalten (Brandl-Bredenbeck et al., 2013).

Für die vorliegende sekundäranalytische Auswertung der Daten erfolgte auf Basis der Theorie zum emerging adulthood sowie den daraus resultierenden phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 3.2) eine Selektion der Original-Stichprobe (ursprüngliches Altersrange: 18-51 Jahre). In die vorliegende Auswertung werden all diejenigen Studierenden eingeschlossen, die zwischen 18 und 29 Jahren alt sind. Bevor in einem nächsten Schritt das Ergebnis dieser Rekrutierung – die genaue Stichprobenszusammensetzung – dargestellt wird, erfolgt zunächst die detaillierte Beschreibung des Erhebungsinstruments.

5.2 Das Erhebungsinstrumentarium

Aus dem umfassenden Fragebogen des GriPs-Projekts (siehe Anhang C) wurden in Anlehnung an den theoretischen Rahmen (vgl. Kapitel 2 und 3) sowie bezogen auf die handlungsleitenden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 4) Inhalte zu den folgenden drei Kategorien ausgewählt: (1) personenbezogene Da-

ten, (2) Aussagen zum Gesundheitszustand, Stressempfinden und zu Ressourcen sowie (3) gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Teil des studentischen Lebensstils. Im Folgenden werden die einzelnen Themenkomplexe vorgestellt.

5.2.1 Die personenbezogenen Daten

Tab. 14 zeigt die relevanten personenbezogenen Daten, die vor dem Hintergrund lebensstiltheoretischer Überlegungen (vgl. Kapitel 0) im Kontext der Stress-Gesundheits-Beziehung eine Bedeutung besitzen können (vgl. Kapitel 2.3). Ziel der Erfassung dieser Merkmale soll es für die vorliegende Arbeit sein, mögliche Unterschiede bezogen auf die Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens, der Ressourcen sowie der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu erforschen und mögliche Unterschiede in den Clusterzugehörigkeiten aufzudecken.

Tab. 14. *Personenbezogene Inhalte der Merkmalsstichprobe*

Personenbezogene Inhalte	Inhalte	Originalerhebungsinstrument und Quelle
Daten zur Person	Alter, Geschlecht	Fragebogen des Gesundheitssurveys für Studierende in NRW (Meier et al., 2006, 10. Mai); Fragebogen der 19. Sozialerhebung (HIS-Hochschul-Informationssystem GmbH, 2009); zum Teil Modifikation einzelner Items
Soziodemografische Daten	finanzielle Situation, Bildungsabschluss Eltern	

Konkret ausgewählt wurden:

- Das *Alter* der Studierenden, welches über ein offen formuliertes Item erfragt wurde sowie
- das *Geschlecht* der Studierenden, welches über eine geschlossene, dichotome Fragestellung (weiblich vs. männlich) erfasst wurde.

Zusätzlich zu diesen „klassischen“ zwei personenbezogenen Daten wurden folgende zwei Merkmale als weitere unabhängige Variablen im Kontext der Lebensstildiskussion erfasst: Die *finanzielle Situation* der Studierenden als Indikator für den sozioökonomischen Status sowie der *höchste Bildungsabschluss der Eltern* als Indikator für die Bildungsherkunft der Studierenden.

Der sozioökonomische Status wird üblicherweise über verschiedene Parameter – wie beispielsweise den Schul- bzw. Bildungsabschluss, das Einkommen und den Beruf – ermittelt (vgl. beispielsweise Lampert et al., 2013).

Die Studierenden zeichnen sich allerdings dadurch aus, dass sie formal alle die gleichen Bildungsvoraussetzungen für den Besuch der Hochschule besitzen. Über den Erhalt der Hochschulzulassung an der Universität kann das Merkmal Schulbildung nicht als differenzierendes Merkmal der Stichprobe herangezogen werden. Gleiches gilt für den Beruf: Dieser ist bei den Studierenden zum Zeitpunkt des Studiums formal betrachtet bei allen gleich – die jungen Akademiker befinden sich im tertiären Bildungssektor im Status des Studierenden, so dass sich keine Unterschiede im aktuellen (Primär-) Beruf finden lassen – obschon es in der Stichprobe Studierende gibt, die neben ihrer formalen Hauptbeschäftigung, dem Studium, zusätzlich beruflich tätig sind. Diese Tatsache wird für die vorliegende Arbeit insofern außer Acht gelassen, als dass als erster Beruf für alle das Studium angesehen wird.

Damit bleibt ein weiteres klassisches Merkmal zur Erfassung einer Facette des sozioökonomischen Status übrig: das Einkommen. Da nicht jeder Studierende – wie bereits in der vorherigen Argumentation angedeutet – neben dem Studium einem „weiteren“ Job nachgeht und somit nicht jeder ein klassisches Einkommen hat, wird im vorliegenden Fall auf die Antworten zur Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen zurückgegriffen. Vernachlässigt wird damit zwar die Quelle des Geldes⁵⁰, diese besitzt für die Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit allerdings keine Relevanz (vgl. Kapitel 4). Zielgruppenspezifisch erfasst wurden die

- *zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen.* Die Studierenden sollten beantworten, wie viel Geld ihnen monatlich nach Abzug ihrer Wohnkosten (Warmmiete) zur Verfügung steht, um ihren Alltag zu bestreiten. Als Merkmalsausprägungen konnten folgende Abstufungen ausgewählt werden: (1) bis 200 Euro, (2) etwa 200-300 Euro, (3) etwa 300-400 Euro, (4) etwa 400-500 Euro, (5) über 500 Euro. Auf Basis dieser Abfrage wird für die vorliegende Arbeit eine Gruppenvariable gebildet, die die Stichprobe hinsichtlich ihrer zur Verfügung stehenden Ressourcen in drei Subgruppen differenziert. Diese ergeben sich durch folgende Unterteilung: (1) geringe finanzielle Ressourcen: bis 200€; (2) mittlere finanzielle Ressourcen: 200-400€ und (3) hohe finanzielle Ressourcen: 400 bis über 500€.
- Zudem wurde der *höchste Bildungsabschluss der Eltern* als Indikator für die Bildungsherkunft der Studierenden erfasst. Begründet ist dies über die bereits beschriebene fehlende Differenzierungsmöglichkeit der Schulbildung der Studierenden. Der Bildungsabschluss der Eltern wird beispielsweise in der Kindheits- und Jugendforschung herangezogen, um Aussagen über die Bildungsherkunft treffen zu können. Im Fragebogen wurde er über ein geschlossenes Item (jeweils gesondert für Mutter und Vater) erhoben. Konkret wurde der höchste Bildungsabschluss der Eltern in folgenden Kategorien erfragt: (1) keinen Schulabschluss, (2) Hauptschulabschluss, (3) Realschulabschluss, (4) Fachhochschulreife, (5) Abitur, (6) Hochschulabschluss und (-99) Ich weiß es nicht (Merkmalsausprägungen: (0) nicht genannt, (1) genannt). Auf dieser Basis wird für die vorliegende Arbeit eine neue Variable für den höchsten Bildungsabschluss im elterlichen Haushalt genutzt.

50 Diese wurde nicht erfasst.

Begründet ist diese Reduzierung auf nur einen Abschluss der Eltern durch die Anlage des Fragebogens. In der Fragebogenkonstruktion erfolgte zum einen eine Mischung von schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen, so dass gängige zielgruppenspezifische Verfahren zur Ermittlung der Bildungsherkunft nicht übernommen werden konnten (wie zum Beispiel im Fragebogen der 21. Sozialerhebung⁵¹ (Middendorff et al., 2017)). Zum anderen ist die vorliegende Stichprobe dadurch gekennzeichnet, dass eine beträchtliche Zahl der Studierenden angibt, den Bildungsabschluss mindestens eines Elternteils nicht zu kennen. Dadurch ist der Rückgriff auf die Abschlüsse beider Eltern in vielen Fällen nicht möglich⁵².

Auf der Grundlage des höchsten Bildungsabschlusses eines Elternteils wurde in einem weiteren Schritt für die weitere Verwendung ebenfalls eine Gruppenvariable für die Bildungsherkunft der Studierenden gebildet, die sich wie folgt ergibt: (1) kein oder Hauptschulabschluss, (2) Realschulabschluss; (3) Fachhochschulreife oder Abitur und (4) Hochschulabschluss.

Nachdem die personenbezogenen Daten sowie die verwendeten Indices und Gruppenvariablen erläutert wurden, erfolgt im nächsten Abschnitt die Beschreibung der Instrumentarien zur Erfassung der Stress-Gesundheits-Beziehung.

5.2.2 *Die Instrumente zur Erfassung der Stress-Gesundheits-Beziehung*

Hinsichtlich der Stress-Gesundheits-Beziehung wurden die in Tab. 15 angeführten Themenkomplexe ausgewählt. Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde der Fragebogen zum Gesundheitszustand von Bullinger und Kirchberger (1998) eingesetzt. Das Stressempfinden im Studium wurde über eine eigens für den Kontext Hochschule konstruierte Frage ermittelt und für die Erfassung personaler sowie sozialer Ressourcen wurden die studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung in Anlehnung an Schwarzer und Jerusalem (2001) sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung nach Fydrich, Sommer und Brähler (2007) verwendet.

⁵¹ Hier wurde eine vierstufige Typisierung auf Basis des höchsten beruflichen Abschlusses beider Elternteile gebildet. Diese Typisierung konnte jedoch aufgrund fehlender Übereinstimmung der Items für die vorliegende Arbeit nicht übernommen werden.

⁵² Auch von der Variante des Einbezugs des ausschließlich väterlichen Bildungsabschlusses wurde aus Gendergründen abgesehen. Mit der hier gewählten Alternative – den jeweils höchsten Bildungsabschluss der Elternteile einzubeziehen – scheint auf Basis des vorliegenden Datenmaterials eine Alternative gefunden worden zu sein, um eine Aussage über die Bildungsherkunft der Studierenden zu bekommen.

Tab. 15. Gesundheits- und stressrelevante Themenkomplexe der Merkmalsstichprobe

Themenkomplex: Gesundheit und Stress	Inhalte	Originalerhebungsinstrument und Quelle
Gesundheitszustand	Subjektiver (aktueller) Gesundheitszustand, physischer und psychischer Gesundheitszustand	Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12, Bullinger & Kirchberger, 1998)
Stressempfinden	subjektives Belastungsempfinden im Studienalltag (globales Stressempfinden im Studium)	eigene Fragenkonstruktion
personale Ressource	Selbstwirksamkeit	allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 2001)
soziale Ressource	Wahrgenommene soziale Unterstützung	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al., 2007)

Alle genutzten Instrumentarien beruhen ausschließlich auf geschlossen formulierten Items. Der physische und psychische Gesundheitszustand werden im weiteren Verlauf immer die abhängigen Variablen darstellen, während das Stressempfinden und die Ressourcen je nach Forschungsfrage (vgl. Kapitel 4) sowohl als abhängige als auch als unabhängige Variablen fungieren. Die einzelnen eingesetzten Fragebogenteile werden in den folgenden Abschnitten detailliert erläutert.

5.2.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit wurde mittels Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand eruiert (SF-12, Bullinger & Kirchberger, 1998). Dieses Erhebungsinstrument beruht im Original auf einem 36-Item starken Fragebogen, dem SF-36 Health Survey, der ebenfalls in einer deutschen Version verfügbar ist. Der SF-36 ist ein „krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 2015b) und wird in unterschiedlichen Altersgruppen (ab 14 Jahren) sowohl im klinischen Bereich als auch in der epidemiologischen Forschung eingesetzt. In der ursprünglichen Version erfasst der SF-36 acht Dimensionen des Gesundheitszustands: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Zudem wird eine retrospektive Einschätzung zur Veränderung der Gesundheit im vergangenen Jahr abgefragt (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die Antwortmöglichkeiten zu den einzelnen Items reichen von binären bis hin zu sechsstufigen Formaten. Der im Rahmen des Fragebogens eingesetzte SF-12 beinhaltet insgesamt 12 Items, die ebenfalls den acht Dimensionen zuzuordnen sind, und eine Berechnung von zwei Summenscores – zur Einschätzung der physischen und psychischen Gesundheit – zulässt. Diese verkürzte Form wurde, wie bereits einleitend erwähnt, aus

zeitökonomischen Gründen ausgewählt, um die Ausfülldauer des gesamten Fragebogens möglichst gering zu halten.

Beide Fragebögen zum Gesundheitszustand, der SF-36 sowie der SF-12, liegen in unterschiedlichen Befragungsformen vor: als Fremdbeurteilungs-, Interview- und Selbsteinschätzungsfragebogen. Ferner beziehen sich die unterschiedlichen Varianten auf verschiedene Zeiträume der Betrachtung (Standardversion: vier Wochen, Akutversion: eine Woche). Es wurde die Selbsteinschätzungsversion in der Standardausführung verwendet, da es nicht um akute Empfindungen, sondern eher um längerfristige Einstellungen, Orientierungen und Verhaltensweisen zum Thema Gesundheit ging. Zudem erfolgte eine zielgruppen- und settingspezifische Modifikation einzelner Items des SF-12, indem Formulierungen bezogen auf die Arbeit bzw. den Beruf durch universitätsspezifische Aussagen ersetzt wurden, um die Lebenswelt der Studierenden besser abzubilden.

Die Auswertung des SF-12 erfolgt über ein mit dem Instrumentarium zur Verfügung gestelltes Auswertungsschemata mit entsprechend standardisierten Algorithmen in verschiedenen Schritten: Bevor die eigentliche Auswertung erfolgen konnte, wurden einzelne Items umcodiert, damit die Ausgangskodierung des Originalfragebogens hergestellt werden konnte. Anschließend erfolgten vier Auswertungsschritte:

- (1) Auffinden von Werten, die außerhalb des potentiellen Wertebereichs für die Antwortmöglichkeiten liegen und Umpolen von vier Items, damit ein höherer Skalenwert einen besseren Gesundheitszustand reflektiert,
- (2) Indikator-Variablen mit den Werten 0 und 1 werden gebildet für die Antwortkategorien jedes Items, (3) Indikator-Variablen werden gewichtet (unter Verwendung des Regressionskoeffizienten aus der amerikanischen Normstichprobe) und aggregiert, (4) durch Addition einer Konstante (regression intercept) werden die Werte für die körperliche und psychische Summenskala so standardisiert, daß die gleichen Mittelwerte wie im SF-36 für die amerikanische Normstichprobe erreicht werden. (Bullinger & Kirchberger, 1998, S. 65)

Die beiden Summenskalen können Werte zwischen 0 und 100 erreichen, wobei höhere Werte eine bessere Einschätzung des jeweiligen Summenscores und damit des physischen bzw. psychischen Gesundheitszustands bedeuten. Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse der körperlichen und physischen Summenscores liefert das Fragebogeninventar alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte einer Normstichprobe, mit dessen Hilfe die eigenen Ergebnisse zusätzlich verglichen werden können (Bullinger & Kirchberger, 1998).

5.2.2.2 Globales Stressempfinden im Studium

Hinsichtlich des Belastungsempfindens wurde das globale Stressempfinden im Studium auf einer fünfstufigen Likert-Skala abgefragt. Die Studierenden sollten die Frage beantworten, als wie stressreich sie die Anforderungen in ihrem Studium im Allgemeinen empfinden (Merkmalsausprägungen: (1) gar nicht stressreich, (2) wenig stressreich, (3) etwas stressreich, (4) sehr stressreich, (5) extrem stressreich)⁵³.

5.2.2.3 Studiumsbezogene Selbstwirksamkeit als personale Ressource

Zur Erfassung der studiumsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung wurde auf Items aus der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (2001) zurück gegriffen. Es wurden fünf der zehn Originalitems ausgewählt. Über eine kontextspezifische Einleitung zum Themenkomplex wurde der Bezug zum Studium hergestellt. Die einzelnen Fragen sollten auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden (Merkmalsausprägungen: (1) trifft gar nicht zu, (2) trifft eher nicht zu, (3) trifft eher zu, (4) trifft völlig zu). Den einzelnen Antworten wurden für die Auswertung Punktwerte zugewiesen, diese addiert und anschließend als Basis für die Bildung des arithmetischen Mittels genutzt. Höhere Werte deuten auf eine höhere Selbstwirksamkeit hin. Die Realitätsanalyse ergab einen Cronbachs Alpha-Wert von .68, der auch durch eine posteriori überprüfte Möglichkeit der statistischen Itemelimination nicht maßgeblich in seiner Qualität hätte verbessert werden können. So wurde für alle weiteren Berechnungen die vorliegende Skala auf Basis der fünf Items übernommen.

5.2.2.4 Wahrgenommene soziale Unterstützung als soziale Ressource

Als soziale Ressource wurde die wahrgenommene soziale Unterstützung ausgewählt, die mit Hilfe des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al., 2007) erhoben wurde. Dieser wird seit drei Jahrzehnten zur Erfassung dieser sozialen Ressource eingesetzt. „Das dem Verfahren zugrundeliegende Konzept geht auf kognitive Ansätze zurück und erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können“ (Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 2015a, Abschnitt Das Verfahren). Das F-SozU-Inventar liegt in vier Versionen unterschiedlicher Item-Anzahl vor: die Standardversion S-54 mit einem potenziellen Teil B sowie die Kurzformen K-22 und K-14. Die einzelnen Items werden jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. In der Standardform erlaubt das Instrument neben einer Gesamtbewertung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung die Auswertung einzelner Subskalen zu den Themen emotionale und praktische Unterstützung, soziale Integration und soziale Belastung. Darüber hinaus können zusätzliche Aussagen zur Reziprozität, Verfügbarkeit einer

⁵³ An dieser Stelle soll noch einmal daraufhin gewiesen werden, dass über den psychischen Summenscore des SF-12 (vgl. Kapitel 5.2.2.1) ein weiteres Indiz für die wahrgenommene psychische Situation der Studierenden vorliegt und das Item zum globalen Stressempfinden im Studium erweitert.

Vertrauensperson und Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung berechnet werden. Für die zwei Kurzform-Varianten wird lediglich eine Gesamtauswertung empfohlen (Fydrich et al., 2007). Im Rahmen der Konstruktion des Fragebogens der vorliegenden Untersuchung wurde die Kurzform K-14 ausgewählt, aus der – im Pendant zur studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit – fünf zielgruppenpassende Items ausgewählt wurden, deren Inhalt sinnvoll für die Verwendung im Setting Hochschule erschien (Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Die Studierenden sollten Aussagen zu ihrer Beziehung zu wichtigen Menschen ihres Umfeldes (Partner, Familienmitglieder, Freunde, Kollegen, Nachbarn) treffen (Merkmalsausprägungen: (1) trifft nicht zu, (2) trifft eher nicht zu, (3) trifft zum Teil zu, (4) trifft zu, (5) trifft genau zu). Die Überprüfung der Reliabilität dieser modifizierten Skala ergab ein Cronbachs Alpha von .76, so dass alle Items verwendet wurden.

Die Auswertung der Einzelitems erfolgt analog zum Vorgehen bei der Selbstwirksamkeitsskala. Die einzelnen Merkmalsausprägungen wurden mit den Zahlenwerten von eins bis fünf kodiert. Anschließend erfolgte auf Basis der jeweiligen Antwort eine Aufsummierung der Punktwerte dieser, bevor ein Mittelwert für die wahrgenommene soziale Unterstützung gebildet wurde; höhere Werte sprechen für eine bessere wahrgenommene Unterstützung, niedrigere für eine schlechtere. Auf Basis der geringeren Itemanzahl konnte der letzte Schritt der Originalauswertung des F-SozU, ein Vergleich des errechneten Ergebnisses mit den vorhandenen Normtabellen und dem Ablesen eines entsprechenden Prozentrangs, nicht erfolgen. Damit wird für die vorliegende Arbeit ausschließlich wie folgt verfahren: höhere Mittelwerte werden als Indikator für eine gute wahrgenommene soziale Unterstützung, niedrige für eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung interpretiert.

Nachdem die verwendeten Instrumentarien zur Erfassung der Stress-Gesundheits-Beziehung vorgestellt wurden, werden im nächsten Abschnitt die Fragenkomplexe zu den ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als Teil der studentischen Lebensstile vorgestellt.

5.2.3 *Die erfassten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen*

Bezogen auf konkrete gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden auf Basis der theoretischen Überlegungen in Kapitel 2.5.2 für die vorliegende Arbeit die folgenden Inhalte ausgewählt (vgl. Tab. 16): die körperlich-sportliche Aktivität, das Ernährungsverhalten, die Mediennutzung – als Indikator für inaktive Sitzzeit – und der Substanzkonsum (aufgesplittet für Nikotin und Alkohol). Im deskriptiven Teil dieser Arbeit zur Beschreibung der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der studentischen Population werden diese als abhängige Variablen genutzt, bevor sie im Zuge der Typenbildung studentischer Lebensstile die bestimmenden Variablen zur Clusterung darstellen. Sie werden zudem zur Beschreibung der unterschiedlichen Cluster genutzt. Im Folgenden werden die verschiedenen Items und Skalen vorgestellt.

Tab. 16. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Merkmalsstichprobe

Gesundheitsrelevante Verhaltensweise	Inhalte	Originalerhebungsinstrument und Quelle
Körperlich-sportliche Aktivität	Alltagsaktivität und Sportaktivität	Messung körperlicher Aktivität: Indizes zur Bewegungs- und Sportaktivität (Fuchs, 2009)
Ernährungsverhalten	Verzehrhäufigkeit Lebensmittel und Getränke	Verzehrhäufigkeitsfragebogen in Anlehnung an Mensink und Burger (2004) und Krens et al. (2006)
Mediennutzung (als Indikator für inaktive Sitzzeit)	Fernsehen, Computer, Spielkonsole	in Anlehnung an (Currie et al., 2004); (Bünnemann, 2008)
Substanzkonsum	Alkohol, Tabak	(in Anlehnung an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010)

5.2.3.1 Körperlich-sportliche Aktivität

Zur Erfassung der körperlich-sportlichen Aktivität wurde das Instrumentarium zur „Messung der körperlichen Aktivität: Indices zur Bewegungs- und Sportaktivität“ von Fuchs (2009) verwendet. Dieser Fragebogen differenziert sowohl Bewegungs- als auch Sportaktivitäten. Als Bewegungsaktivitäten werden an dieser Stelle alle körperlichen Aktionen bezeichnet, die mit erhöhtem Energieverbrauch einhergehen, um Anforderungen des Alltags – speziell in der Freizeit und im Beruf – zu bewältigen (Fuchs, 2009, S. 2-3). Die berufsbezogenen Items wurden zielgruppenspezifisch durch zusätzliche Fragen zur Aktivität im universitären Alltag der Studierenden erweitert, um eine größtmögliche Nähe zur studentischen Lebenswelt zu erzeugen und die Alltagsaktivität realistisch abbilden zu können. Jede der insgesamt elf Fragen dieser Kategorie wurde in einem offenen Antwortformat über die Anzahl der Tage pro Woche sowie die geschätzte Dauer der jeweiligen Aktivität in Minuten pro Tag erfasst. Aus diesen Angaben wird im Rahmen dieser Arbeit für jedes der elf Items ein Produkt gebildet (jeweilige Aktivität in Minuten pro Woche), welche zu einem Gesamtindex für die Bewegung im Alltag aufsummiert werden (Alltagsaktivität in Minuten pro Woche).

Zudem erlaubt das Instrument von Fuchs (2009) die Bildung eines Indexes für die sportliche Aktivität. Dabei werden als Sportaktivitäten all diejenigen Tätigkeiten zusammengefasst, die mit erhöhtem Energieverbrauch einhergehen und als Leitmotive vorrangig Zweckfreiheit, Spaß, Genuss, Gesundheit, Leistung oder soziale Gründe haben. Zudem beanspruchen sie größere Muskelgruppen und dienen der Schulung und Verbesserung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und/oder Koordination; Fuchs, 2009, S. 2-3). Die Abfrage der Sportaktivität erfolgt ebenfalls im offenen Format, in dem bis zu drei Sportarten

namentlich genannt, ihre jeweilige Ausführungshäufigkeit pro Monat sowie die jeweilige Zeitdauer der Ausführung (in Minuten) angegeben werden mussten. Der Sportaktivitätsindex wird im Pendant zum Alltagsaktivitätsindex durch die Multiplikation der Häufigkeit der Ausführung der jeweiligen Sportarten pro Monat mit der Zeitdauer pro Ausübung errechnet. Alle möglichen drei Teilprodukte der angegebenen Sportarten wurden aufsummiert, so dass ein Gesamtindex entsteht. Auch der Sportartenindex wird in einem letzten Schritt auf tägliche sportliche Aktivität pro Woche herunter gerechnet. Begründet ist dies ebenfalls in der Orientierung an den nationalen Empfehlungen für Bewegung und Sport (vgl. Kapitel 2.5.2.1).

Bevor die Studierenden die detaillierten Fragen zur Sportaktivität beantworteten, wurde über die Einstiegsfrage „Betreiben Sie normalerweise regelmäßige sportliche Aktivität?“ (dichotomes Antwortformat: ja/nein) das grundsätzliche Sportverhalten abgefragt. Nur diejenigen Studierenden, die diese Frage mit „ja“ beantworteten, konnten den gerade beschriebenen Teil zur detaillierten Abfrage der Sportaktivität ausfüllen. Alle anderen wurden über eine Filterfunktion direkt zum nächsten Themenkomplex der Befragung weitergeleitet und konnten somit – in sachlogischer Konsequenz – die Fragen zur Häufigkeit und Dauer der sportlichen Aktivität bezogen auf bis zu drei Sportarten nicht beantworten.

5.2.3.2 Ernährungsverhalten

Das studentische Ernährungsverhalten wurde in Anlehnung an so genannte Verzehrshäufigkeitsfragebögen (Krems et al., 2006; Mensink & Burger, 2004) über ein in Kooperation mit dem Paderborner Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit entwickeltes Inventar erhoben (Leitung Projektgruppe: Prof. Dr. H. Hesecker, Präsident der DGE). Berücksichtigt wurde der Konsum von ausgewählten Lebensmitteln und Getränken. Die Studierenden sollten auf einer siebenstufigen Skala von „mehrmals am Tag“ bis „nie“ angeben, mit welcher Häufigkeit sie die angegebenen Nahrungsmittel und Getränke konsumieren. Für die Auswertung dieses Fragenkomplexes wurde jede Antwortmöglichkeit im Sinne der Empfehlungen der DGE durch eine Expertengruppe um Prof. Dr. Hesecker mit einem Punktwert belegt (0 = abweichende (ungünstige) Verzehrshäufigkeit, 1 = normale (angemessene) Verzehrshäufigkeit, 2 = optimale Verzehrshäufigkeit; Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Die erreichten Punkte jedes Einzelitems wurden anschließend genutzt, um durch die Aufsummierung einen Ernährungsmusterindex zu bilden. Dieser konnte einen maximalen Punktwert von 50 Punkten erreichen. Je näher der erreichte Punktwert an die Obergrenze herankommt, desto besser ist das Ernährungsverhalten des jeweiligen Studierenden im Sinne einer vollwertigen und ausgewogenen Ernährung und der Empfehlungen der DGE (vgl. Kapitel 2.5.2.3).

5.2.3.3 „Inaktive Sitzzeit“ über Medienkonsum

Der Medienkonsum wurde für die Lebenswelt der Studierenden auf drei Medien forciert – den Fernseher, den Computer sowie die Spielkonsole. Auf Basis der Instrumente von Currie et al. (2004) und Bünemann (2008) wurden die Items für den Alltag der Studierenden modifiziert. Die Studenten sollten sich zur Häufigkeit der Mediennutzung in zwei Schritten äußern:

(1) zur generellen Nutzungshäufigkeit jedes der drei Medien (Merkmalsausprägungen: (1) nie, (2) einmal im Monat, (3) einmal pro Woche, (4) mehrmals pro Woche und (5) täglich) sowie

(2) im Falle der täglichen Nutzung zur konkreten Stundenanzahl in der Woche sowie am Wochenende (Merkmalsausprägungen: jeweils (1) etwa 1 Stunde bis (7) 7 Stunden und mehr pro Tag).

Die Abfrage gestaltete sich für alle drei Medien identisch, wobei aufgrund der Notwendigkeit der PC-Benutzung im Rahmen des Lebens und Lernens an der Universität zusätzlich zwischen aktiver (für die Universität) und passiver Nutzung (im Rahmen von Freizeitaktivitäten) differenziert wurde. Ziel dieser Unterteilung war es eine Aussage darüber zu erhalten, wie viele Stunden die Studierenden täglich mit dem Computer für universitäre Verpflichtungen arbeiten oder diesen im Rahmen ihrer Freizeitgestaltung nutzen (Brandl-Bredenbeck et al., 2013, S. 68).

Für die vorliegende Arbeit sind die jeweiligen Details zum aktiven und passiven Nutzungsverhalten zu den drei einzelnen Medien nur indirekt relevant, da im Rahmen der theoretischen Ausführungen zur Inaktivität bzw. sitzenden Lebensweise als gesundheitsbezogenem Risikofaktor (vgl. Kapitel 2.5.2.2) nicht das Einzelmedium eine Rolle spielt, sondern die gesamte inaktive Zeit pro Tag, die durch die Nutzung der bis zu drei Medien entsteht. Deshalb wird für die vorliegende Arbeit erneut ein Index über alle drei abgefragten Medien gebildet: die gesamte Mediennutzung, die über alle drei abgefragten Medien – die täglich genutzten Stunden von Fernseher, Computer und Spielkonsole – addiert wird. Durch die Anlage des Fragebogens entstand an dieser Stelle allerdings das Problem, dass nur diejenigen Studierenden in der Aufsummierung berücksichtigt werden konnten, die im ersten Schritt zur generellen Nutzungshäufigkeit jedes einzelnen Mediums die tägliche Nutzung angegeben haben. Die anderen Studierenden wurden bei einer generellen Nutzungshäufigkeit von weniger als täglich direkt zum nächsten Medium weitergeleitet und konnten keine Angaben zur konkreten Dauer der jeweiligen Mediennutzung machen. Um die Mediennutzung – verstanden als inaktive (Sitz-)Zeit – dennoch als eine prominente gesundheitsrelevante Verhaltensweise im Rahmen dieser Auswertung berücksichtigen zu können, wird in Kauf genommen, dass es an dieser Stelle zu möglichen Ungenauigkeiten in der tatsächlichen Dauer der Mediennutzung kommt. Der hier verwendete Mediennutzungsindex lässt lediglich eine Aussage über die tägliche Stundenanzahl der Mediennutzung von mindestens einem der drei Medien zu. Mit großer Wahrscheinlichkeit liegt die tatsächliche Zeit über den angegebenen Stunden, so dass dieser Umstand bei der Auswertung und Interpretation berücksichtigt wird.

5.2.3.4 Substanzkonsum

Hinsichtlich des Substanzkonsums wurden für die vorliegende Arbeit die Inhalte zum Alkohol- und Nikotinkonsum ausgewählt. Die Studierenden mussten zum einen angeben, wie häufig sie Alkohol konsumieren (Merkmalsausprägungen: (1) nie, (2) 1x pro Monat, (3) 2-3x pro Monat, (4) 1x pro Woche, (5) 2-3x pro Woche, (6) 1x pro Tag und (7) mehrmals täglich). Angelehnt ist diese Abfrage an das Inventar der Drogenaffinitätsstudie von der BZgA (2010).

Angesichts der Tatsache, dass keine konkreten Angaben zu Mengen des Alkoholkonsums erfragt wurden, wird ein Index hinsichtlich der Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums berechnet. In Anlehnung an Orth und Merkel (2020) liegt regelmäßiger Alkoholkonsum vor, wenn „die [Studierenden] in den letzten zwölf Monaten vor Befragung mindestens einmal in der Woche ein alkoholisches Getränk konsumiert haben“ (S. 37). Somit werden die Antwortkategorien 1-3 sowie 4-7 in „keinen oder unregelmäßigen“ sowie „regelmäßigen“ Konsum zusammengefasst.

Zum anderen wurde der Nikotinkonsum über eine selbst konstruierte Frage erfragt: Sind Sie Raucher (Zigaretten, Zigarren, Pfeife, etc.)? Als mögliche Antworten gab es ursprünglich fünf verschiedene Merkmalsausprägungen: (1) Ich bin Nichtraucher. Ich habe noch nie geraucht bzw. es nur wenige Male probiert, (2) Ich rauche nicht mehr, habe aber mal geraucht, (3) Ich bin Gelegenheitsraucher (z. B. auf einer Party), (4) Ich rauche regelmäßig, möchte aber gerne aufhören und (5) Ich rauche regelmäßig und habe auch nicht vor damit aufzuhören (Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Für die vorliegende Arbeit wird das Item zum Nikotinkonsum in eine nominalskalierte Variable transformiert: in die dichotomen Ausprägungen Nicht-Raucher und Raucher. Dazu werden die Antwortmöglichkeiten (1) und (2) sowie die Antwortkategorien (3), (4) und (5) zusammengefasst. Begründet ist dies in inhaltlicher Perspektive, da für diese Arbeit nicht die mögliche Intention zur Verhaltensänderung, ehemalige Verhaltensweisen bzw. das Beibehalten des Verhaltens von Bedeutung sind, sondern nur das zum Zeitpunkt der Befragung aktuelle Gesundheits- bzw. Risikoverhalten relevant ist. Die neue Variable differenziert somit nur noch binär in Raucher vs. Nicht-Raucher.

Nachdem das dieser Arbeit zugrunde liegende Erhebungsinstrumentarium vorgestellt wurde, folgt im nächsten Abschnitt die Beschreibung der Personenstichprobe, die durch die zu Beginn des Kapitels 5.1 dargestellten Akquirierungsstrategien generiert werden konnte.

5.3 Die Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der GriPs-Studie konnten insgesamt $N = 1.884$ Studierende für das vollständige Ausfüllen des Fragebogens gewonnen werden. Aufgrund der theoretischen Überlegungen zu Lebensstilen und ihrer Entwicklung im Lebenslauf wurde, wie bereits in Kapitel 5.1 angedeutet, im Rahmen dieser Arbeit die Stichprobe selektiert.

Ziel dieser Entscheidung war es, den Einfluss gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen auf das Gesundheits- und Stressempfinden der Studierenden zu untersuchen, die sich im jungen Erwachsenenalter – und damit im Bereich eines transitorischen Lebensstils (vgl. Kapitel 3.3) – befinden. Es wird antizipiert, dass sich Studierende, die ein Alter über 30 Jahren erreicht haben, bereits manifestere Gewohnheiten und Verhaltensweisen entwickelt haben und gegebenenfalls mit steigender Lebenserfahrung differente Verhaltensweisen hinsichtlich gesundheitsrelevanter Lebensstilfacetten besitzen. Die resultierende Datenbasis bilden N = 1.829 Studierende. Bezogen auf die Gesamtpopulation der Universität Paderborn im SoSe 2010 entspricht dies einer Beteiligungsquote von 13,77%⁵⁴.

Mit Blick auf die Repräsentativität bezogen auf die Gesamtpopulation sind einige Abstriche zu konstatieren. Dies begründet sich in der anteilmäßig differierenden Stichprobenzusammensetzung auf Basis der Merkmale Geschlecht, Alter, angestrebtem Studienabschluss, Fakultätszugehörigkeit, Hochschulsesemester sowie Staatsangehörigkeit. Damit gelten die Ergebnisse dieser Arbeit ausschließlich für die vorliegende Stichprobe und können nicht uneingeschränkt auf alle Paderborner Studierenden übertragen werden. Dies gilt es im Rahmen der Ergebnisinterpretation (vgl. Kapitel 7) zu berücksichtigen. Der genaue Stichprobenplan für diese Arbeit kann Tab. 17 entnommen werden.

Tab. 17. Die Personenstichprobe

Geschlecht	N (absolut)	N (%)
männlich	754	41,2
weiblich	1.075	58,8
Alter (Jahren)	N (absolut)	N (%)
18	2	0,1
19	33	1,8
20	315	17,2
21	376	20,6
22	288	15,7
23	219	12,0
24	197	10,8
25	145	7,9
26	108	5,9
27	67	3,7
28	54	3,0
29	25	1,4

⁵⁴ Laut Studiengangstatistik der Informationstechnischen Dienste der Zentralverwaltung der Universität Paderborn (2010, 12. Juli) waren im SoSe 2010 insgesamt 13.767 Studierende eingeschrieben.

Fortführung Tab.17. *Die Personenstichprobe*

angestrebter Studienabschluss*	N (absolut)	N (%)
Staatsexamen für das Lehramt an Schulen	859	47,0
Diplom	122	6,7
Magister	9	0,5
Bachelor	740	40,5
Master	115	6,3
Sonstiges	23	1,3
Fakultätszugehörigkeit*	N (absolut)	N (%)
Fakultät für Kulturwissenschaften	803	43,9
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften	377	20,6
Fakultät für Naturwissenschaften	362	19,8
Fakultät für Maschinenbau	385	21,0
Fakultät für Elektrotechnik, Informatik und Mathematik	385	21,0
Ich bin mir nicht sicher, welcher Fakultät mein Studienfach zuzuordnen ist.	36	2,0
Hochschulsemester	N (absolut)	N (%)
1. bis 2. Hochschulsemester	728	39,8
3. bis 6. Hochschulsemester	591	32,3
7. bis 10. Hochschulsemester	355	19,4
höher als 10. Hochschulsemester	155	8,5
Staatsangehörigkeit	N (absolut)	N (%)
deutsch	1.771	96,8
russisch	7	0,4
türkisch	14	0,8
chinesisch	9	0,5
polnisch	2	0,1
Sonstiges (z. B. italienisch, portugiesisch, spanisch, ukrainisch)	26	1,4
Höchster Bildungsabschluss im Elternhaus**	N (absolut)	N (%)
Kein oder Hauptschulabschluss	188	10,6
Realschulabschluss	433	24,4
Fachhochschulreife oder Abitur	457	25,7
Hochschulabschluss	700	39,4
Finanzielle Ressourcen der Studierenden	N (absolut)	N (%)
bis 200€	586	32,0
200-400€	924	50,5
über 400€	319	17,4

* Mehrfachnennungen möglich (durch z.B. das Studieren von zwei parallelen Studiengängen)

**An dieser Stelle ist auf eine abweichende Versuchspersonenzahl hinzuweisen. N = 51 Studierende geben an, den Bildungsabschluss ihrer Eltern nicht zu kennen. Diese Studierenden sind für alle Berechnungen auf Basis der Bildungsherkunft aus dem Datensatz eliminiert worden.

Mit 58,8% partizipieren mehr Studentinnen als Studenten (41,2%) an der Erhebung. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer beträgt 22,7 Jahre (SD = 2,35 Jahre) und die meisten Studierenden streben entweder einen Abschluss im Bereich Staatsexamen für das Lehramt an Schulen (47,0%) oder einen Bachelorabschluss (40,5%) an. Hinsichtlich der Fakultätszugehörigkeit lässt sich festhalten, dass der größte Anteil der Studierenden aus der Fakultät für Kulturwissenschaften (43,9%) kommt. Weitere jeweils ungefähr 20,0% gehören der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, für Naturwissenschaften, für Maschinenbau sowie für Elektrotechnik, Informatik und Mathematik an. Bezogen auf die Semesterzugehörigkeit der Befragungsteilnehmer befinden sich knapp 40% der befragten Studierenden an ihrem Studienbeginn (im ersten oder zweiten Hochschulsesemester). Ein weiteres knappes Drittel ist im dritten bis sechsten Semester eingeschrieben und knapp 20% sind im 7. bis 10. Semester immatrikuliert. Zudem haben sich Studierende beteiligt, die in einem Hochschulsesemester größer zehn sind (8,5%). Die Staatsangehörigkeit der jungen Akademiker ist zu 96,8% deutsch. Weitere Herkunftsländer der Befragungsteilnehmer sind zu geringen Anteilen vor allem Russland, Türkei, China, Italien, Portugal, Spanien und Polen. Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses im Elternhaus lässt sich festhalten, dass knapp 40% der Befragungsteilnehmer aus einem Elternhaus kommen, in dem mindestens ein Elternteil einen Hochschulabschluss erworben hat. Je ein weiteres Viertel hat die Fachhochschulreife oder das Abitur bzw. einen Realschulabschluss erreicht und gute 10% der Studierenden kommen aus einem Elternhaus, in dem entweder kein Bildungsabschluss oder höchstens ein Hauptschulabschluss bei mindestens einem Elternteil vorliegt.

Mit Blick auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen nach Abzug der Warmmiete zeigt sich folgendes Bild: Knapp ein Drittel der Studierenden können auf bis zu 200€ zurückgreifen. Der Hälfte stehen 200-400€ im Monat zur Verfügung, um ihren Lebensalltag zu gestalten und gut 17% können sogar über 400€ nutzen.

Nachdem die Basis zum Datensatz erläutert wurde, werden im nächsten Abschnitt das Vorgehen zur Auswertung sowie die verwendeten statistischen Verfahren beschrieben.

5.4 Vorgehen und Verfahren zur Datenauswertung

In diesem Abschnitt werden die zur Beantwortung der Forschungsfragen (vgl. Kapitel 4) genutzten statistischen Verfahren beschrieben. Bevor sie vorgestellt werden, werden einige Grundinformationen zur Aufbereitung des Datensatzes angeführt.

5.4.1 Grundlegende Informationen zum Datensatz und seiner Aufbereitung

Die grundlegende Aufarbeitung des generierten Datensatzes erfolgte, bereits im Rahmen des GriPs-Projekts nach dem Export der Rohdaten aus EFS Survey. Mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows (Version 18.0.0 im GriPs-Projekt, Version 24.0.0 im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens) wurde eine Datenmatrix

erstellt, die Rohdaten sorgfältig bereinigt und organisiert (Variablenausschluss und -kodierung, Definition fehlender Werte, Berechnung von Indices) (Brandl-Bredenbeck et al., 2013, S. 39). Für das vorliegende Dissertationsvorhaben wird auf diese Datenmatrix zurückgegriffen.

Zu Beginn der vorliegenden Datenauswertung erfolgen univariate Analysen, um einen Eindruck von Verteilungsmustern hinsichtlich der Themen Gesundheit, Stress, Ressourcen sowie gesundheitsrelevanten Lebensstilfaktoren zu erhalten und die Forschungsfrage 1a zu beantworten. In einem nachfolgenden Schritt werden zur Beantwortung der Forschungsfrage 1b Unterschiedsprüfungen mittels Kontingenzanalysen über den Pearson Chi²-Quadrat-Test, den t-Test bei unabhängigen Stichproben sowie die einfaktorielle Varianzanalyse berechnet. Die unabhängigen Variablen sind an dieser Stelle jeweils die lebensstilrelevanten Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen, die abhängigen jeweils der Gesundheitszustand, das Stressempfinden, die ausgewählten Ressourcen sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Die einzelne Skalenqualität der unabhängigen bzw. abhängigen Variablen entscheidet über die eingesetzten Verfahren.

Mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfrage 2a kommt das multivariate Verfahren der Clusteranalyse zum Einsatz. Anschließend werden erneut verschiedene Unterschiedsprüfungen über die Cluster hinweg mit den bereits o.g. Verfahren durchgeführt, um die Forschungsfrage 2b zu bearbeiten. Schließlich kommt die multiple lineare Regressionsanalyse zum Einsatz, um Forschungsfrage 3 zu beantworten. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Verfahren zur Datenauswertung beschrieben, bevor die Ergebnisse der Auswertung präsentiert werden.

5.4.2 *Deskriptive Auswertung und statistische Kennwerte*

Mit dem Ziel den Datensatz zu ordnen, übersichtlich darzustellen und detailliert beschreiben zu können, werden Verfahren der deskriptiven Statistik eingesetzt und statistische Kennwerte berechnet. Es werden neben Häufigkeitsverteilung, wo aufgrund des Skalenniveaus möglich, das arithmetische Mittel (\bar{x}), die Varianz sowie die Standardabweichung (SD) betrachtet. Die grafische Darstellung erfolgt über Histogramme oder Kreisdiagramme.

Nachdem die Kennzahlen zur Deskription der Merkmalsstichprobe beschrieben wurden, folgt im nächsten Abschnitt die Darstellung der einzelnen Analyseverfahren.

5.4.3 Kontingenzanalyse mittels Pearson Chi-Quadrat-Test

Der Pearson Chi-Quadrat-Test wird eingesetzt, um „Zusammenhänge zwischen *nominal* skalierten Variablen aufzudecken und zu untersuchen“ (Backhaus et al., 2018, S. 338). Geprüft wird, ob sich die beobachteten Häufigkeiten der jeweiligen Merkmalskombinationen in der Stichprobe signifikant von den erwarteten Häufigkeiten der Population unterscheiden (Sedlmeier & Renkewitz, 2018, S. 577). Die Nullhypothese lautet dabei, dass die zwei Variablen X und Y voneinander unabhängig sind (Backhaus et al., 2018, S. 348). Wird der Pearson Chi²-Test signifikant, so muss die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese – dass die beiden Variablen abhängig voneinander sind – angenommen werden.

Im Rahmen des vorliegenden Dissertationsvorhabens kommt dieses parameterfreie Verfahren zum Einsatz, wenn der Nikotin- und Alkoholkonsum (binäre Kodierung in Raucher vs. Nicht-Raucher und keinen/unregelmäßigen vs. regelmäßigen Alkoholkonsum) hinsichtlich des Zusammenhangs mit den lebensstilrelevanten Merkmalen Geschlecht, Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen untersucht werden. Eine beispielhafte Fragestellung für die Durchführung des Pearson Chi²-Tests lautet: Gibt es einen Zusammenhang vom Nikotin-/Alkoholkonsum und dem Geschlecht oder konkret formuliert: Rauchen/Trinken Studenten häufiger als Studentinnen? Wie hoch ist dieser Zusammenhang?

Über die Kreuztabelle werden die Merkmale zuerst gegeneinander abgetragen (einfachste Variante ist die 2x2 Kreuztabelle, die auch 4-Felder-Tafel genannt wird). Die Kontingenzanalyse mittels Chi²-Test prüft anschließend, ob der Zusammenhang zufällig oder systematisch (= statistisch signifikant) aufgetreten ist. Dieser liefert allerdings keine Aussage über die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Merkmalen. So muss ein zusätzliches Zusammenhangsmaß zur Berechnung der Effektstärke herangezogen werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dafür Cramers V (CV) gewählt. Dieses kann zwischen 0 (= kein Zusammenhang, statistische Unabhängigkeit) und 1 (= perfekter Zusammenhang, statistische Abhängigkeit) liegen und wird eingesetzt, wenn mindestens eine der Variablen mehr als zwei Ausprägungen besitzt. Für die Beurteilung des Effekts gelten folgende Grenzwerte:

.10 = schwacher Effekt

.30 = mittlerer Effekt

.50 = starker Effekt

(J. Cohen, 1988, S. 223-225).

Die Anwendungsvoraussetzungen des Pearson Chi²-Tests beschränken sich auf wenige Aspekte: Die Zuordnung jeder Person zu einer Merkmalsausprägung bzw. ihrer Kombination muss eindeutig sein. Zudem müssen die Beobachtungswerte unabhängig voneinander sein (Sedlmeier & Renkewitz, 2018, S. 568). Darüber hinaus gibt es weitere Empfehlungen, die besonders bei kleinen Stichproben zum Tragen kommen, die im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens aber keine Relevanz besitzen und damit ausgeklammert werden können.

5.4.4 Die einfaktorielle Varianzanalyse für unabhängige Stichproben

Die einfaktorielle Varianzanalyse für unabhängige Stichproben ist ebenfalls ein strukturen-prüfendes Verfahren, mit dessen Hilfe Stichprobenunterschiede in komplexen Untersuchungssituationen analysiert werden können, ohne dass es zu der so genannten α -Fehler-Kumulation⁵⁵ bzw. zum Verlust der Teststärke (die z. B. bei der mehrfachen Durchführung von t-Tests in den gleichen Stichproben entstehen würde) kommt. Sie gehört – wie der t-Test – zu den parametrischen Prüfverfahren. Konkret überprüft dieses multivariate Verfahren die Wirkung einer nominal skalierten unabhängigen auf eine metrische abhängige Variable in einem querschnittlichen Studiendesign, in dem Unabhängigkeit der zu untersuchenden Teilstichproben vorliegt⁵⁶. Zudem ermöglicht sie den simultanen Vergleich von Mittelwerten aus mehr als zwei unterschiedlichen Gruppen und wird auch als Analysis of Variance (ANOVA) bezeichnet (Backhaus et al., 2008, S. 152-179; Bortz & Schuster, 2010, S. 205-219).

Mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse wird die Nullhypothese ($H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 \dots = \mu_k$) überprüft. Die Alternativhypothese geht bei diesem Verfahren davon aus, dass Unterschiede vorliegen (H_1 : nicht alle Mittelwerte sind gleich). Um eine Entscheidung hinsichtlich H_0 oder H_1 treffen zu können, werden die Abweichungsquadrate analysiert (Streuungszerlegung) und die Prüfgröße F bestimmt. Anschließend wird der empirische F -Wert mit dem kritischen F -Wert verglichen und eine statistische Entscheidung hinsichtlich der Beibehaltung bzw. Verwerfung der Nullhypothese getroffen. Als Basis dafür dient die Festlegung der Irrtumswahrscheinlichkeit (α) des Ergebnisses. Sie drückt – wie bereits oben im Rahmen der α -Fehler-Kumulation beschrieben – im Rahmen von Hypothesentests den Grad der Wahrscheinlichkeit aus, mit dem H_0 fälschlicher Weise zurückgewiesen wird, obwohl sie zutrifft (Rasch et al., 2010b, S. 56; Willimczik, 1999, S. 103-105).

In Anlehnung an bestehende Konventionen sozialwissenschaftlicher Forschung wird auch für diese Arbeit die Grenze für das Beibehalten der H_0 bzw. die Annahme von H_1 bei 95%-tiger Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit des Ergebnisses festgelegt. Diese Signifikanzgrenze (gekennzeichnet über den p -Wert) wird wie folgt kenntlich gemacht: Signifikanzniveau auf 95%-Niveau: $p \leq .050$ = signifikant = *

Signifikanzniveau auf 99%-Niveau: $p \leq .010$ = hoch signifikant = **

Signifikanzniveau auf 99,9%-Niveau: $p \leq .001$ = höchst signifikant = ***

Diese Einteilung wird allen Verfahren dieser Arbeit zugrunde gelegt.

⁵⁵ Der α -Fehler, auch Fehler erster Art genannt, wird in Prüfverfahren der schließenden Statistik relevant und gibt das prozentuale Restrisiko der Irrtumswahrscheinlichkeit an, mit der die Nullhypothese fälschlicherweise zurückgewiesen wird, obwohl sie zutrifft. Anders ausgedrückt: es wird die Alternativhypothese als Ergebnis der statistischen Testentscheidung angenommen, obwohl die Nullhypothese zutrifft (Bortz & Schuster, 2010, S. 580; Rasch et al., 2010a). Im Rahmen der interferenzstatistischen Analysen erfolgt die Signifikanzprüfung häufig mit der Absicherung auf dem 95%-Niveau. Dem Irrtum und damit dem α -Fehler wird damit eine 5%-tige Wahrscheinlichkeit zugeschrieben (Willimczik, 1999, S. 104). Der Vorteil der Varianzanalyse besteht bezogen auf den α -Fehler in der Vermeidung seiner Kumulation durch die mehrfache Durchführung von t-Tests in der gleichen Stichprobe. In diesem Fall würde es zu einer Anhäufung des α -Fehlers kommen, die sich dann über eine Berechnung in Abhängigkeit der Anzahl der durchgeführten Einzeltests niederschlagen würde (Bühner & Ziegler, 2009, S. 324-327).

⁵⁶ Dabei wird die unabhängige Variable auch als Faktor mit seinen jeweiligen Faktorstufen bezeichnet, wodurch die Varianzanalyse ihren Namen (einfaktoriell) erhält.

Liegen signifikante Mittelwertunterschiede vor, d. h. darf die Alternativhypothese angenommen werden, so gibt es Unterschiede in der abhängigen Variablen auf Basis des ausgewählten Faktors (Backhaus et al., 2008, S. 151-179; Bortz & Schuster, 2010, S. 204-236; Rasch et al., 2010a, S. 1-50; Willimczik, 1999, S. 199-206).

An dieser Stelle kann allerdings noch nicht festgestellt werden, zwischen welchen Teilstichproben die signifikanten Unterschiede zu finden sind, da die Varianzanalyse Mittelwertunterschiede immer unspezifisch testet. Um diese Detailinformationen zu erhalten, müssen in einem nächsten Schritt Post-hoc-Tests zum multiplen Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Gruppen durchgeführt werden. Dafür liegen verschiedene Verfahren vor (z. B. Tukey-Test, Scheffé-Test, etc.). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Scheffé-Test für diese a posteriori Gruppenvergleiche angewendet, da der Scheffé-Test als besonders robustes Verfahren gegenüber der Verletzung seiner Anwendungsvoraussetzungen gilt (in diesem Fall die der Varianzhomogenität in den einzelnen Gruppen, während die Stichprobenumfänge hingegen ungleich groß sein können) und eher konservativ – d. h. zugunsten der Nullhypothese – entscheidet (Bortz & Schuster, 2010, S. 232). Über den Scheffé-Test wird gleichzeitig für alle möglichen Kombinationen die Differenz zwischen gepaarten Mittelwerten auf dem festgelegten Niveau des α -Fehlers getestet. Im Rahmen dieses Tests wird das (partielle) Eta^2 (η^2) ausgegeben. Dies ist ein Teststärkemaß, welches eine Aussage über den Anteil eines Faktors an der Gesamtvarianz der abhängigen Variablen bezogen auf die Stichprobe zulässt (Rasch et al., 2010a, S. 38; Willimczik, 1999, S. 211). Es wird für mehr als zwei Mittelwerte verwendet. Da es eine normierte Größe ist, kann es Werte zwischen Null und Eins annehmen. Die Angabe von Eta^2 wird besonders bei großen Stichproben relevant, da auch kleine, für die Praxis nicht bedeutsame Effekte schnell statistisch signifikant werden (Bortz & Schuster, 2010, S. 580). Zur Beurteilung der Effektstärke Eta^2 liegen folgende Konventionen vor:

$\eta^2 < .01$ = kein Effekt

$.01 \leq \eta^2 < .06$ = kleiner Effekt

$.06 \leq \eta^2 < .14$ = mittlerer Effekt

$\eta^2 \geq .14$ = starker Effekt

(Bühner & Ziegler, 2009, S. 364; J. Cohen, 1969, S. 277-281; Gerlach, 2008, S. 129; Kehne, 2011, S. 130; Rasch et al., 2010a, S. 38). Multipliziert mit 100 ergibt sich der prozentuale Anteil aufgeklärter Varianz, durch den die unabhängige Variable die abhängige Variable erklärt.

Um die einfaktorielle Varianzanalyse anwenden zu können, sollten folgende Anwendungsvoraussetzungen erfüllt sein (Bortz & Schuster, 2010, S. 205-236; Bühner & Ziegler, 2009, S. 321-371; Rasch et al., 2010a, S. 48; Willimczik, 1999, S. 119):

- (1) Die abhängige Variable muss *metrisches Skalenniveau* aufweisen (mindestens Intervallskalierung; Rasch et al., 2010a, S. 49).

Begründet ist dies über das mathematische Vorgehen im Rahmen des Verfahrens. Da hier mit Mittelwertunterschieden gearbeitet wird, müssen die Abstände zwischen den einzelnen Beobachtungswerten identisch sein, so wie es bei der Intervallskalierung angenommen wird. Dies kann sowohl empirisch überprüft als auch inhaltlich begründet werden. In Anlehnung an die Ausführungen von Bortz und Schuster (2010) sowie Bühner und Ziegler (2009) wird in der sozialwissenschaftlichen Praxis häufig auf die statistische Überprüfung der Skalenaxiomatik verzichtet. Bei Unsicherheit, ob eine Skala Ordinal- oder Intervallskalierung erreicht, wird häufig auf Basis der „Per-fiat“ Annahme (Messung „durch Vertrauen“) die Entscheidung getroffen, dass eine Intervallskalierung eines Merkmals vorliegt, so dass differenziertere interferenzstatistische Prüfverfahren durchgeführt werden können (Bortz & Schuster, 2010, S. 23; Bühner & Ziegler, 2009, S. 24). Im Rahmen dieser Arbeit wird – wie bereits in Kapitel 5.2 dargestellt – auf bereits mehrfach in anderen großen Studien eingesetzte und validierte Skalen zurückgegriffen, die für den Kontext der Universität angepasst wurden. Auf eine empirische Überprüfung der Intervallskalierung wird aus diesem Grund verzichtet und die Per-fiat Annahme genutzt. So werden Likert-Skalen als quasi-intervallskalierte Skalen angenommen, um statistisch komplexere Verfahren anwenden zu dürfen.

- (2) Die abhängige Variable muss in den einzelnen Stichproben *normalverteilt*⁵⁷ sein (Rasch et al., 2010a, S. 49).

Auch diese Anwendungsvoraussetzung ergibt sich aus dem Vorgehen des mathematischen Prüfverfahrens – konkret auf Basis der Durchführung des F-Tests. Die Normalverteilung muss in allen Gruppen der abhängigen Variablen vorliegen, damit die F-Verteilung eine reliable Aussage über die Entscheidung hinsichtlich des Signifikanztests zulässt (detailliertere Ausführungen bei Bühner & Ziegler, 2009, S. 368). Hinsichtlich der Überprüfung dieser Normalverteilungsannahme werden unterschiedliche Verfahren vorgeschlagen (grafische Überprüfung, Kennzahlenvergleich, statistische Testung) (Bortz & Schuster, 2010; vgl. Bühner & Ziegler, 2009, S. 368). Für die vorliegende Arbeit wird der Shapiro-Wilk-Test genutzt.

- (3) Die *Varianzen* sind in einzelnen Stichproben *homogen* (Rasch et al., 2010a, S. 49).

⁵⁷ Die Verteilung eines Merkmals/einer Variable kann unterschiedliche Gestalt annehmen. Bei genügend großen Stichproben geht die Wahrscheinlichkeitstheorie davon aus, dass diese Verteilung die Form einer Normalverteilung annimmt, d.h., dass große Häufigkeiten um das arithmetische Mittel und geringe Häufigkeiten bei den jeweiligen Extremwerten zu finden sind und die Maße der zentralen Tendenz – also das arithmetische Mittel, der Median sowie der Modus – zusammenfallen. Gekennzeichnet ist das Konstrukt der Stochastik des Weiteren durch einen glockenförmigen, symmetrischen, unimodalen und eingipfeligen Verlauf sowie die asymptotische Annäherung an die Abzisse (Rasch et al., 2010b, S. 29-33; Willimczik, 1999). Determiniert wird der Verlauf der Normalverteilung durch die Standardabweichung, denn diese bildet die Wendepunkte der Glockenkurve ab ($\mu \pm \sigma$).

Diese Bedingung als Basis der Durchführung der Varianzanalyse ist ebenfalls durch das spezifische Vorgehen im Rechenverfahren begründet. Da hier die Mittelwertunterschiede u. a. auf Basis der Varianzen zwischen⁵⁸ sowie innerhalb⁵⁹ der Gruppen erklärt werden, muss Varianzhomogenität in den einzelnen Gruppen vorliegen, damit die Ergebnisse nicht verzerrt werden. Dies kann über den Levene-Test zur Varianzgleichheit (Homoskedastizität) geprüft werden. Ihm liegt folgende Nullhypothese zugrunde: Die Varianzen in den unterschiedlichen Gruppen sind gleich. Damit analysiert dieser Test, ob die Gruppenvarianzen homogen sind bzw. nur zufällig voneinander differieren. Ist dies der Fall, wird der Signifikanztest nicht signifikant. Wird das Ergebnis signifikant, wird H1 – die Varianzen in den unterschiedlichen Gruppen sind ungleich (mindestens in einer Gruppe) – angenommen (Bühner & Ziegler, 2009, S. 368-370).

(4) Die Stichproben müssen *unabhängig voneinander* sein (Rasch et al., 2010a, S. 49).

Begründet ist diese letzte Voraussetzung zur Durchführung von einfaktoriellen Varianzanalysen über das bereits einleitend angeführte Problem der Entstehung der α -Fehler-Kumulation. Jede Versuchsperson darf nur einmal untersucht worden sein, um die geforderte Bedingung „Unabhängigkeit von einander“ zu erfüllen (Rasch et al., 2010a, S. 49). Bei den hier vorgestellten und verwendeten Varianten der Varianzanalyse kann diese Bedingung als gegeben angesehen werden, da es sich um eine querschnittliche Erhebung handelt, in der jede Versuchsperson nur einmal befragt wurde. Zumeist treten Probleme mit dieser Voraussetzung auf, wenn Varianzanalysen beispielsweise mit Messwiederholungen in abhängigen Stichproben durchgeführt werden. Da sie in dieser Arbeit allerdings keine Verwendung finden, werden die Besonderheiten und Konsequenzen dieser Anwendungsvoraussetzung nicht weiter beachtet.

Im vorliegenden Datensatz sind zwei der vier Anwendungsvoraussetzungen nicht immer erfüllt: die Normalverteilung der abhängigen Variablen sowie die Varianzhomogenität in den einzelnen zu untersuchenden Gruppen. In diesem Kontext lässt sich allerdings festhalten, dass die einfaktorielle Varianzanalyse als robustes⁶⁰ Verfahren gegenüber den Verletzungen dieser beiden Bedingungen eingeschätzt werden kann (Backhaus et al., 2018; Bühner & Ziegler, 2009, S. 368; Gerlach, 2008, S. 129; Kehne, 2011, S. 130-131; Lindman, 1974, S. 22-50; Rasch et al., 2010a, S. 49; Sedlmeier & Renkewitz, 2018). Bortz und Schuster (2010) bewerten die Verletzung der einzelnen Voraussetzungen differenziert und halten in ihrem Resümee fest, dass „die Voraussetzungen der Varianzanalyse mit wachsendem Umfang der untersuchten Stichprobe an Bedeutung verlieren“ (S. 214). Zu gleichen Ergebnissen kommen auch Backhaus et al. (2018): „Je größer der Stichprobenumfang, desto mehr

58 „Die Varianz zwischen den Gruppen erklärt Abweichungen vom Populationsmittelwert aufgrund der unterschiedlichen Treatments“ (Bühner & Ziegler, 2009, S. 339). Sie wird auch systematische Varianzquelle bzw. Effektvarianz genannt.

59 „Die Varianz innerhalb der Gruppen erklärt die Abweichungen vom Populationsmittelwert aufgrund bestehender interindividueller Unterschiede und Messfehler“ (Bühner & Ziegler, 2009, S. 339). Sie wird auch unsystematische Varianzquelle bzw. Fehlervarianz genannt.

60 Ein statistisches Prüfverfahren gilt als robust, wenn die Verletzung der mathematischen Anwendungsvoraussetzungen zur Durchführung des Verfahrens wenig Einfluss auf die Güte des Testergebnisses besitzt (Rasch et al., 2010b, S. 242).

verliert sie [die Verletzung der Normalverteilungsannahme] an Bedeutung“ (S. 175). Da in der vorliegenden Untersuchung eine große Stichprobe vorliegt, wird bei Verletzungen der Normalverteilung und Varianzhomogenität auf das Verfahren der Varianzanalyse zurückgegriffen.

5.4.5 *T-Test für unabhängige Stichproben*

Der t-Test für unabhängige Stichproben ist ebenfalls ein strukturen-prüfendes, parametrisches Verfahren und testet im Unterschied zur vorgestellten einfaktoriellen Varianzanalyse, ob sich die Mittelwerte von *genau zwei* unabhängigen Stichproben signifikant voneinander unterscheiden (Rasch et al., 2010b; Willimczik, 1999).

Im Rahmen des vorliegenden Dissertationsvorhabens kommt der t-Test zum Einsatz, wenn die Mittelwertvergleiche auf Basis des Geschlechts durchgeführt werden. Eine beispielhafte Fragestellung seiner Durchführung lautet: Gibt es einen Unterschied in der Einschätzung des physischen Gesundheitszustands auf Basis des Geschlechts? – oder konkret formuliert: Unterscheiden sich Studenten von Studentinnen in ihrer Einschätzung des physischen Gesundheitszustands signifikant voneinander?

Bevor die statistische Signifikanz der Mittelwertunterschiede geprüft werden kann, wird mit Hilfe des Levene-Tests (eine Variante des F-Tests) getestet, ob die Varianzen in den zwei Gruppen homogen – also gleich – sind. Die Nullhypothese geht beim Levene-Test davon aus, dass die Varianzen gleich sind. Ist die ausgewiesene Signifikanz des Tests $p \geq 0.05$, so kann diese Nullhypothese angenommen werden und die Varianzen der Mittelwertunterschiede der beiden Gruppen sind gleich. In diesem Fall kann das Ergebnis des t-Tests aus der Prüftabelle in der Zeile „Varianzgleichheit“ abgelesen werden. Liegt hingegen Varianzheterogenität vor, d. h. wird der Levene-Test mit $p \leq 0.05$ signifikant, muss die Alternativhypothese der heterogenen Varianzen in den Gruppen angenommen werden. In diesem Fall werden die Ergebnisse des Welch-Tests – dargestellt in der zweiten Zeile der Ergebnisausgabe der Teststatistik – für die Interpretation der Mittelwertunterschiede herangezogen. Da auch der t-Test keine Aussage über die Stärke des Unterschieds zulässt, wird anschließend die Effektstärke bestimmt. Um Stringenz über die einzelnen Verfahren zu erhalten, wird an dieser Stelle ebenfalls η^2 berechnet.

Um einen t-Test für unabhängige Stichproben durchführen zu können, sollten folgende Anwendungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- (1) Die abhängige Variable ist normalverteilt.
- (2) Die Varianzen in den zwei Stichproben sind homogen.
- (3) Die abhängige Variable ist mindestens intervallskaliert.
- (4) Die Stichproben sind unabhängig voneinander (Rasch et al., 2010b, S. 59).

Auch an dieser Stelle gelten bei Verletzung der Voraussetzungen die Ausführungen, die schon bei der einfaktoriellen Varianzanalyse beschrieben wurden. Der t-Test ist ebenfalls robust gegenüber der Verletzung dieser Voraussetzungen, solange die Gruppengrößen nicht unter $n < 30$ liegen (Rasch et al., 2010b, S. 59).

5.4.6 Die hierarchische Clusteranalyse

Das Verfahren der hierarchischen Clusteranalyse wird im Rahmen dieser Arbeit genutzt, um studentische Lebensstiltypen auf Basis der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu extrahieren⁶¹ (vgl. Kapitel 4). Mit der Wahl dieses Verfahrens wird in Anlehnung an Otte und Rössel (2011) eine etablierte, methodische Hauptalternative der Lebensstilforschung genutzt, um die studentischen Lebensstile zu erforschen (vgl. Kapitel 2.4.2).

Die hierarchische Clusteranalyse gehört als eine von verschiedenen Verfahrenstechniken der Gruppe der Clusteranalyse an. Sie ist – im Unterschied zu allen bisher Vorgestellten – ein strukturen-entdeckendes Verfahren. Ihr grundsätzliches Ziel ist es, in der Gesamtheit einer Stichprobe bestimmte Gruppen zu identifizieren, die sich einerseits innerhalb der Gruppe durch eine größtmögliche Homogenität auszeichnen und die andererseits möglichst deutliche Unterschiede zu den anderen Gruppen aufweisen (Typenbildung, empirische Klassifikation). Mit dieser „multivariaten Explorationstechnik“ (Bortz & Döring, 2001, S. 6) werden somit Objekte – im vorliegenden Fall Studierende – systematisch klassifiziert, Datenmengen reduziert und zusammengefasst (Bacher et al., 2010, S. 15, 16; Backhaus et al., 2008, S. 17, 391; Wentura & Pospeschill, 2015, S. 13).

Das Verfahren der Clusteranalyse beinhaltet drei Ablaufschritte, im Rahmen derer jeweils Entscheidungen hinsichtlich der weiteren Verfahrenstechnik getroffen werden müssen (Backhaus et al., 2008, S. 392, 2018; Wentura & Pospeschill, 2015, S. 145). Diese sind: (1) Die Bestimmung der Ähnlichkeiten bzw. Distanzen (über das Proximitätsmaß), (2) die Auswahl des Fusionierungsalgorithmus und (3) die Bestimmung der optimalen Clusteranzahl.

Der erste Schritt – die Bestimmung der Ähnlichkeiten bzw. Distanzen – setzt an den Rohdaten an und quantifiziert über ein jeweiliges Proximitätsmaß die (Un-)Ähnlichkeit zwischen den Objekten bzw. Personen. Die Auswahl dieses Proximitätsmaßes ergibt sich dabei zum einen aus der Herangehensweise des Verfahrens (Ähnlichkeit oder Distanz als Grundlage) und zum anderen auf Basis des Skalenniveaus der in die Clusteranalyse eingehenden Variablen. Das im Rahmen dieser Arbeit verwendete Proximitätsmaß zur Ähnlichkeitsermittlung der Objekte ist das Distanzmaß Euklidische Distanz. Seine Auswahl liegt in zwei Argumenten begründet: Zum einen wurde ein Distanz- anstatt eines Ähnlichkeitsmaßes gewählt, da der absolute Abstand zwischen den studentischen Lebensstilen von Interesse ist. Zum anderen kann die Euklidische Distanz sowohl für metrische als auch für kategoriale (binäre) Variablen eingesetzt werden (Backhaus et al., 2008, S. 405 f.), wie sie bei den zur Verfügung stehenden Variablen der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen vorliegen.

⁶¹ Bereits an dieser Stelle soll angemerkt werden, dass die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie in Kapitel 5.2.3 beschrieben, unterschiedliches Skalenniveau aufweisen. Dichotome Variablen können allerdings im Rahmen der hierarchischen Clusteranalyseverfahren wie quantitative Variablen behandelt werden, so dass sie in die Clusteranalyse eingehen können (Bacher et al., 2010, S. 230, 285).

Auf dieser Basis erfolgt im zweiten Schritt die Auswahl des Fusionierungsalgorithmus der agglomerativen⁶² Verfahrensgruppe. Ziel der Fusionierung ist die Zusammenfassung der Studierenden zu möglichst homogenen Gruppen – den Clustern. Zur Fusionierung gibt es unterschiedliche Algorithmen, die herangezogen werden können (das Single-Linkage-, Complete-Linkage-, Average-Linkage-, Centroid-, Median- und Ward-Verfahren). Sie unterscheiden sich in den Konstanten in der Distanzermittlung „zwischen einem Objekt (Cluster) R und dem neuen Cluster (P+Q)“ (Backhaus et al., 2008, S. 415). Für diese Arbeit wurde das Ward-Verfahren ausgewählt, da es laut Backhaus et al. (2008) das einzige Verfahren ist, das „gleichzeitig sehr gute Partitionen findet und meistens die richtige Clusterzahl signalisiert“ (S. 444). Grundannahme ist, dass das Ward-Verfahren die „Clusterzentren als Repräsentanten“ (Bacher et al., 2010, S. 150) des jeweiligen Clusters verwendet, d. h. „dass ein Cluster durch seine Clusterzentren (Mittelwerte der in die Clusterbildung einbezogenen Variablen) charakterisiert werden kann“ (Bacher et al., 2010, S. 150). Das Ward-Verfahren nutzt dabei im Vergleich zu den anderen Fusionierungsalgorithmen ein besonderes Maß im Gruppenbildungsprozess: das so genannte Heterogenitätsmaß. Während des Clusterungsprozesses werden dabei „nicht diejenigen Gruppen zusammengefasst (...), die die geringste Distanz aufweisen, sondern es werden die Objekte (Gruppen) vereint, die ein vorgegebenes Heterogenitätsmaß am wenigsten vergrößern“ (Backhaus et al., 2008, S. 420). Dieses Heterogenitätsmaß ist beim Ward-Verfahren das bereits angesprochene Varianzkriterium. Es wird auch Fehlerquadratsumme genannt. Zu Beginn des Fusionierungsprozesses hat diese Fehlerquadratsumme den Wert Null, denn jeder Studierende befindet sich in einem eigenen Cluster, so dass noch keine Varianz vorliegt. In den weiteren Clusterungsschritten soll sich die Fehlerquadratsumme nach dem Ward-Algorithmus nun am wenigsten erhöhen. So werden die jungen Akademiker so lange zusammengefasst, bis schließlich alle Studierenden in einem Cluster vereint sind. Das Ward-Verfahren wird im Vergleich zu den fünf anderen Fusionierungsalgorithmen als eher konservativ bezeichnet, da es weder dilatierend noch kontrastierend bei der Gruppenbildung vorgeht. Es bildet etwa gleich große Gruppen und nutzt als Proximitätsmaße Distanzmaße – speziell die Euklidische Distanz (Backhaus et al., 2008, S. 420-429). Dies wurde bereits im ersten Ablaufschritt aus der Fülle der Ähnlichkeits- und Distanzmaße ausgewählt, so dass die Schritte eins und zwei aufeinander abgestimmt sind.

Backhaus et al. (2008) nennen schließlich sechs Aspekte zur Anwendung des Ward-Verfahrens, durch die diese Variante der agglomerativen Fusionierungsalgorithmen erfolgsversprechend einsetzbar wird:

- „die Verwendung eines Distanzmaßes ein (inhaltlich) sinnvolles Kriterium zur Ähnlichkeitsbestimmung darstellt;
- alle Variablen auf metrischem Skalenniveau gemessen werden;

⁶² Die hierarchischen Clusteranalyse-Verfahren werden in agglomerative und divisive eingeteilt. Die agglomerative Vorgehensweise startet mit der Fusionierung bei der kleinsten Partition, während die divisiven genau umgekehrt vorgehen (alle Untersuchungsobjekte = eine Gruppe) (Backhaus et al., 2018, S. 457).

- keine Ausreißer⁶³ in einer Objektmenge enthalten sind bzw. vorher eliminiert wurden;
- die Variablen unkorreliert sind;
- zu erwarten ist, dass die Elementzahl in jeder Gruppe ungefähr gleich groß ist;
- die Gruppen in etwa die gleiche Ausdehnung besitzen“ (S. 425).

Hinsichtlich der vorliegenden Daten wurden diese Empfehlungen vor Durchführung der Clusteranalyse reflektiert. Die Ergebnisse werden hier kurz zusammengefasst: (1) Mit der Verwendung der Euklidischen Distanz als Distanzmaß wurde auf Basis der theoretischen Überlegungen ein sinnvolles Kriterium zur Ähnlichkeitsbestimmung ausgewählt. (2) Die der Clusteranalyse zugrundeliegenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Sportaktivität, Alltagsaktivität, Ernährungsverhalten, inaktive Sitzzeit über Medienkonsum) sind intervallskaliert. Zudem können die binär codierten Variablen zum Alkohol- und Nikotinkonsum – wie bereits angedeutet – in die Clusteranalyse einfließen. Somit ist diese Empfehlung ebenfalls als umgesetzt anzusehen. (3) Der Datensatz wurde hinsichtlich des Alters bereinigt, so dass die Stichprobe für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen keine Ausreißer auf Basis des Alters enthalten sollte. Allerdings wurde die Empfehlung, das Single-Linkage Verfahren zusätzlich zur Ausreißerelimination vor der Clusteranalyse mittels Ward-Verfahren durchzuführen, nicht umgesetzt. Begründet ist diese Entscheidung über folgende drei Argumente:

- Die Identifikation von Ausreißern ist vor dem Hintergrund lebensstiltheoretischer Annahmen sehr subjektiv geprägt und es lassen sich keine stringent begründbaren Grenzen hinsichtlich der Entscheidung Ausreißer oder nicht in den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ziehen.
- Durch eine Ausreißerelimination fallen ggf. einzelne Lebensstilgruppen weg, die durch die Clusteranalyse identifiziert werden. So würde der Datensatz bereits von Beginn an homogenisiert, was für die Typenbildung eher hinderlich wäre.
- Das Vorhandensein möglicher Ausreißer wird bei einer Stichprobengröße von $N = 1.829$ wenig ins Gewicht fallen, d. h. falls es dennoch vereinzelt Ausreißer gibt, werden diese die Ergebnisse in ihrer grundlegenden Tendenz kaum verändern.

(4) Die Überprüfung auf Unkorreliertheit der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen untereinander ist erfolgt und kann aufgrund der Ergebnisse als hinreichend erfüllt angesehen werden⁶⁴. Die letzten zwei Empfehlungen (5 und 6) sind – auf Basis des explorativen Charakters der hierarchischen Clusteranalyse – nicht vollends nach-

⁶³ Als Ausreißer werden Objekte bezeichnet, „die im Vergleich zu den übrigen Objekten eine vollkommen anders gelagerte Kombination der Merkmalsausprägungen aufweisen und sich dadurch von allen anderen Objekten stark unterscheiden. Sie führen dazu, dass der Fusionierungsprozess der übrigen Objekte stark beeinflusst wird und damit das Erkennen der Zusammenhänge zwischen den übrigen Objekten erschwert wird und Verzerrungen auftreten“ (Backhaus et al. 2008, S. 442f.).

⁶⁴ Die Interkorrelationen der in die Clusteranalyse eingehenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen finden sich in einem Range von $r = -.162$ bis $r = .164$. Der kritische Grenzwert für den Ausschluss korrelierter Variablen liegt laut Backhaus et al. (2018) bei Korrelationen >0.9 (S. 491). Die detaillierte Korrelationsmatrix kann im Anhang D eingesehen werden.

vollziehbar. So gibt es keine theoretisch begründeten Annahmen, die die Erwartung an eine gleiche Gruppengröße innerhalb der einzelnen Cluster als auch an eine ähnliche Ausdehnung rechtfertigen. Denn Ziel der hierarchischen Clusteranalyse ist es, diese Gruppen und ihre Ausdehnung zu identifizieren. Von daher werden diese zwei Aspekte nicht weiter berücksichtigt.

Nachdem die Fusionierung mittels Ward Algorithmus abgeschlossen ist, wird der Gruppierungsprozess in SPSS in Form eines normierten Dendrogramms (auf einer Skala von 0 bis 25, wobei der Heterogenitätswert 25 das Ende des Prozesses beschreibt) dargestellt. Aus diesem kann eine erste visuelle Einschätzung hinsichtlich der möglichen Cluster-Lösung erfolgen. Dies ist der Übergang zum letzten Ablaufschritt.

Im dritten Ablaufschritt – der Bestimmung der optimalen Clusteranzahl – kommt es schließlich zur Entscheidung, welche Cluster-Lösung die geeignetste für den Datensatz ist. Dabei muss der Anwender zwischen ‚der ‚Homogenitätsanforderung an die Cluster-Lösung‘ und der ‚Handhabbarkeit der Cluster-Lösung‘ bezogen auf die Anzahl der identifizierten Gruppen“ (Backhaus et al., 2008, S. 430) abwägen. Die Wahl der Cluster-Lösung sollte somit nicht willkürlich erfolgen, sondern sich an statistischen Kriterien und inhaltlichen Begründungen orientieren. Dabei kommen mehrere Varianten in Frage (visuelle Analyse der Zuzuordnungsübersicht und des Scree-Plots (das so genannte Elbow-Kriterium), Stopping Rules (z. B. Calinski-Harabasz oder der Test von Mojena). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden zum einen eine erste Einschätzung über die visuelle Kontrolle des Dendrogramms als Endergebnis des Fusionierungsprozesses sowie zum anderen die Betrachtung des Elbow-Kriteriums genutzt, bevor eine Clusterzentrenanalyse über das Austauschverfahren der partitionierenden Variante der Clusteranalyse Anwendung findet (K-Means-Clusteranalyse). Dieser letzte Schritt wird für große Datensätze empfohlen (Backhaus et al., 2018, S. 493), setzt aber die Vorgabe einer Clusteranzahl voraus. „Die partitionierenden Verfahren gehen von einer gegebenen Gruppierung der Objekte (Startpartition) und damit verbunden einer festgelegten Zahl an Clustern aus und ordnen die einzelnen Elemente mit Hilfe eines Austauschalgorithmus [bzw. einer Verlagerung] zwischen den Gruppen so lange um, bis eine gegebene Zielfunktion ein Optimum erreicht“ (Backhaus et al., 2008, S. 412). Ein Kennzeichen dieser Verfahren ist damit, dass sie während des Fusionierungsprozesses einen Tausch der Studierenden zwischen den Gruppen erlauben. Damit sind die partitionierenden Verfahren im Vergleich zu den hierarchischen variabler⁶⁵.

Das Austauschverfahren – als eine prominente Variante der partitionierenden Clusteranalyse-Verfahren – nutzt die Verbesserung des beschriebenen Varianzkriteriums zur Optimierung der Clusterbelegung. Im Rahmen dieses Fusionierungsschritts läuft der Clusterungsprozess so lange ab, bis die Belegung in den Clustern optimiert ist und keine weitere Verbesserung des Varianzkriteriums durch erneute Verschiebung herbeigeführt werden kann. In dieser Arbeit wird, wie bereits beschrieben, das Vorschalten der hierarchischen Clusteranalyse

⁶⁵ Diese Variabilität steht einer größeren Beeinflussbarkeit des Ergebnisses des Fusionierungsprozesses – auch durch die subjektive Auswahl der Startpartition – gegenüber. So können die Ergebnisse für zwei unterschiedliche Startpartitionen unterschiedlich sein (Backhaus et al., 2008, S. 414). Dies wird im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

zur Identifikation der genauen Cluster-Anzahl für die partitionierende Clusteranalyse genutzt, um ein fundiertes Ergebnis hinsichtlich der Gruppen zu erhalten.

Mit Blick auf die vorliegende Qualität der Variablen muss ein weiterer Schritt vor Durchführung der Clusteranalyse erfolgen. Besitzen Variablen, die in die hierarchische Clusteranalyse eingehen sollen, nicht das gleiche Messniveau, unterschiedliche Maßeinheiten oder stehen in hierarchischer Verbindung zu einander, muss formal eine Gewichtung oder Transformation (Standardisierung) dieser erfolgen, bevor der Gruppierungsprozess durchgeführt wird. Dies betrifft die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, da einige intervallskaliert und andere binär codiert sind. Zur Transformation gibt es verschiedene Möglichkeiten (Bacher et al., 2010, S. 176). Für die vorliegende Arbeit wird die z-Transformation – die Standardisierung der in die Clusteranalyse eingehenden Variablen (Lösungsstrategie 1 bei Inkommensurabilität) – gewählt (Bacher et al., 2010, S. 175 f.). So gehen alle Verhaltensweisen gleichgewichtet in die Analyse ein.

Schließlich kann die Interpretation der Cluster sowohl auf Basis der Rohwerte, als auch mittels standardisierter Werte erfolgen. Dabei ist relevant zu wissen, dass die standardisierten Werte lediglich Anhaltspunkte bieten, „wie stark ein Cluster in einer Variablen vom Gesamtmittelwert abweicht“ (Bacher et al., 2010, S. 183), während die „nichtstandardisierten Rohwerte (...) eine Interpretation in der ursprünglichen Skala und Vergleiche zwischen den Variablen, die in derselben Einheit gemessen sind“ (Bacher et al., 2010, S. 183), ermöglichen. Mit Blick auf die Interpretation der z-standardisierten Werte wird Bünemann (2008) folgend eine Merkmalsausprägung erst berücksichtigt, wenn sie mindestens $\pm .04$ vom z-standardisierten Mittelwert des Clusterzentrums abweicht (S. 121).

5.4.7 *Die multiple lineare Regression*

Die Verfahrensgruppe der Regressionsanalyse zählt nach Backhaus et al. (2008) zu den strukturen-prüfenden Verfahren. Konkret findet die Regression Verwendung, um „Zusammenhänge quantitativ zu beschreiben und sie zu erklären [oder] Werte der abhängigen Variablen zu schätzen bzw. zu prognostizieren“ (S. 52). Sie wird im Rahmen des vorliegenden Dissertationsvorhabens zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 eingesetzt, wenn der Zusammenhang der personalen und sozialen Ressourcen sowie des globalen Stressempfindens mit jeweils dem physischen und psychischen Gesundheitszustand in den einzelnen Clustern geprüft wird. Somit wird eine einseitige Kausalbeziehung zwischen der jeweils metrisch skalierten abhängigen (dem Gesundheitszustand) und den in diesem Fall drei metrisch skalierten unabhängigen Variablen untersucht (personale sowie soziale Ressourcen und globales Stressempfinden). Voraussetzung für die Durchführung aller Arten der Regression ist die a priori Festlegung der abhängigen und unabhängigen Variablen. Die Bezeichnung dieser bei-

den Variablentypen ist bei der Regressionsanalyse unterschiedlich, aber dennoch spezifisch: so wird die abhängige Variable auch als Regressand, endogene, erklärte, Prognose- oder Kriteriumsvariable und die (mindestens eine) unabhängige Variable wird auch als Regressor, exogene, erklärende oder Prädiktorvariable bezeichnet.

Das spezielle Verfahren der multiplen linearen Regression wird eingesetzt, wenn sowohl die abhängige als auch die unabhängigen Variablen metrisches Skalenniveau aufweisen. Es wird der unabhängige Einfluss der Prädiktorvariablen auf die Kriteriumsvariable geprüft. Dieser Prozess läuft in Anlehnung an Backhaus et al. (2008) in fünf Schritten ab:

- (1) Aufstellung des linearen Regressionsmodells über die angenommenen Zusammenhänge von Prädiktoren und Kriteriumsvariable auf Grundlage von inhaltlich-theoretischen Überlegungen sowie Ursache-Wirkungsannahmen durch den Forscher,
- (2) Schätzung der Regressionsfunktion über die Methode der kleinsten Quadrate mit dem Ergebnis einer möglichst gut zum Datensatz passenden Regressionsfunktion bzw. -geraden, bei der die Abweichungen der Beobachtungswerte von den Schätzwerten möglichst gering sind (mittels partieller Differentiation),
- (3) Prüfung der Güte der Regressionsfunktion mittels R^2 , F-Statistik und/oder Standardfehler,
- (4) Prüfung der einzelnen Regressionskoeffizienten über die t- und β -Werte sowie
- (5) Prüfung der Modellprämissen (S. 56-91).

Im Rahmen dieser Schritte werden verschiedene Gütemaße relevant, die im Folgenden beschrieben werden:

- (Unstandardisierter) Regressionskoeffizient (b): Der Regressionskoeffizient b ist die Größe in der linearen Regressionsfunktion, um die sich die Kriteriumsvariable erhöht, wenn sich der Prädiktor um eine Einheit verändert. Im Hinblick auf die Interpretation ist zu beachten, dass seine Höhe keine Aussage über die Relevanz der entsprechenden unabhängigen Variablen im Vergleich zu den anderen zulässt, es sei denn, die unterschiedlichen unabhängigen Variablen sind in gleichen Einheiten gemessen. Er gibt lediglich Auskunft darüber, welchen Einfluss der Regressor auf die Vorhersage des Regressanden besitzt (Backhaus et al., 2008) und erlaubt damit modellübergreifende Vergleiche.
- Standardisierte Regressionskoeffizienten β (β -Werte): Die Standardisierung der Regressionskoeffizienten führt dazu, dass sie innerhalb einer Regressionsanalyse miteinander vergleichbar gemacht werden können, auch wenn die Regressoren ein unterschiedliches Skalenniveau aufweisen (Backhaus et al., 2008, S. 66). Die β -Werte bieten somit die Möglichkeit eine Aussage darüber zu treffen, welcher Regressor den größten Beitrag zur Erklärung des Regressanden leistet. Dazu wird immer der Betrag der einzelnen β -Werte genutzt. Im Rahmen der Standardisierung erfolgt somit die Eliminierung der unterschiedlichen Dimensionen, so dass diese Aussage über die Wichtigkeit der einzelnen erklärenden Variablen im Regressionsmodell getroffen werden kann (Backhaus et al., 2008).

- Bestimmtheitsmaß R^2 : Das Bestimmtheitsmaß R^2 wird genutzt, um die Regressionsfunktion im Ganzen zu prüfen („goodness of fit“; Schritt 3). Es ist ein deskriptiver Kennwert für die Güte des Vorhersagemodells und wird auch als Determinationskoeffizient bezeichnet. R^2 kann Werte zwischen Null und Eins annehmen, wobei höhere Werte für einen größeren Anteil der erklärten Streuung an der Gesamtstreuung und damit für eine bessere Passung der Regressionsfunktion stehen.
- Standardfehler der Schätzung (SE): Auch der Standardschätzfehler gilt als weiteres Maß zur Überprüfung der Modelgüte der Regressionsfunktion. Er gibt an, „welcher mittlere Fehler bei Verwendung der Regressionsfunktion zur Schätzung der abhängigen Variablen Y gemacht wird“ (Backhaus et al., 2008, S. 75) und gibt damit Auskunft über die Streuung der Daten. Er wird in Beziehung zum Mittelwert der abhängigen Variablen gesetzt und ist die Standardabweichung der Residuen, d. h. er ergibt sich aus der Wurzel des Quotienten der Summe der quadrierten Abweichungen der Differenz des beobachteten und geschätzten Werts durch die Stichprobengröße (Bühner & Ziegler, 2009, S. 585-586).

Zur Bewertung der Effektstärke werden in Anlehnung an Cohen folgende Werte für R^2 herangezogen:

$R^2 = .02$ = kleiner Effekt

$R^2 = .13$ = mittlerer Effekt

$R^2 = .26$ = großer Effekt

Nachdem alle statistischen Verfahren zur Auswertung des vorliegenden Datensatzes beschrieben wurden, erfolgt im nächsten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse.

6 Darstellung der Ergebnisse

Das folgende Kapitel enthält die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen (vgl. Kapitel 4). Es ist in Anlehnung an diese dreigeteilt. In einem ersten Schritt (vgl. Kapitel 6.1 und 6.2) werden die deskriptiven Befunde präsentiert, um einen Überblick über den Datensatz zu erhalten und den Ist-Zustand zur Einschätzung der Gesundheit, zum studentischen Stressempfinden, zu den ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen sowie den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der modifizierten Paderborner Studierendenstichprobe abzubilden. In diesem Rahmen werden die Ergebnisse der Unterschiedsprüfungen auf Basis der lebensstilrelevanten Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen dargestellt.

An dieser Stelle soll bereits vorab darauf hingewiesen werden, dass sich in vielen Themenkomplexen hohe Streuungen in den Antwortverhalten der Studierenden zeigen. Diese werden nicht in jedem einzelnen Abschnitt erneut erwähnt, um die Leserfreundlichkeit aufrecht zu erhalten. Sie werden aber als bestätigendes Indiz für die Notwendigkeit einer differenzierteren Betrachtung der Studierendenschaft mittels Clusteranalysen angesehen. In einem zweiten Schritt erfolgt die Darstellung der identifizierten studentischen Lebensstiltypen auf Basis der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und lebensstilrelevanten Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft und finanzielle Ressourcen. Anschließend werden die Unterschiedsprüfungen in Abhängigkeit der Clusterzugehörigkeit für die Einschätzung von Gesundheit, Stress und Ressourcen dargestellt (vgl. Kapitel 6.3).

In einem dritten Schritt werden die Cluster hinsichtlich ihrer Zusammenhangsmuster von Ressourcenausstattung und Stressempfinden im Hinblick auf die Einschätzung des Gesundheitszustands betrachtet (vgl. Kapitel 6.4).

6.1 Gesundheit, Stress und Ressourcen der Paderborner Studierenden

Dieser Abschnitt dient der Deskription der erhobenen Merkmale der Paderborner Studierenden. Die Ergebnisse werden in Themenblöcken zum subjektiven Gesundheitszustand, dem globalen Stressempfinden sowie den personalen und sozialen Ressourcen aufgearbeitet.

6.1.1 *Subjektiver Gesundheitszustand*

Die Paderborner Studierenden schätzen ihren körperlichen Gesundheitszustand im Mittel mit 52,40 Punkten (SD = 6,54 Punkte) und ihren psychischen Gesundheitszustand mit durchschnittlich 42,13 Punkten (SD = 10,98 Punkte) ein (vgl. Abb. 10). Im Vergleich zur nahezu altershomogenen Normstichprobe des Originalinstruments (n = 473 gesunde Erwachsene im Alter von 21-30 Jahren) bewerten die Paderborner Studenten ihren körperlichen Gesundheitszustand auf gleichem Niveau (Mittelwert der Normstichprobe: $\bar{x}_{\text{PHG-Norm}} = 52,86$ Punkte;

$SD_{PHG-Norm} = 6,76$ Punkte), während sie den psychischen Gesundheitszustand höchst signifikant schlechter beurteilen (Mittelwert der Normstichprobe: $\bar{x}_{PSG-Norm} = 51,92$ Punkte; $SD_{PSG-Norm} = 8,35$ Punkte; $df = 2.300$; $ItI = 18.085$; $p \leq 0.001$; ***).

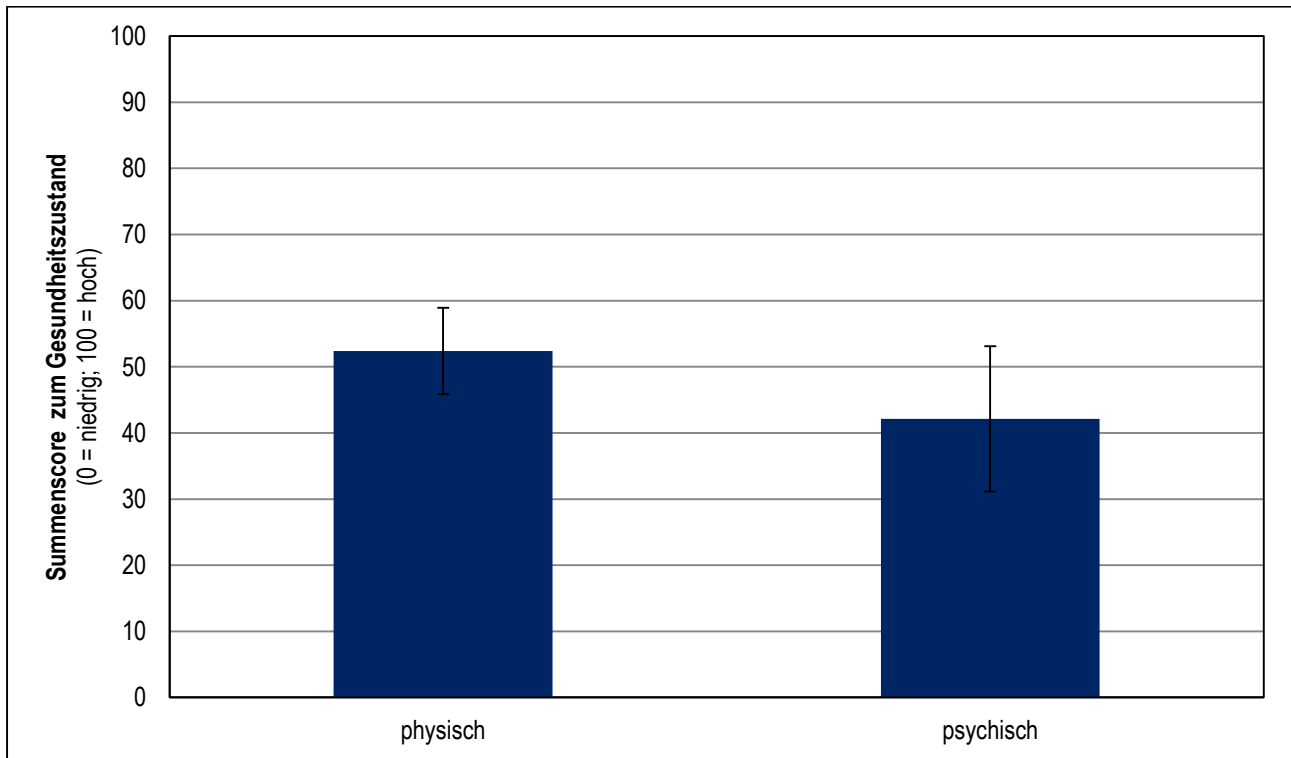


Abb. 10. Der subjektive Gesundheitszustand der Paderborner Studierenden (n = 1.829)

Die Unterschiedsprüfungen ergeben hinsichtlich des körperlichen Gesundheitszustands signifikante Unterschiede auf Basis des Geschlechts, der Bildungsherkunft sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen (vgl. Tab. 18): Die Studentinnen (n = 1.075) schätzen ihre physische Gesundheit mit 51,90 Punkten ($SD_w = 6,67$ Punkte) höchst signifikant schlechter ein als ihre männlichen Kommilitonen (n = 754, $\bar{x}_m = 53,11$ Punkten, $SD_m = 6,29$ Punkte; $p = .000$; ***). Das Effektstärkemaß η^2 zeigt einen kleinen Effekt für diesen Mittelwertunterschied ($\eta^2 = .01$).

Bezogen auf die Bildungsherkunft – gemessen am höchsten Bildungsabschluss im Elternhaus – gestalten sich die Ergebnisse wie folgt: Studierende, bei denen mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife oder das Abitur erreicht hat (n = 457), schätzen ihren körperlichen Gesundheitszustand höchst signifikant schlechter ein ($p = .001$; ***) als Studierende, bei denen mindestens ein Elternteil einen Hochschulabschluss besitzt (n = 700; $\bar{x}_{B_FHR_ABI} = 51,55$, $SD_{B_FHR_ABI} = 7,01$ versus $\bar{x}_{B_HS} = 53,11$, $SD_{B_HS} = 5,99$; ***). Die Effektstärke η^2 gibt mit $\eta^2 = .01$ ebenfalls einen kleinen Effekt für diesen Mittelwertunterschied. Die weiteren Mittelwertunterschiede in den einzelnen Gruppen treten statistisch gesehen zufällig auf.

Mit Blick auf die finanziellen Ressourcen der Studierenden liegen ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede vor ($p = .002$, **): Die Studierenden mit einem Budget von bis zu 200€ ($n = 586$) unterscheiden sich sowohl von denjenigen, die 200-400€ im Monat ($n = 924$) als auch von denjenigen, die über 400€ im Monat ($n = 319$) zur Gestaltung des Alltags zur Verfügung haben ($\bar{x}_{\text{Geld_B200}} = 51,62$, $SD_{\text{Geld_B200}} = 7,04$ versus $\bar{x}_{\text{Geld_200_400}} = 52,73$, $SD_{\text{Geld_200_400}} = 6,14$; $p = .005$; **, und $\bar{x}_{\text{Geld_B200}} = 51,62$, $SD_{\text{Geld_B200}} = 7,04$ versus $\bar{x}_{\text{Geld_Ü400}} = 52,89$, $SD_{\text{Geld_Ü400}} = 6,59$; $p = .019$; *). Die Effektstärke η^2 liegt bei $\eta^2 = .01$ und zeigt damit einen kleinen Effekt.

Tab. 18. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum physischen Gesundheitszustand hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1827	2.26	.000	.01
Bildungsherkunft	3	5.87	.001	.01
finanzielle Ressourcen	2	6.37	.002	.01

Auch hinsichtlich der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands decken die Mittelwertvergleiche statistisch relevante Unterschiede auf (vgl. Tab. 19). Die Gesamtstichprobe unterscheidet sich auf Basis des Geschlechts ($p = .000$; ***): Die Studentinnen ($N = 1.075$) bewerten ihre psychische Gesundheit im Durchschnitt mit 40,86 Punkten ($SD_{\text{weiblich}} = 11,04$ Punkten), während die Studenten ihre psychische Gesundheit mit 43,94 Punkten ($SD_{\text{männlich}} = 10,64$ Punkten) angeben ($p = .000$; ***). Mit einer Effektstärke von $\eta^2 = .02$ ergibt sich ein kleiner Effekt für diese unterschiedlichen Einschätzungen. Zudem lässt sich festhalten, dass sich die Studierenden weder mit Blick auf ihre Bildungsherkunft noch hinsichtlich ihrer zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen in ihrer Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands signifikant voneinander unterscheiden.

Tab. 19. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum psychischen Gesundheitszustand hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1827	3.13	.000	.02
Bildungsherkunft	3	2.05	.105	-
finanzielle Ressourcen	2	1.11	.330	-

6.1.2 Globales Stressempfinden im Studium

Die Paderborner Studierenden bewerten ihr globales Stressempfinden im Studium mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 3,54$ (SD = 0,78) zwischen den Ausprägungen „etwas“ bis „sehr stressreich“ (vgl. Abb. 11).

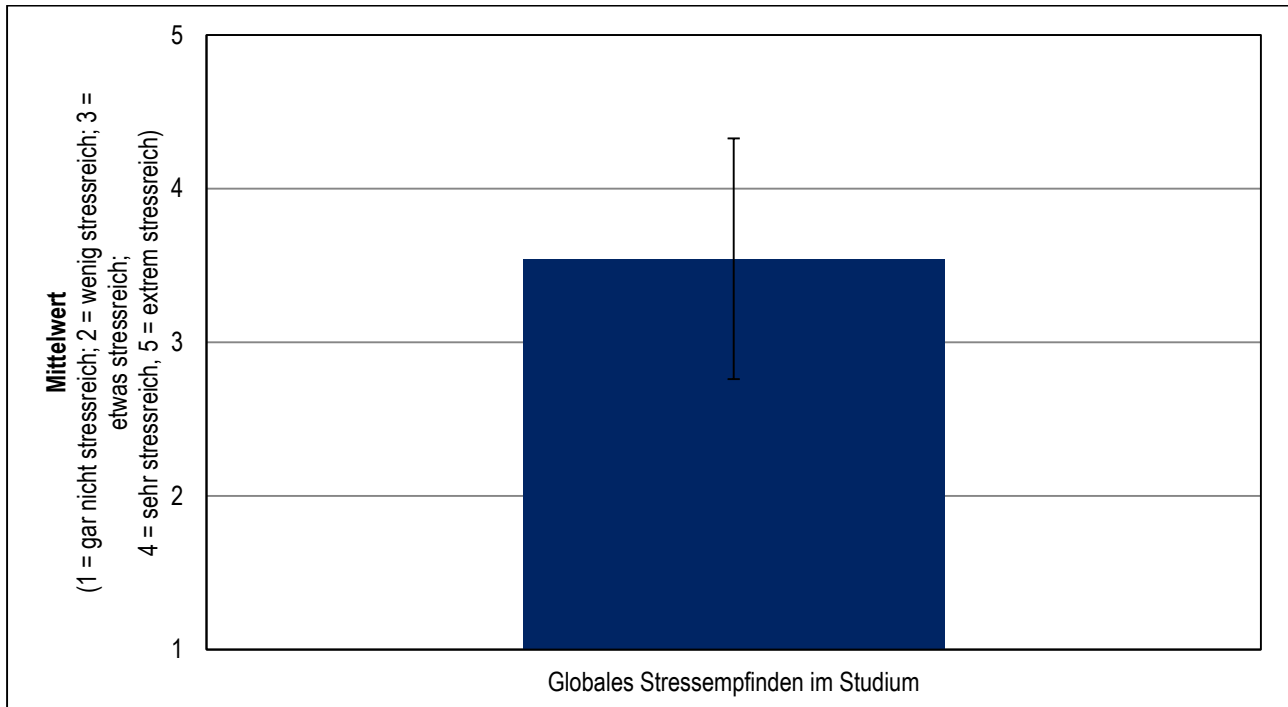


Abb. 11. Das globale Stressempfinden der Paderborner Studierenden (n = 1.829)

Die Unterschiedsprüfung auf Basis des Geschlechts, der Bildungsherkunft sowie der finanziellen Ressourcen ergeben statistisch signifikante Ergebnisse für das Geschlecht sowie die Bildungsherkunft der jungen Akademiker (vgl. Tab. 20): Studentinnen (N = 1.075) fühlen sich mit einem Mittelwert von $\bar{x}_w = 3,61$ ($SD_w = 0,75$) höchst signifikant gestresster als ihre männlichen Kommilitonen (N = 754; $\bar{x}_m = 3,45$; $SD_m = 0,83$; $p = .000$; ***). Die Effektgröße ist mit $\eta^2 = .01$ als klein einzuordnen.

Bezogen auf die Bildungsherkunft der Paderborner Studierenden deckt die Varianzanalyse ebenfalls einen signifikanten Unterschied – nahe der Signifikanzgrenze ($p = .045$; *) – auf, der sich im Paarvergleich zwischen den Studierenden, deren Eltern mindestens einen Realschulabschluss haben und denjenigen, deren Eltern mindestens einen Hochschulabschluss besitzen, äußert: die Studierenden aus dem Elternhaus mit höherem Bildungsabschluss fühlen sich weniger gestresst im Studium ($\bar{x}_{B_RS} = 3,63$, $SD_{B_RS} = 0,74$ versus $\bar{x}_{B_HS} = 3,49$, $SD_{B_HS} = 0,79$; $p = .046$; *). Die Effektstärke von $\eta^2 = .01$ ist auch hier als gering zu bewerten.

Das den Paderborner Studierenden zur Verfügung stehende Geld zur Lebensgestaltung hat hingegen keinen statistisch nachweisbaren Einfluss bezogen auf die unterschiedliche Bewertung des Stressempfindens im Studium.

Tab. 20. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum globalen Stressempfinden im Studium hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1513.11	12.36	.000	.01
Bildungsherkunft	3	2.69	.045	.01
finanzielle Ressourcen	2	2.33	.097	-

6.1.3 Personale und soziale Ressourcen

Die Paderborner Studierenden bewerten ihre studiumsbezogene Selbstwirksamkeit mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 2,83$ (SD = 0,43; vgl. Abb. 12). Es kann im Durchschnitt von einer moderat ausgeprägten Selbstwirksamkeit ausgegangen werden.

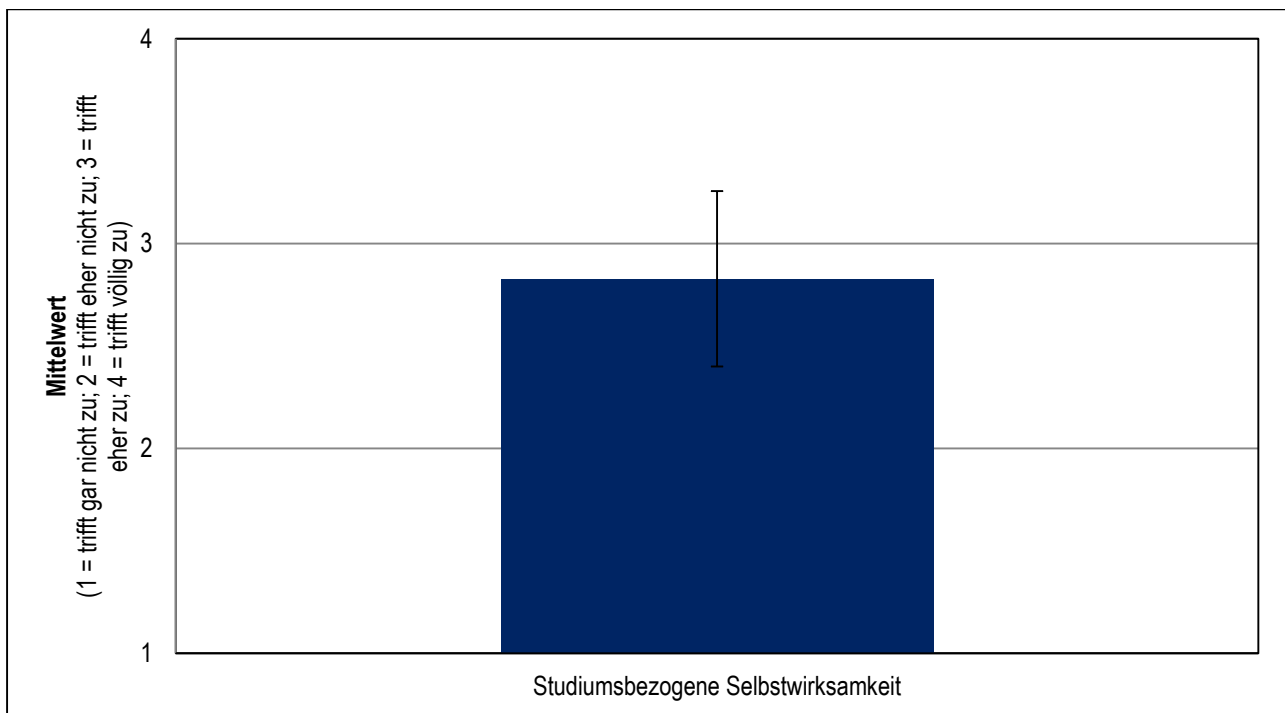


Abb. 12. Die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit der Paderborner Studierenden (n = 1.829)

Hinsichtlich der bereits angeführten Differenzierungskriterien der Stichprobe (Geschlecht, Bildungsherkunft, finanzielle Ressourcen) finden sich signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich des Geschlechts und der finanziellen Ressourcen (vgl. Tab. 21): Studentinnen (N = 1.075) schätzen ihre Selbstwirksamkeit im Mittel mit $\bar{x}_w = 2,79$ (SD_w = 0,41) schlechter ein als Studenten mit $\bar{x}_m = 2,87$ (SD_m = 0,45) ein (p = .000; ***). Die Effektstärke von $\eta^2 = .01$ zeigt einen kleinen Effekt für dieses Ergebnis.

Mit Blick auf die finanziellen Ressourcen der Studierenden liegen ebenfalls statistisch höchst signifikante Unterschiede vor (p = .000; ***): Die Studierenden mit einem Budget von bis zu 200€ (n = 586) unterscheiden sich

von denjenigen, die über 400€ im Monat ($n = 319$) zur Gestaltung des Alltags zur Verfügung haben ($\bar{x}_{\text{Geld_B200}} = 2,78$, $SD_{\text{Geld_B200}} = 0,41$ versus $\bar{x}_{\text{Geld_Ü400}} = 2,90$, $SD_{\text{Geld_Ü400}} = 0,42$; $p = .000$; ***). Zudem unterscheiden sich die Studierenden mit einem mittleren Budget (200-400€) von denjenigen mit über 400€ signifikant voneinander ($\bar{x}_{\text{Geld_200_400}} = 2,83$, $SD_{\text{Geld_200_400}} = 0,44$ versus $\bar{x}_{\text{Geld_Ü400}} = 2,90$, $SD_{\text{Geld_Ü400}} = 0,42$; $p = .029$; *). Allerdings relativiert sich das Ergebnis über ein $\eta^2 = .01$, so dass auch diese Unterschiede lediglich eine geringe praktische Bedeutsamkeit besitzen.

Tab. 21. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1535.37	6.26	.000	.01
Bildungsherkunft	3	1.61	.184	-
finanzielle Ressourcen	2	8.11	.000	.01

Mit Blick auf die soziale Ressource der wahrgenommenen sozialen Unterstützung lässt sich Folgendes festhalten (vgl. Abb. 13): Die Paderborner Studierenden fühlen sich mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 4,18$ ($SD = 0,66$) von ihrem sozialen Umfeld im Durchschnitt gut unterstützt.

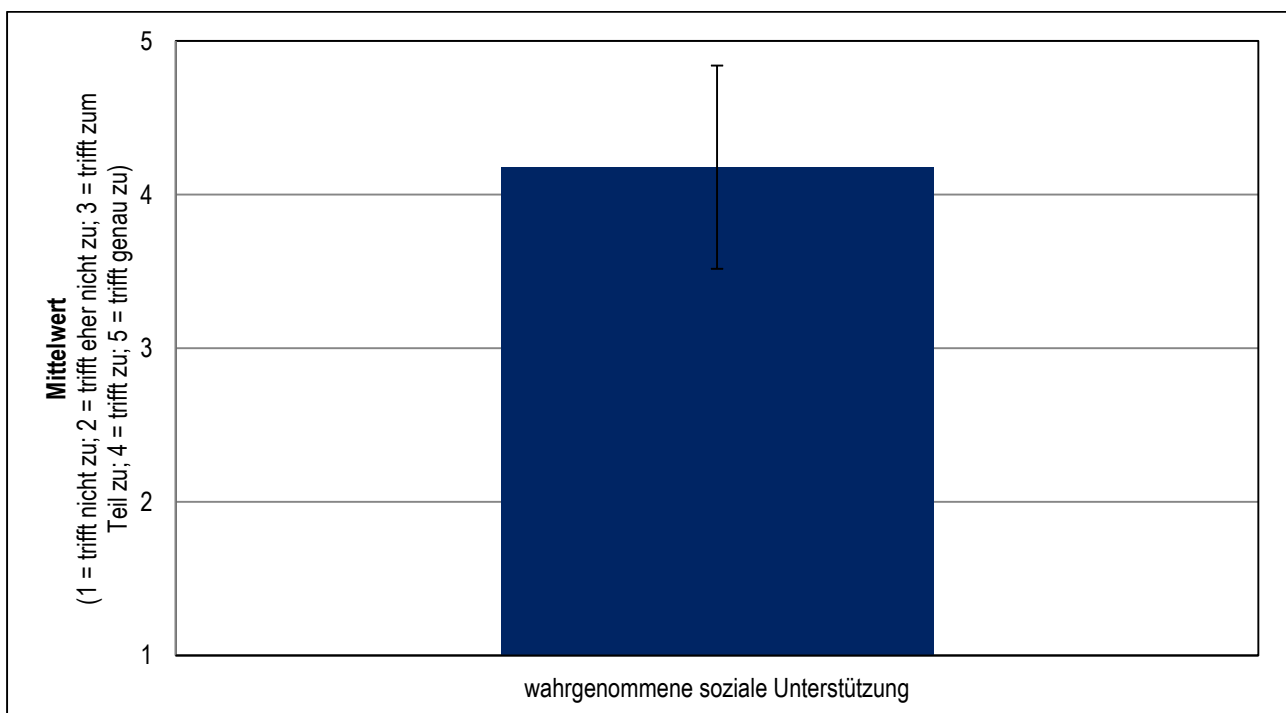


Abb. 13. Die wahrgenommene soziale Unterstützung der Paderborner Studierenden ($n = 1.829$)

Die Unterschiedsprüfungen ergeben, dass sich die Ergebnisse statistisch signifikant für die Faktoren Geschlecht sowie Bildungsherkunft unterscheiden (vgl. Tab. 22): Studentinnen nehmen ihre soziale Unterstützung im Mittel

mit $\bar{x}_w = 4,30$ ($SD_w = 0,61$) besser wahr als Studenten mit $\bar{x}_m = 4,01$ ($SD_m = 0,70$; $p = .000$; ***). Die Effektstärke von $\eta^2 = .05$ ergibt einen kleinen Effekt für dieses Ergebnis. Der Mittelwertvergleich auf Basis der Bildungsherkunft ergibt statistisch bedeutsame Unterschiede in der Paderborner Stichprobe ($p = .011$; *). Diese zeigen sich zwischen den Gruppen „kein oder Hauptschulabschluss“ und „Fachhochschulreife oder Abitur“ ($\bar{x}_{B_K_HS} = 4,07$; $SD_{B_K_HS} = 0,71$ versus $\bar{x}_{B_FHR_ABI} = 4,25$, $SD_{B_FHR_ABI} = 0,64$; $p = .021$). Der η^2 -Wert mit .01 ergibt einen kleinen Effekt.

Tab. 22. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1473.24	15.88	.000	.05
Bildungsherkunft	3	3.72	.011	.01
finanzielle Ressourcen	2	0.90	.406	-

Nachdem die deskriptiven Ergebnisse zur Beschreibung des Gesundheitszustands, des Stressempfindens sowie der Einschätzung ausgewählter personaler und sozialer Ressourcen präsentiert wurden, werden in einem nächsten Abschnitt die Ergebnisse zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dargestellt.

6.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Teil studentischer Lebensstile

Auch dieser Abschnitt dient der Deskription der gesundheitsrelevanten Lebensstilfacetten der Paderborner Studierenden. Er ist der zweite Teil der zielgruppenspezifischen Gesundheitsberichterstattung auf Basis der modifizierten Stichprobe.

6.2.1 Bewegung und Sport

Hinsichtlich der körperlich-sportlichen Aktivität wird zuerst der Alltagsaktivitätsindex dargestellt. Anschließend erfolgt die Ergebnispräsentation zur generellen Sportaktivität sowie zum Sportaktivitätsindex derjenigen Studierenden, die zuvor angegeben haben, dass sie sportlich aktiv sind.

Die Paderborner Studierenden ($N = 1.827$) bewegen sich in ihrem Alltag im Durchschnitt 7h 20 Minuten/Woche ($SD = 6h 33$ Minuten/Woche). Zudem geben 73,6% an, sportlich aktiv zu sein ($N = 1.346$)⁶⁶. Die sportliche Aktivität dieser Studierenden beträgt 4h 58 Minuten/Woche ($SD = 3h 54$ Minuten/Woche).

⁶⁶ Im Hinblick auf die weitere Unterschiedsprüfung wird die Abfrage zur generellen Sportaktivität nicht mehr berücksichtigt, da lediglich die Indices für Alltags- und Sportaktivität als gesundheitsrelevante Verhaltensweisen für diese Arbeit relevant sind und zur Beantwortung der weiteren Forschungsfragen in die Clusteranalyse eingehen.

Die geschlechts-, bildungsherkunfts- sowie geldspezifischen Unterschiedsprüfungen ergeben hinsichtlich der Alltagsaktivität höchst signifikante Differenzen im Hinblick auf das Geschlecht ($p = .000$; ***). Studentinnen ($N = 1.074$) sind mit 8h 1 Minuten/Woche ($SD = 6h 53$ Minuten/Woche) im Alltag aktiver als ihre männlichen Kommilitonen mit 6h 22 Minuten/Woche ($SD = 5h 56$ Minuten/Woche). Der Effekt ist mit einem $\eta^2 = .03$ als klein zu bewerten. Alle anderen Mittelwertunterschiede auf Basis der zu prüfenden Quellen der Variation sind so gering, dass sie bei der statistischen Prüfung nicht signifikant werden (vgl. Tab. 23).

Tab. 23. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels *t*-Test bzw. Varianzanalysen zur Alltagsaktivität hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1749.49	14.25	.000	.03
Bildungsherkunft	3	0.78	.505	-
finanzielle Ressourcen	2	0.74	.479	-

Die Mittelwertvergleiche zur Sportaktivität auf Basis der Variationsquellen Geschlecht, Bildungsherkunft sowie zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen ergeben ebenfalls nur einen statistisch bedeutsamen Unterschied für die Geschlechtsspezifik. Männliche Studierende ($N = 569$) treiben mit durchschnittlich 5h 48 Minuten/Woche ($SD = 4h 17$ Minuten/Woche) mehr Sport als ihre weiblichen Kommilitonen ($N = 773$) mit 4h 22 Minuten/Woche ($SD = 3h 28$ Minuten/Woche; $p = .000$; ***). Mit einem η^2 -Wert von $\eta^2 = .02$ ergibt sich auch an dieser Stelle ein kleiner Effekt hinsichtlich der praktischen Bedeutsamkeit dieses Ergebnisses (vgl. Tab. 24).

Tab. 24. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels *t*-Test bzw. Varianzanalysen zur Sportaktivität hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1068.24	10.71	.000	.02
Bildungsherkunft	3	0.66	.580	-
finanzielle Ressourcen	2	1.54	.215	-

6.2.2 Ernährungsverhalten

Der Ernährungsmusterindex ergibt bei den Paderborner Studierenden ($N = 1.829$) im Mittel einen Wert von 28,28 Punkten ($SD = 4,73$ Punkte) und befindet sich damit geringfügig über der durchschnittlich zu erreichenden Punktzahl von 25 Punkten. Damit kann das Ernährungsverhalten der Studenten als normal – weder besonders positiv bzw. negativ im Sinne der DGE-Empfehlungen – eingestuft werden (vgl. Abb. 14).

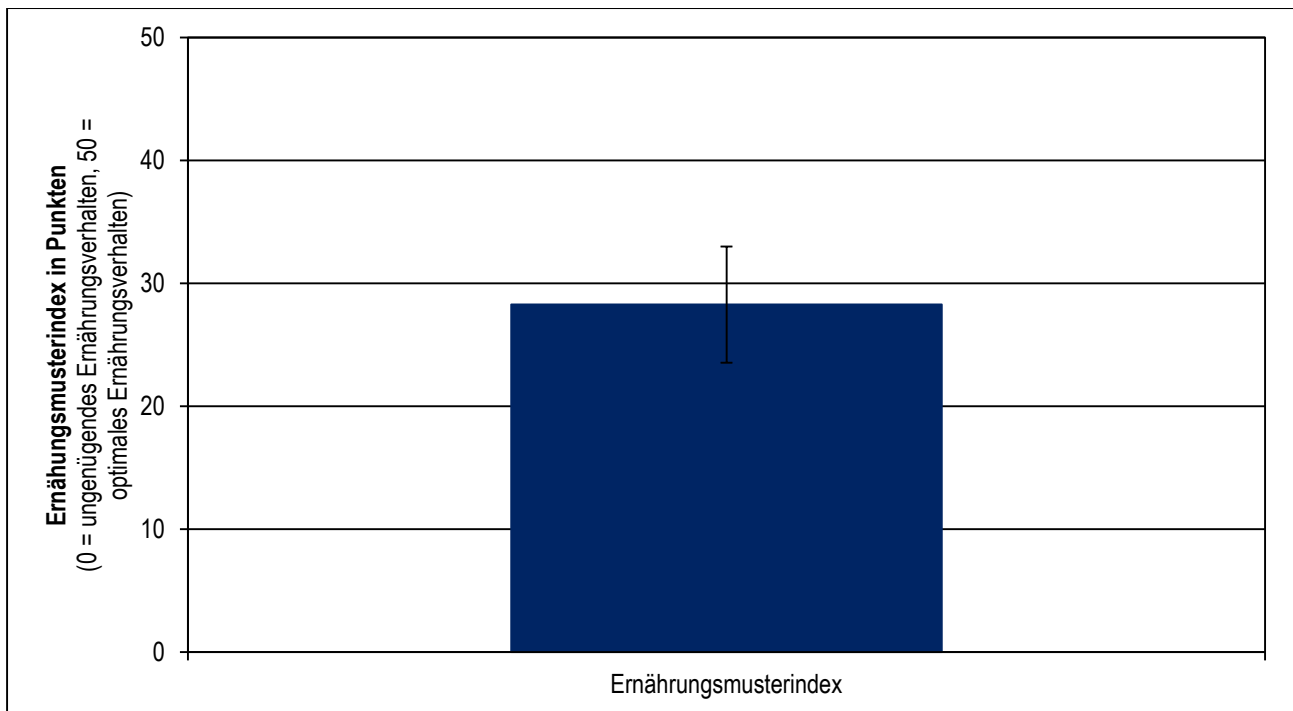


Abb. 14. Das Ernährungsverhalten der Paderborner Studierenden gemessen über den Ernährungsmusterindex (n = 1.829)

Die differenzierte Betrachtung des Ernährungsmusterindexes deckt wiederum signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts auf: Studentinnen (N = 1.075) erreichen im Mittel mit 29,50 Punkten (SD = 4,48 Punkte) einen höheren Ernährungsmusterindex als Studenten (N = 754) mit einem Mittelwert von 26,53 Punkten (SD = 4,52 Punkte; $p = .000$; ***). Die Effektstärke ergibt einen mittleren Effekt mit $\eta^2 = .10$. Bezogen auf die Unterschiede hinsichtlich Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede (vgl. Tab. 25).

Tab. 25. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels *t*-Test bzw. Varianzanalysen zum Ernährungsverhalten hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1827	0.36	.000	.10
Bildungsherkunft	3	2.46	.061	-
finanzielle Ressourcen	2	0.95	.386	-

6.2.3 „Inaktive Sitzzeit“ über Medienkonsum

Hinsichtlich der Inaktivität der Studierenden, gemessen über den Medienkonsum, wird zur Deskription zuerst die Nutzungshäufigkeit jedes einzelnen Mediums angegeben, um eine Orientierung für das Nutzungsverhalten

zu erhalten. Anschließend wird nur noch der gebildete Medienindex als Indikator für die tägliche Nutzung mindestens eines oder mehr der drei Medien betrachtet (vgl. Kapitel 5.2.3.3) und auf seiner Basis die Unterschiedsprüfungen durchgeführt.

Das generelle Nutzungsverhalten von TV, PC und Spielkonsole gestaltet sich wie folgt: Mit 47,3% schaut fast jeder Zweite der befragten Paderborner Studierenden täglich Fern. Weitere 32,0% nutzen ihn mehrmals in der Woche und lediglich 5,2% bezeichnen sich als gänzlich fernsehabsinent. Die durchschnittliche Nutzungsdauer der Studierenden, die den TV täglich einschalten ($N = 867$) liegt bei 2,64 Stunden/Tag ($SD = 1,04$ Stunden/Tag). Der Computer wird von 96,9% der befragten Paderborner Studierenden täglich genutzt ($N = 1.773$). Es gibt keine Studierenden, die komplett auf den Computer verzichten und nur 3,1% nutzen ihn weniger als sieben Tage pro Woche. Die durchschnittliche Nutzungsdauer liegt dabei pro Tag bei gut fünf Stunden ($SD = 2,22$ Stunden/Tag). Die Spielkonsole wird hingegen nur von sehr wenigen Studierenden täglich oder mehrfach in der Woche genutzt ($N = 74$; 4,0%). Der größte Anteil der Studienteilnehmer mit 67,7% spielt nie mit der Konsole, zudem nutzt sie jeder fünfte Studierende nur einmal im Monat. Knapp 8% der Befragten spielen einmal wöchentlich. Die $N = 6$ Studierenden, die die Konsole täglich nutzen, spielen durchschnittlich 1,6 Stunden/Tag ($SD = 0,37$ Stunden/Tag).

Die Aufsummierung des täglichen Nutzungsverhaltens ergibt für die Gesamtstichprobe folgendes Ergebnis: im Mittel nutzen die Paderborner Studierenden, die jeden Tag mindestens eins der drei Medien konsumieren, dieses mindestens 6,55 Stunden/Tag ($SD = 2,77$ Stunden/Tag; $N = 1.788$).

Mit Blick auf die Unterschiedsprüfungen auf Basis der Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen lassen sich erneut signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts finden (vgl. Tab. 26). Studentinnen, die mindestens eins der drei Medien täglich konsumieren ($N = 1.046$), nutzen dieses im Vergleich zu ihren männlichen Kommilitonen ($N = 742$) stundenmäßig weniger ($\bar{x}_w = 6,20$ Stunden/Tag; $s_w = 2,69$ Stunden/Tag; $\bar{x}_M = 7,03$ Stunden/Tag; $s_M = 2,81$ Stunden/Tag). Bei einem Wert von $p = .000$ (***) ist dieser Mittelwertunterschied höchst signifikant, besitzt aber lediglich eine geringe praktische Bedeutsamkeit ($\eta^2 = .02$).

Tab. 26. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels t-Test bzw. Varianzanalysen zum täglichen Medienkonsum gemessen in Stunden hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Geschlecht	1786	0.99	.000	.02
Bildungsherkunft	3	0.38	.711	-
finanzielle Ressourcen	2	3.08	.051	-

6.2.4 Substanzkonsum

Zuerst werden der Nikotinkonsum und anschließend der Alkoholkonsum dargestellt. Mit Blick auf die Gesamtstichprobe lässt sich hinsichtlich des Rauchverhaltens festhalten, dass 22,6% der Studierenden rauchen (vgl. Abb. 15). Zudem konsumieren die meisten Studierenden (54,6%) zwei- bis dreimal im Monat oder einmal wöchentlich Alkohol. Knapp 10% leben komplett alkoholabstinent und kein Studienteilnehmer konsumiert mehrfach täglich alkoholhaltige Getränke (vgl. Abb. 16). Hinsichtlich der Einteilung in regelmäßigen und unregelmäßigen Konsum ist das Verhältnis nahezu ausgeglichen: 52,9% der Studenten fallen in die Gruppe der unregelmäßigen Konsumenten, 47,1% trinken regelmäßig Alkohol.

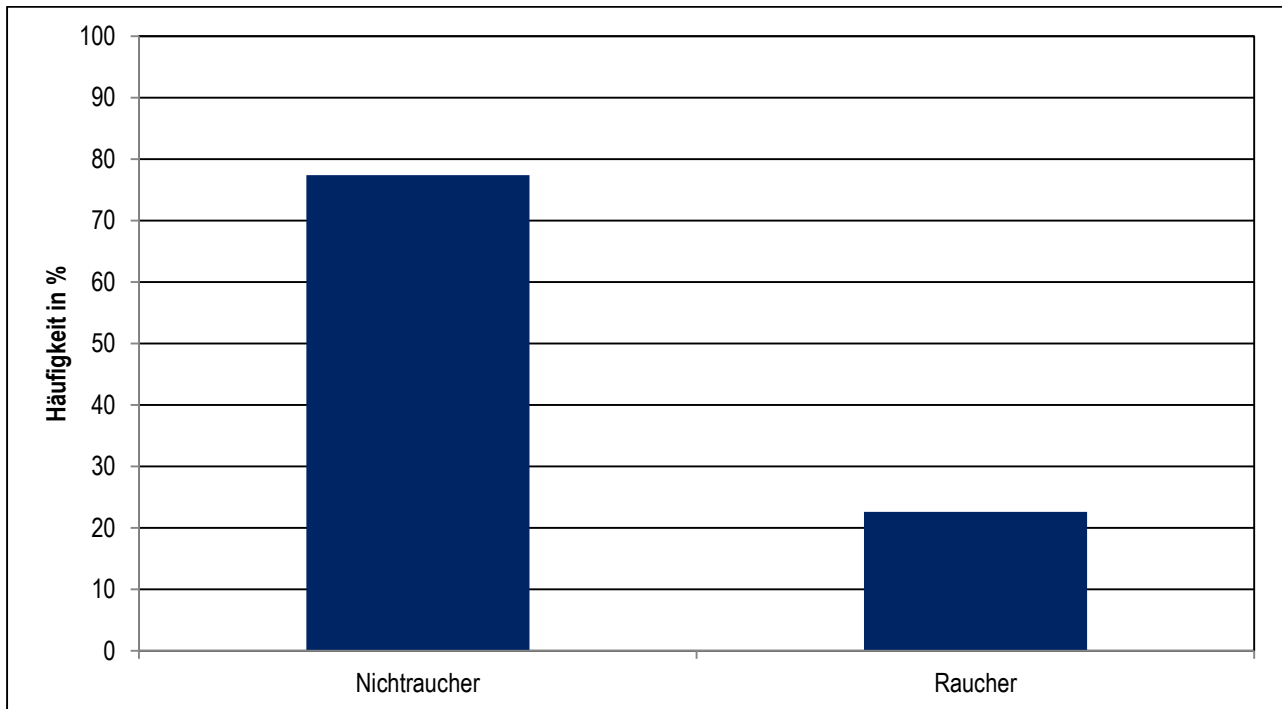


Abb. 15. Der Nikotinkonsum der Paderborner Studierenden (n = 1.829)

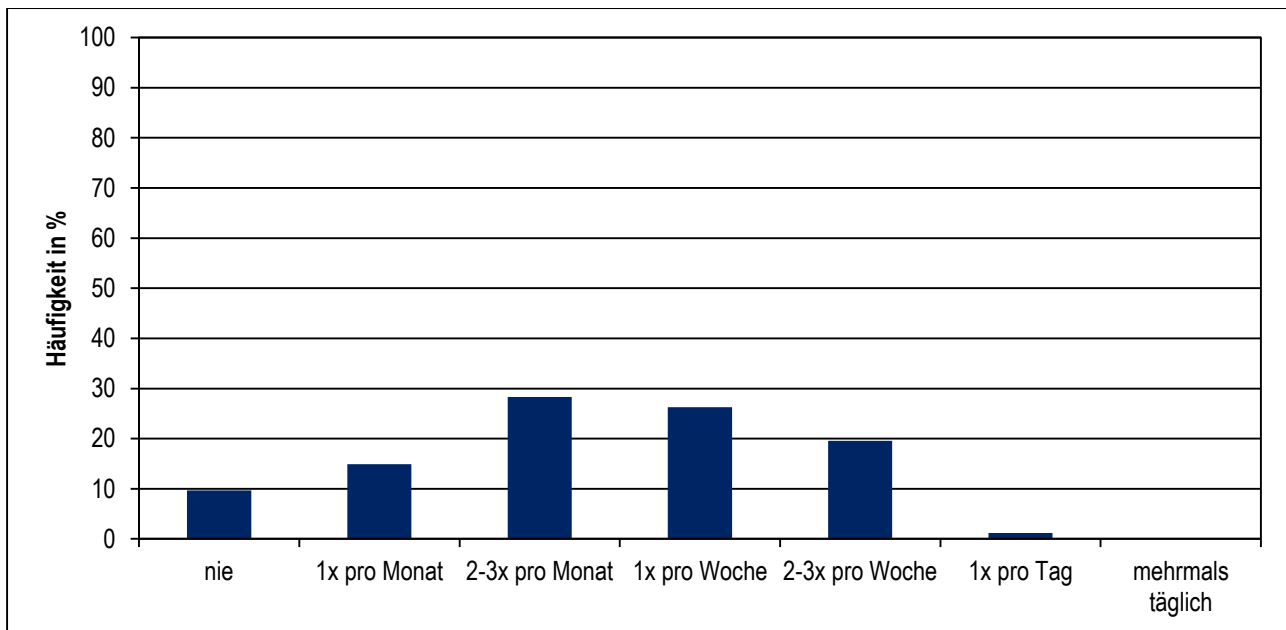


Abb. 16. Der Alkoholkonsum der Paderborner Studierenden (n = 1.829)

Die Unterschiedsprüfungen für den Nikotinkonsum mittels Chi²-Test ergeben für keine der Variationsquellen signifikante Unterschiede (vgl. Tab. 27).

Tab. 27. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels Chi²-Test zum Nikotinkonsum hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	Chi ² -Wert	p-Wert	Cramers V
Geschlecht	1	0.14	.711	-
Bildungsherkunft	3	3.94	.268	-
finanzielle Ressourcen	2	4.61	.100	-

Für die Unterschiedsprüfung hinsichtlich des Alkoholkonsums ergibt sich ein höchst signifikanter Unterschied für das Geschlecht ($p = .000$; ***): 38,3% der Studentinnen geben an regelmäßig Alkohol zu trinken (61,7% trinken unregelmäßig), während 59,5% der Studenten regelmäßig Alkohol konsumieren (40,5% unregelmäßig). Cramers V liegt bei einem Wert von $CV = .21$, was für einen kleinen Effekt spricht. Bezogen auf die Unterschiede hinsichtlich Bildungsherkunft gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede. Für das Differenzierungskriterium der finanziellen Ressourcen findet sich mit $p = .006$ (**) ein signifikanter Unterschied. Cramers V ($CV = .08$) zeigt aber, dass das Ergebnis keine praktische Bedeutsamkeit besitzt (vgl. Tab. 28).

Tab. 28. Detaillierte Prüfstatistik zu den Unterschiedsprüfungen mittels χ^2 -Test zum Alkoholkonsum hinsichtlich Geschlecht, Bildungsherkunft sowie finanziellen Ressourcen

Quelle der Variation	df	Chi ² -Wert	p-Wert	Cramers V
Geschlecht	1	80.12	.000	.21
Bildungsherkunft	3	2.29	.515	-
finanzielle Ressourcen	2	10.24	.006	.08

Im nächsten Abschnitt steht die Ergebnispräsentation der Clusteranalyse zur Identifikation der studentischen Lebensstiltypen im Mittelpunkt.

6.3 Studentische Lebensstile und ihr Zusammenhang mit Gesundheit, Stress und Ressourcen

Ziel dieses Abschnitts ist es, Teil a) und b) der zweiten Forschungsfrage „*Welche Lebensstiltypen lassen sich auf Basis der ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Sport- und Alltagsaktivität, Ernährungsverhalten, Medien-, Alkohol- und Nikotinkonsum) bei den Paderborner Studierenden identifizieren und wie lassen sich diese hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie der lebensstilbeeinflussenden Merkmale beschreiben? Welche Unterschiede gibt es zwischen den Lebensstiltypen bezogen auf die Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens und der ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen?*“ zu bearbeiten. Zuerst werden die Ergebnisse der hierarchischen Clusteranalyse auf Basis der ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen präsentiert. Anschließend werden die identifizierten Cluster hinsichtlich möglicher Unterschiede zur Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens sowie der personalen und sozialen Ressourcen ausgewertet.

6.3.1 Identifikation und Deskription

Auf Basis der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als Teil studentischer Lebensstile wurden mittels hierarchischer Clusteranalyse vier Cluster extrahiert (vgl. Abb. 17). Diese können mit Rückgriff auf die theoretischen Ausführungen in den Kapiteln 2 und 3 mit folgenden plakativen Titeln bezeichnet werden: „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ (Cluster 1), „die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ (Cluster 2), „die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ (Cluster 3) und „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Cluster 4).

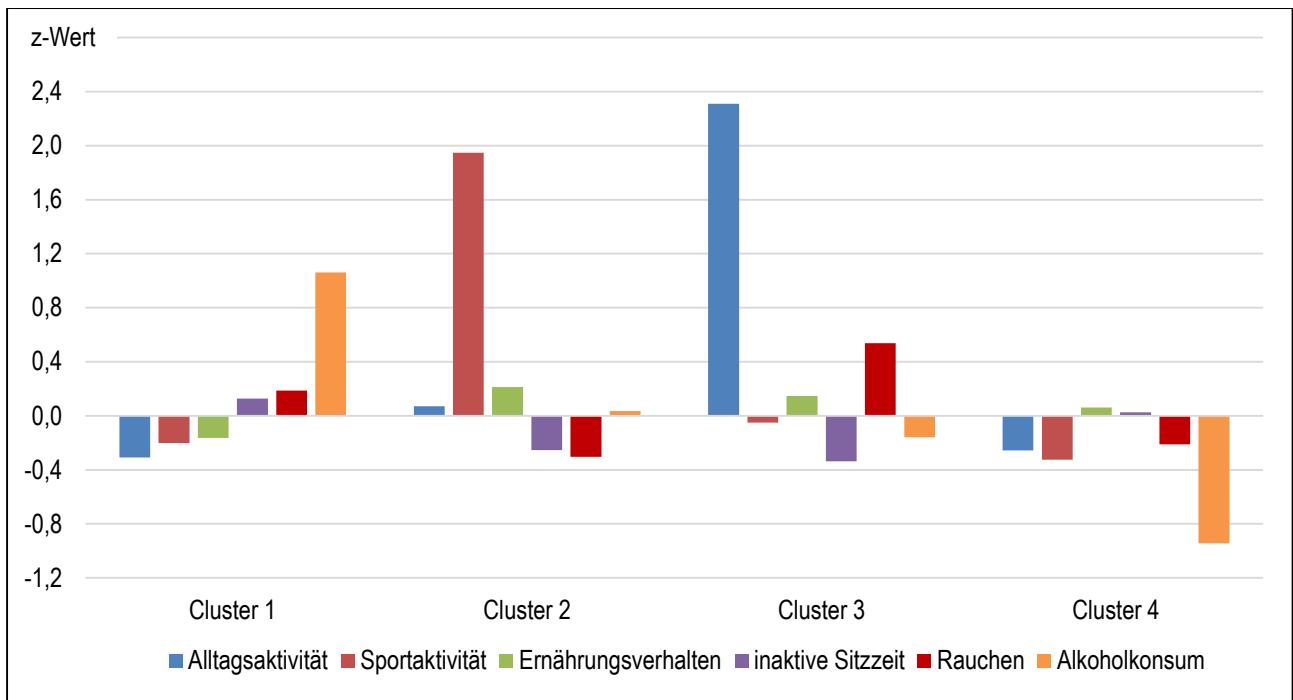


Abb. 17. Clusterzentren der Vier-Cluster-Lösung in der Paderborner Stichprobe

Die Studierenden teilen sich wie folgt auf diese Cluster auf (vgl. Abb. 18). In der Gruppe „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ befinden sich 38% der befragten Studierenden. 11,1% können den „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ zugeordnet werden. Das am wenigsten besetzte Cluster (9,4%) ist das der „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“. Schließlich findet sich die größte Zahl der Studierenden in der Gruppe „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (41,5%).

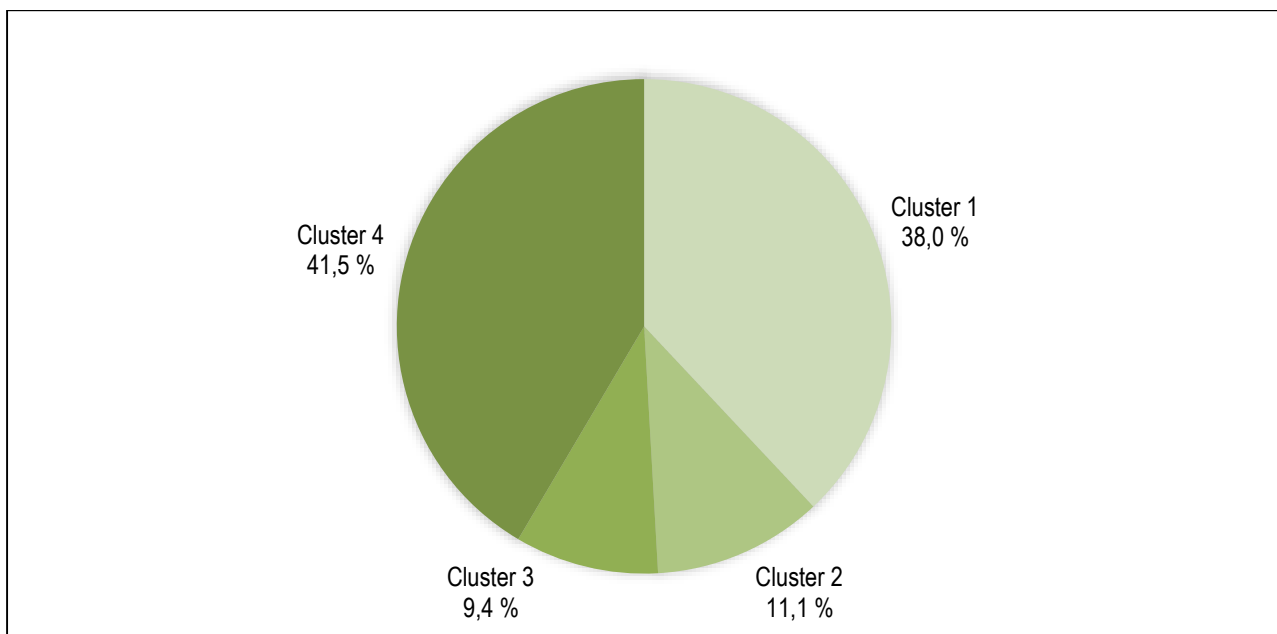


Abb. 18. Verteilung der Studierenden auf die Cluster

Im Folgenden werden die einzelnen Cluster inhaltlich beschrieben. Hervorgehoben werden, in Anlehnung an die Ausführungen in Kapitel 5.4.6, jeweils die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die deutlich – d. h. mindestens ± 0.4 Einheiten – vom jeweiligen Clusterzentrum abweichen. Zudem wird auf die Verteilungen von Geschlecht, Bildungsherkunft und finanzielle Ressource innerhalb des jeweiligen Clusters eingegangen.

An dieser Stelle soll bereits darauf hingewiesen werden, dass die Chi²-Tests ergeben haben, dass sich lediglich für das Geschlecht ein signifikanter Unterschied zwischen den erwarteten und beobachteten Werten ergibt. Sowohl die Bildungsherkunft als auch die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen führen nicht zu signifikanten Unterschieden in Bezug auf die Clusterzugehörigkeit. Die Ausprägungen werden – der Vollständigkeit halber – dennoch berichtet.

Cluster 1: Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen

Das erste identifizierte Cluster setzt sich aus N = 694 Studierenden zusammen und bildet das zweitgrößte Cluster in der Paderborner Stichprobe. Es finden sich 52,2% männliche Studierende in dieser Gruppe. Das gesundheitsrelevante Verhalten, welches den Lebensstil dieser Gruppe besonders prägt, ist der Alkoholkonsum mit einem z-Wert von 1.06. Sowohl die leicht überdurchschnittlichen Werte der inaktiven Sitzzeit (ausgedrückt über den Medienkonsum; MED_InA = 0.13), die leicht erhöhte Häufigkeit der Gruppe der Raucher anzugehören (R_NR = 0.19), als auch die leicht unterdurchschnittlichen Ausprägungen hinsichtlich der Sport- und Alltagsaktivität (SpoA = -0.20; AlltagsA = -0.31) sowie des Ernährungsverhaltens (EMI = -0.16) liegen unterhalb des für die Interpretation empfohlenen Niveaus von ± 0.4 und werden damit nicht weiter ausgeführt.

Bei der differenzierten Betrachtung des Alkoholkonsums auf Basis der nicht standardisierten Werte in dieser Gruppe fällt die Ausprägung des Alkoholkonsums deutlich stärker aus als in der Gesamtstichprobe. Alle der diesem Cluster angehörigen Studierenden konsumieren regelmäßig, d. h. mindestens einmal in der Woche, Alkohol. In der Gesamtstichprobe liegen diese Häufigkeiten bei 47,1%.

Hinsichtlich der Bildungsherkunft sowie der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sieht die Verteilung wie folgt aus: 11,7% der Studierenden kommen aus einem Elternhaus ohne bzw. mit Hauptschulabschluss. 23% der Eltern haben mindestens einen Realschulabschluss und gut 25% der Studierenden kommen aus einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife oder das Abitur besitzt. Schließlich kommt mit 40% die Mehrheit der Studierenden aus einem Haushalt, in dem mindestens bei einem Elternteil ein Hochschulabschluss vorliegt. In Bezug auf das zur Verfügung stehende Budget nach Abzug der Kaltmiete, haben etwas über die Hälfte der Studierenden dieses Clusters 200-400€. Knapp 30% haben weniger als 200€ und knapp 20% über 400€.

Cluster 2: Die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

Das zweite identifizierte Cluster setzt sich aus $N = 203$ Studierenden zusammen. 11,1% der Studierenden lassen sich über ihre Verhaltensweisen diesem Cluster zuordnen. Mit 54,2% finden sich signifikant mehr männliche Studierende in dieser Gruppe. Das gesundheitsrelevante Verhaltensmerkmal, welches in dieser Gruppe besonders hervorsteicht, ist die tägliche Sportaktivität in den bis zu drei angegebenen Sportarten mit einem z-Wert von 1.95. Sowohl die leicht überdurchschnittlichen Werte für tägliche Alltagsaktivitäten (AlltagsA = 0.07), für das Ernährungsverhalten (EMI = 0.21) und den Alkoholkonsum (ALK = 0.03) sowie die etwas unterdurchschnittlichen Ausprägungen für Mediennutzung (MED_InA = -0.25) und Rauchen (R_NR = -0.30) liegen erneut unterhalb des für die Hervorhebung erforderlichen Niveaus von ± 0.4 und werden damit nur nachgeordnet zur Beschreibung herangezogen.

Bei der differenzierten Betrachtung der sportlichen Aktivität in dieser Gruppe fällt die Ausprägung deutlich stärker aus als in der Gesamtgruppe. Die diesem Cluster angehörigen Studierenden sind in der Woche durchschnittlich 11 Stunden und 27 Minuten (SD = 4 Stunden und 58 Minuten) in bis zu drei angegebenen Sportarten sportlich aktiv. Die Gesamtstichprobe ist im Durchschnitt lediglich 4 Stunden und 59 Minuten in der Woche sportlich aktiv (SD = 3 Stunden 54 Minuten).

Bezogen auf die Bildungsherkunft sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ergibt sich für dieses Cluster folgende Verteilung: 8,5% der Studierenden kommen aus einem Elternhaus ohne bzw. mit maximal einem Hauptschulabschluss. 23,0% der Eltern haben mindestens einen Realschulabschluss und gut 26,5% der Studierenden kommen aus einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife oder das Abitur besitzt. Schließlich kommt mit 42,0% die Mehrheit der Studierenden aus einem Haushalt, in dem mindestens bei einem Elternteil ein Hochschulabschluss vorliegt. In Bezug auf das zur Verfügung stehende Budget nach Abzug der Kaltmiete haben etwas über die Hälfte der Studierenden dieses Clusters 200-400€, knapp 30% haben weniger als 200€ und knapp 20% über 400€.

Cluster 3: Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote

Das dritte identifizierte Cluster setzt sich aus $N = 171$ Studierenden zusammen und bildet das kleinste Cluster in der Paderborner Stichprobe. Es wird mit 73,1% überwiegend von weiblichen Studierenden besetzt. Die Alltagsaktivität ist das gesundheitsrelevante Verhaltensmerkmal, was den Lebensstil dieser Gruppe mit einem z-Wert von 2.31 besonders prägt. Als zweites Merkmal, welches in dieser Gruppe ausgeprägter ist, ist der Raucherstatus mit einem z-Wert von 0.54. Sowohl die leicht überdurchschnittlichen Werte für das Ernährungsverhalten (EMI = 0.15) als auch die leicht unterdurchschnittlichen Ausprägungen für Sportaktivität (SpoA = -0.05), Mediennutzung (MED_InA = -0.34) und Alkoholkonsum (ALK = -0.16) liegen unterhalb des für die Interpretation erforderlichen Niveaus von ± 0.4 und werden damit nicht zur weiteren Beschreibung herangezogen.

Bei der differenzierten Betrachtung der täglichen Alltagsaktivität in dieser Gruppe fällt die Ausprägung deutlich stärker aus als in der Gesamtgruppe. Die diesem Cluster angehörigen Studierenden bewegen sich durchschnittlich 22 Stunden und 28 Minuten in der Woche (SD = 8 Stunden). Die Gesamtstichprobe ist im Vergleich 7 Stunden und 20 Minuten im Alltag aktiv (SD = 6 Stunden 33 Minuten).

Mit Blick auf die Bildungsherkunft sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ergibt sich folgende Verteilung: 12,7% der Studierenden kommen aus einem Elternhaus ohne bzw. mit mindestens einem Hauptschulabschluss. 26,1% der Eltern der Studierenden haben mindestens einen Realschulabschluss und 30,3% der Studierenden kommen aus einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife oder das Abitur besitzt. Schließlich kommen weitere 30,9% der Studierenden aus einem Haushalt, in dem mindestens bei einem Elternteil ein Hochschulabschluss vorliegt. Hinsichtlich des zur Verfügung stehenden Budgets nach Abzug der Kaltmiete, haben etwa die Hälfte der Studierenden in diesem Cluster 200-400€. Knapp 30% haben weniger als 200€ und knapp 20% über 400€.

Cluster 4: Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen

Das vierte Cluster setzt sich aus N = 759 Studierenden zusammen und bildet damit das größte Cluster in der Paderborner Stichprobe. Es finden sich 69,0% weibliche Studierende in dieser Gruppe. Das gesundheitsrelevante Verhaltensmerkmal, welches den Lebensstil dieser Gruppe besonders prägt, ist der Alkoholkonsum mit einem z-Wert von -0.94. Sowohl die leicht überdurchschnittlichen Werte für das Ernährungsverhalten (EMI = 0.06) und die Mediennutzung (MED_InA = 0.03) sowie die leicht unterdurchschnittlichen Ausprägungen für Alltags- und Sportaktivität (AlltagsA = -0.26; SpoA = -0.32) sowie für das Rauchverhalten (R_NR = -0.21) liegen wieder unterhalb des für die Beschreibung erforderlichen Niveaus von ± 0.4 .

Bei der Betrachtung des Alkoholkonsums auf Basis der tatsächlichen Werte in dieser Gruppe fällt auf, dass alle der diesem Cluster angehörigen Studierenden unregelmäßig Alkohol konsumieren. Bezogen auf die Gesamtstichprobe sind dies nur geringfügig über die Hälfte der Studierenden (52,9%).

Im Hinblick auf die Bildungsherkunft sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen der Studierenden in diesem Cluster ergibt sich folgende Verteilung: 9,7% der Studierenden kommen aus einem Elternhaus ohne bzw. mit maximal einem Hauptschulabschluss. 25,6% der Eltern haben mindestens einen Realschulabschluss und knapp ein Viertel der Studierenden kommen aus einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil die Fachhochschulreife oder das Abitur besitzt. Schließlich kommen knapp 40,0% der Studierenden aus einem Haushalt, in dem mindestens bei einem Elternteil ein Hochschulabschluss vorliegt. In Bezug auf die finanziellen Ressourcen nach Abzug der Kaltmiete, haben etwa die Hälfte der Studierenden dieses Clusters 200-400€ zur Verfügung. 35% haben weniger als 200€ und 15% können auf über 400€ zurückgreifen.

Im Nachgang der Clusterbeschreibung erfolgt im nächsten Schritt die varianzanalytische Betrachtung des Gesundheitszustands, des Stressempfindens und der Ressourcen im Zusammenhang mit der Clusterzugehörigkeit.

6.3.2 *Gesundheitsrelevante Lebensstile und subjektiver Gesundheitszustand*

Die varianzanalytische Betrachtung des physischen und psychischen Gesundheitszustands (AVs) auf Basis der Clusterzugehörigkeit (UV) ergibt signifikante Unterschiede für beide Teilbereiche über die Cluster hinweg (vgl. Tab. 29 und 30). Die Cluster unterscheiden sich jeweils höchst signifikant in ihrer Einschätzung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands voneinander ($p = .000$; ***). Der Post-hoc Test ergibt folgende Unterschiede im Gruppenvergleich: Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit unterscheiden sich „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ (Cluster 1) und „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Cluster 4) signifikant voneinander: Mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 51,86$ Punkten (SD = 6,99 Punkte) schätzen sich die „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ signifikant schlechter ein als ihre Kommilitonen des ersten Clusters ($\bar{x} = 52,84$ Punkte, SD = 5,93 Punkte; $p = .042$; *). Zudem unterscheiden sich „die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ (Cluster 2) sowohl von den „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ (Cluster 3), als auch von den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Cluster 4): Konkret erreichen die Studierenden des dritten Clusters im Mittel einen Punktwert von $\bar{x} = 51,36$ Punkten (SD = 7,38 Punkte) und schätzen sich damit schlechter ein als ihre Mitstudierenden des zweiten Clusters mit $\bar{x} = 53,80$ Punkten (SD = 5,61 Punkte; $p = .005$; **). Auch die Akademiker des vierten Clusters schätzen sich mit $\bar{x} = 51,86$ Punkten (SD = 6,99 Punkte) schlechter ein als die Studierenden im zweiten Cluster ($p = .003$; **). Die Effektstärke von $\eta^2 = .01$ ergibt für diese Unterschiede einen kleinen Effekt.

Im Hinblick auf den psychischen Gesundheitszustand zeigen sich folgende Zwischengruppenunterschiede: „Die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ (Cluster 2) schätzen ihren psychischen Gesundheitszustand mit $\bar{x} = 45,87$ Punkten (SD = 10,64 Punkte) hoch bzw. höchst signifikant besser ein als die Studierenden aller anderen Cluster („Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“: $\bar{x} = 42,67$ Punkte, SD = 10,72 Punkte; $p = .004$; **, „Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“: $\bar{x} = 41,81$ Punkte, SD = 10,82 Punkte, $p = .005$; **, „Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“: $\bar{x} = 40,71$ Punkte, SD = 11,07 Punkte, $p = .000$; ***). Zudem schätzen sich „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ hoch signifikant besser ein als „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ ($p = .008$; **). Auch diese Ergebnisse haben mit einem $\eta^2 = .02$ eine geringe praktische Bedeutung.

Tab. 29. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum physischen Gesundheitszustand hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Clusterzugehörigkeit	3	7.41	.000	.01

Tab. 30. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum psychischen Gesundheitszustand hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Clusterzugehörigkeit	3	12.96	.000	.02

6.3.3 Gesundheitsrelevante Lebensstile und globales Stressempfinden

Die Unterschiedsprüfung hinsichtlich des globalen Stressempfindens bringt ebenfalls einen hoch signifikanten Effekt über die Clusterzugehörigkeit hervor (vgl. Tab. 31). Der Zwischengruppenvergleich zeigt allerdings nur einen hoch signifikanten Mittelwertunterschied zwischen den Studierenden des zweiten und vierten Clusters: Die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ geben an weniger gestresst zu sein ($\bar{x} = 3,38$, $SD = 0,85$; ** $p = .008$) als die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ ($\bar{x} = 3,60$, $SD = 0,79$). Die Effektstärke von $\eta^2 = .01$ ergibt einen kleinen Effekt für den Mittelwertunterschied.

Tab. 31. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zum globalen Stressempfinden im Studium hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Clusterzugehörigkeit	3	4.10	.007	.01

6.3.4 Gesundheitsrelevante Lebensstile und personale und soziale Ressourcen

Mit Blick auf die ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen ergeben die Varianzanalysen für die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit höchst signifikante Unterschiede auf Basis der Clusterzugehörigkeit (vgl. Tab. 32). So sind es erneut die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“, die sich mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 2,97$ ($SD = 0,40$ Punkte) höchst bzw. hoch signifikant besser einschätzen, als alle Studierenden der anderen Cluster („Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“: $\bar{x} = 2,82$, $SD = 0,43$; $p = .000$; ***, „Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“: $\bar{x} = 2,83$, $SD = 0,44$; $p = .024$; **, „Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“: $\bar{x} = 2,80$, $SD = 0,43$; $p = .000$; ***). Dieses Ergebnis hat in der praktischen Bedeutsamkeit einen kleinen

Effekt ($\eta^2 = .01$). Hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung gibt es keine signifikanten Unterschiede über die Cluster hinweg (vgl. Tab. 33).

Tab. 32. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zur studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Clusterzugehörigkeit	3	8.50	.000	.01

Tab. 33. Detaillierte Prüfstatistik zu den Varianzanalysen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit

Quelle der Variation	df	F-Wert	p-Wert	η^2
Clusterzugehörigkeit	3	0.79	.500	-

In einem letzten Schritt werden die Zusammenhänge der studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und des Stressempfindens mit dem physischen und psychischen Gesundheitszustand innerhalb der vier identifizierten studentischen Lebensstiltypen Cluster zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage (vgl. Kapitel 4) analysiert.

6.4 Zusammenhangsmuster innerhalb der Cluster: personale und soziale Ressourcen sowie Stressempfinden im Hinblick auf den Gesundheitszustand

Ziel dieses Abschnitts ist es, die letzte Forschungsfrage zu beantworten. Sie lautet: „*Welche Zusammenhangsmuster von Ressourcenausstattung und Stressempfinden ergeben sich für die Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes in den einzelnen Clustern?*“. In Anlehnung an die theoretischen Ausführungen zur Stress-Gesundheits-Beziehung in Kapitel 2.3 sowie die Ausführungen zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Stress in Kapitel 2.5.4 werden der physische und psychische Gesundheitszustand jeweils als Kriteriumsvariablen festgelegt. Die Prädiktoren sind die studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, die wahrgenommene soziale Unterstützung sowie das globale Stressempfinden im Studium, um das Zusammenspiel von Ressourcen und Stressempfinden auf den Gesundheitszustand zu erforschen. Sie gehen gleichzeitig in die Regressionsanalyse ein. Für jeden der in Kapitel 6.3.1 identifizierten studentischen Lebensstiltypen werden jeweils die Ergebnisse der zwei durchgeführten multiplen linearen Regressionen angeführt.

6.4.1 „Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ (Cluster 1)

Die multiple Regressionsanalyse für den Zusammenhang von Ressourcen und Stressempfinden auf den physischen Gesundheitszustand der „regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ bringt kein statistisch signifikantes Regressionsmodell hervor ($F(3, 690) = 2.03, p > .05$). Somit hat keiner der drei ausgewählten Prädiktoren einen Einfluss auf die Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands (vgl. Tab. 34).

Tab. 34. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 1

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	49.386	2.435		.000
Stress	-0.100	0.315	-0.012	.751
SW	1.200	0.560	0.086*	.033
sozU	0.102	0.350	0.011	.770
Modell R ²		0.009 (n.s.)		
Modell korrig. R ²		0.004 (n.s.)		
F (df = 3; 690)		2.03		

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

Im Hinblick auf die Kriteriumsvariable des psychischen Gesundheitszustands zeigt das Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse, dass die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit, die wahrgenommene soziale Unterstützung und das globale Stressempfinden der Studierenden einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben ($F(3, 690) = 81.99, p < .001; ***$). Alle drei Prädiktoren werden signifikant, wobei die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit über einen standardisierten Beta-Koeffizienten von $|.310|$ den größten Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand besitzt. Sowohl die soziale Unterstützung mit $|.211|$ als auch das Stressempfinden mit $|.218|$ haben einen ähnlich hohen Einfluss. Der Anteil aufgeklärter Varianz liegt bei 26,3%, was über die Interpretation des R² als großen Effekt eingeschätzt werden kann (vgl. Tab. 35).

Tab. 35. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 1

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	16.722	3.794		.000
Stress	-3.055	0.492	-0.211***	.000
SW	7.815	0.873	0.310***	.000
sozU	3.526	0.545	0.218***	.000
Modell R ²		0.263***		
Modell korrig. R ²		0.260***		
F (df = 3; 690)		81.987		

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

6.4.2 „Die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ (Cluster 2)

Auch für das zweite Cluster wird das aufgestellte Regressionsmodell für den Zusammenhang von Ressourcen und Stressempfinden mit dem physischen Gesundheitszustand nicht signifikant ($F(3, 199) = 0.47, p > .05$), so dass es an dieser Stelle nicht weiter erläutert wird (vgl. Tab. 36).

Tab. 36. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 2

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	52.565	4.650		.000
Stress	0.266	0.485	0.040	.584
SW	-0.710	1.021	-0.050	.488
sozU	0.580	0.668	0.063	.386
Modell R ²		0.007 (n.s.)		
Modell korrig. R ²		-0.008 (n.s.)		
F (df = 3; 199)		0.47		

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands zeigt sich auch für die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“, dass die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit, die wahrgenommene soziale Unterstützung und das globale Stressempfinden der Studierenden einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben ($F(3, 199) = 24.82, p < .001; ***$). Alle drei Prädiktoren werden signifikant, wobei das globale Stressempfinden im Studium über einen standardisierten Betakoeffizienten von $|.315|$ den größten Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand besitzt. Der Einfluss der personalen sowie sozialen Ressourcen ist mit $|.229|$ (SW) bzw. $|.218|$ (sozU) ähnlich hoch für beide Ressourcen. Der Anteil aufgeklärter

Varianz für die Güte des Gesamtmodells liegt bei 27,2%, was über die Orientierungswerte für das R^2 für einen großen Effekt spricht (vgl. Tab. 37).

Tab. 37. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 2

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	25.025	7.549		.001
Stress	-3.939	0.787	-0.315***	.000
SW	6.117	1.658	0.229***	.000
sozU	3.808	1.084	0.218***	.001
Modell R^2		0.272***		
Modell korrig. R^2		0.261***		
F (df = 3; 199)		24.82		

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

6.4.3 „Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ (Cluster 3)

Die Regressionsanalysen für „die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ werden für beide Modelle – die Vorhersage des physischen und psychischen Gesundheitszustands – statistisch signifikant. Das Modell für die Erklärung des physischen Gesundheitszustands ergibt folgendes Ergebnis ($F(3, 167) = 2.91$; $p < .05$; *): Lediglich das globale Stressempfinden hat einen signifikanten Einfluss auf den physischen Gesundheitszustand der Studierenden dieses Clusters ($p < .05$; *). Es erreicht einen standardisierten Betakoeffizienten von $|-0.201|$. Der Anteil aufgeklärter Varianz liegt für das Gesamtmodell bei 5,0%, so dass von einer eher schlechten Modellgüte ausgegangen werden muss (vgl. Tab. 38). Dies bestätigt auch der R^2 -Wert, der einen kleinen Effekt zeigt.

Tab. 38. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 3

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	54.652	6.016		.000
Stress	-1.788	0.715	-0.201*	.013
SW	0.662	1.390	0.040	.634
sozU	0.267	0.912	0.023	.770
Modell R^2		0.050*		
Modell korrig. R^2		0.033*		
F (df = 3; 167)		2.91		

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

Mit Blick auf den psychischen Gesundheitszustand der „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ zeigt sich mit einem Anteil aufgeklärter Varianz von 29,3% eine bessere Modellgüte ($F(3, 167) = 23.12; p < .001; ***$). Von den drei Prädiktoren werden die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit ($p = .001; ***$) sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung ($p = .001; **$) signifikant, wobei die personale Ressource deutlich den größeren Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand besitzt (standardisierter Betakoeffizienten von $|.405|$; vgl. Tab. 39). Das R^2 ergibt einen großen Effekt für dieses Modell.

Tab. 39. *Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 3*

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	0.395	7.608		.959
Stress	-0.801	0.904	-0.061	.377
SW	9.935	1.758	0.405***	.000
sozU	3.800	1.153	0.225**	.001
Modell R^2		0.293***		
Modell korrig. R^2		0.281***		
F (df = 3; 167)		23.12		

(* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

6.4.4 „Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (Cluster 4)

Auch im Cluster der „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ werden beide Regressionsmodelle zur Vorhersage des physischen und psychischen Gesundheitszustands über die ausgewählten Ressourcen sowie das Stressempfinden signifikant. Das Modell für die Vorhersage des physischen Gesundheitszustands ergibt folgendes Ergebnis ($F(3, 755) = 4.77, p < .01; **$): In diesem Modell wird lediglich die studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung als einzelner Prädiktor signifikant ($p < .05; *$) und erreicht einen standardisierten Betakoeffizienten von $|.085|$. Der Anteil aufgeklärter Varianz liegt für das Gesamtmodell bei 1,9%, so dass – wie in Cluster 3 – von einer schlechten Modellgüte ausgegangen werden muss (vgl. Tab. 40). R^2 erreicht knapp die Empfehlung für einen kleinen Effekt.

Tab. 40. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem physischen Gesundheitszustand in Cluster 4

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	47.073	2.726		.000
Stress	-0.420	0.339	-0.048	.216
SW	1.389	0.644	0.085*	.031
sozU	0.579	0.385	0.056	.133
Modell R ²			0.019**	
Modell korrig. R ²			0.015**	
F (df = 3; 755)			4.77	

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

Schließlich zeigt das Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse für die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ bezogen auf die Kriteriumsvariable „psychischer Gesundheitszustand“, dass die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit, die wahrgenommene soziale Unterstützung und das globale Stressempfinden der Studierenden einen Einfluss besitzen ($F(3, 755) = 104.78$; $p < .001$; ***). Alle drei Prädiktoren werden signifikant, wobei das globale Stressempfinden im Studium über einen standardisierten Betakoeffizienten von $|.289|$ den größten Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand nimmt. Die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit besitzt den zweihöchsten β -Wert mit $|.267|$, gefolgt von der sozialen Unterstützung mit $|.209|$. Der Anteil aufgeklärter Varianz liegt bei 29,4%, was über die Hinzunahme der Orientierungswerte für die Interpretation von R² als großer Effekt eingeschätzt werden kann (vgl. Tab. 41).

Tab. 41. Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse zum Zusammenhang personaler und sozialer Ressourcen und dem globalen Stressempfinden im Studium mit dem psychischen Gesundheitszustand in Cluster 4

Prädiktoren	b	SE	β	p
(Konstante)	21.775	3.660		.000
Stress	-4.039	0.455	-0.289***	.000
SW	6.888	0.864	0.267***	.000
sozU	3.409	0.517	0.209***	.000
Modell R ²			0.294***	
Modell korrig. R ²			0.291***	
F (df = 3; 755)			104.78	

(*p < .05; **p < .01; ***p < .001); Stress = globales Stressempfinden im Studium, SW = studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, sozU = wahrgenommene soziale Unterstützung

7 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die im vorherigen Kapitel präsentierten empirischen Ergebnisse werden im Folgenden vor dem Hintergrund der handlungsleitenden Fragestellungen (vgl. Kapitel 4) zusammenfassend beantwortet und mit Blick auf den aufgearbeiteten Forschungsstand sowie den theoretischen Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 2 und 3) diskutiert.

Strukturiert ist dieses Kapitel in Anlehnung an den Aufbau des Ergebnisteils (vgl. Kapitel 6) in drei Abschnitte: zuerst erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen zum Themenkomplex 1 und deren anschließende Interpretation, gefolgt von dem Abschnitt zur Beantwortung und Diskussion der Forschungsfragen zum Themenkomplex 2. Das Kapitel schließt mit der Beantwortung der dritten Forschungsfrage mit Rückbezug auf die theoretischen Inhalte der Kapitel 2 und 3.

7.1 Themenkomplex 1: Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Studierenden an der Universität Paderborn

Mit dem Ziel, *die modifizierte Paderborner Stichprobe hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, Stressempfindens, ihrer personalen und sozialen Ressourcen sowie ausgewählter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zu beschreiben und mögliche Unterschiede auf Basis der lebensstilrelevanten Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft und zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen zu eruieren (Forschungsfragen 1a und 1b)*, wurde der vorliegende Datensatz zuerst deskriptiv und anschließend interferenzstatistisch analysiert. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse kursorisch zusammengefasst.

Gesamtbetrachtung der Paderborner Stichprobe hinsichtlich der Themen Gesundheit, Stress und Ressourcen (Forschungsfrage 1a)

- (1) Die Paderborner Studierenden schätzen ihren *physischen Gesundheitszustand* etwas über dem möglichen Skalenmittelwert ein, was weder für eine besonders positiv noch besonders negativ wahrgenommene körperliche Gesundheit spricht. Hinsichtlich des Vergleichs der vorliegenden Studienergebnisse mit den Resultaten der Normstichprobe fällt die Einschätzung der Paderborner Studierenden nahezu identisch aus.
- (2) Der *psychische Gesundheitszustand* wird von der Paderborner Stichprobe sowohl im Vergleich zu ihrem physischen als auch zu dem der Normstichprobe schlechter bewertet: Beide Einschätzungen weichen jeweils um 10 Punkte vom Vergleichswert ab. So beurteilen die jungen Akademiker ihre psychische Gesundheit mit

durchschnittlich 42 Punkten schlechter als ihre körperliche (52 Punkte) und liegen mit ihrer Einschätzung der psychischen Gesundheit deutlich unterhalb derer der altershomogenen Vergleichsgruppe.

- (3) Die Studierenden bewerten ihr *globales Stressempfinden im Studium* im Durchschnitt zwischen etwas bis sehr stressreich. Diese Einschätzung liegt leicht über dem möglichen Skalenmittelwert.
- (4) Mit Blick auf die *personalen und sozialen Ressourcen* lässt sich festhalten, dass die Studierenden im Durchschnitt eine moderat positive *studiumsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung* besitzen und eine grundsätzlich gute *soziale Unterstützung* im Freundes- und Familienkreis wahrnehmen.

Diese deskriptiven Ergebnisse der vorliegenden Auswertung reihen sich an vielen Stellen in die in Kapitel 3.4 vorgestellten standortspezifischen aber auch nationalen Ergebnisse ein. So ist es auch in der modifizierten Paderborner Stichprobe der psychische Gesundheitszustand, der mit einem Punktwert von gut 42 von 100 möglichen Punkten unterdurchschnittlich bewertet wird. Dies deckt sich mit den bereits in Kapitel 3.4.1 dargestellten Ergebnissen (Bailer et al., 2008; Gusy et al., 2008a; Gusy et al., 2010; Holm-Hadulla et al., 2009). In den Forschungsergebnissen ab 2011 (siehe Kapitel 3.4.3) werden hingegen bestimmte psychische Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten abgefragt, die einen direkten Vergleich mit den hier berichteten Ergebnissen erschweren. Trotzdem gehen sie in ihrer grundsätzlichen Tendenz in die gleiche Richtung: Es mehren sich Berichte der Studierendengesundheit zu beispielsweise Erschöpfung im Kontext von Burnout, Bedeutungsverlust der Situation, Hinweise auf das depressive Syndrom sowie generalisierte Angststörungen (Grützmaker et al., 2018). Der TK-Gesundheitsreport (2015a) legt anhand der Konsultationshäufigkeit von psychologischen Psychotherapeuten sowie Fachärzten für Nervenheilkunde ebenfalls die Vermutung einer erhöhten psychischen Belastung von Studierenden nah. Auch die Ergebnisse zum globalen Stressempfinden spiegeln die angespannte psychische Situation der Studierenden wider und zeigen, dass sich die Paderborner Studierenden – wie auch zahlreiche Studierende an vielen anderen Hochschulstandorten (AOK-Bundesverband, 2016; Grützmaker et al., 2018; Techniker Krankenkasse, 2015b) – im Durchschnitt im Studium gestresst fühlen. Mit Blick auf potenzielle Quellen der Entstehung – also mögliche Stressoren – dieses schlechten psychischen Gesundheitszustands kann allerdings auf Basis der vorliegenden Ergebnisse keine differenzierte Aussage getroffen werden.

Der körperliche Gesundheitszustand wird in der Paderborner Stichprobe besser, aber ebenfalls mit vorhandenem Optimierungspotenzial, bewertet. Eine mögliche Erklärung für den nahe am Skalenmittelwert eingeschätzten physischen Gesundheitszustand könnten die in anderen Studien eruierten vielen körperlichen Beschwerden sein (Meier et al., 2010; Techniker Krankenkasse, 2007), die dazu führen, dass sich die jungen Akademiker körperlich beeinträchtigt fühlen und bezogen auf ihren körperlichen Gesundheitszustand nur gut die Hälfte der möglichen Punktwerte erreichen. Für die Paderborner Stichprobe kann dies allerdings nur gemutmaßt werden, da im Rahmen der Befragung keine körperlichen Beschwerden abgefragt wurden. Hinsichtlich der Vergleich-

barkeit der Ergebnisse zum physischen Gesundheitszustand kann auf die Daten der mit dem Erhebungsinstrument mitgelieferten Normstichprobe zurückgegriffen werden, von denen sich die Studierenden nicht stark unterscheiden. Sie schätzen allerdings ihre psychische Gesundheit signifikant schlechter ein als die Vergleichsgruppe, was wiederum ein Indiz für die psychische Belastung der Studierenden darstellt.

Die Ergebnisse der Paderborner Stichprobe zu den ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen finden sich auch in anderen Studien wieder. Die Paderborner Akademiker attestieren sich im Durchschnitt eine solide studiumsbezogene Selbstwirksamkeit, was sich in nahezu identischem Ausmaß auch in der Studie von Grütz-macher et al. (2018) zeigt. Außerdem fühlen sich die Paderborner gut von ihrem sozialen Umfeld unterstützt. Ein Vergleich mit der zuvor genannten Studie ist an dieser Stelle nicht möglich, da sich die Unterstützungsquellen hier auf Mitstudierende und Lehrende beziehen, während die Paderborner Unterstützungsquellen auf Personen außerhalb der Universität rekurrieren.

Mit Fokus auf die *gesundheitsrelevanten Lebensstilfacetten der Studierenden* lässt sich für die Gesamtstichprobe Folgendes festhalten (*Forschungsfrage 1a*):

- (1) Im Durchschnitt bewegen sich die Paderborner Studierenden in ihrem Alltag rund 7h 20 Minuten/Woche und knapp dreiviertel der Befragten geben an darüber hinaus regelmäßig sportlich aktiv zu sein. Die Sportaktivitätsdauer beläuft sich bei den sportlich Aktiven auf durchschnittlich knapp 5h/Woche.
- (2) Bezogen auf das *Ernährungsverhalten* lässt sich festhalten, dass sich die jungen Akademiker weder besonders gut noch besonders schlecht im Sinne der Empfehlungen der DGE ernähren. Im Mittel wird ein Ernährungsmusterindex von etwas über dem Skalenmittelwert erreicht, was einem normalen Ernährungsverhalten zugeordnet werden kann.
- (3) Hinsichtlich des *Medienkonsums* der Studierenden allgemein ergibt sich folgendes Bild: Hauptmedium in der täglichen Nutzung ist der *Computer* (sowohl für das Erledigen universitärer Aufgaben als auch im Rahmen der Freizeitgestaltung). Fast alle Studierenden nutzen ihn täglich, der Rest zumindest mehrmals in der Woche. Die durchschnittliche Konsumdauer liegt bei den täglichen Nutzern bei fünfeinhalb Stunden/Tag. Das zweitbeliebteste Medium ist der *Fernseher*. Knapp die Hälfte der Befragten schaut täglich für durchschnittlich drei Stunden Fern; ein weiteres Drittel nutzt den Fernseher mehrmals wöchentlich. Lediglich ein geringer Anteil von etwas mehr als 5% ist gänzlich TV-abstinente. Die *Spielkonsole* ist in der vorliegenden Zielgruppe das am wenigsten genutzte Medium: zwei Drittel der Studierenden verwenden sie nie. Nur ein sehr geringer Anteil spielt in der Freizeit täglich. Für diesen Fall der täglichen Nutzung verbringen die Studierenden durchschnittlich knapp zwei Stunden mit diesem Medium. Mit Blick auf die „inaktive“ *Sitzzeit* gemessen über den Medienindex ergibt sich eine Inaktivitätszeit von sechseinhalb Stunden pro Tag.
- (4) Bezogen auf das gesundheitsbezogene Risikoverhalten *Rauchen* lässt sich festhalten, dass gut jeder fünfte Studierende in der vorliegenden Stichprobe raucht.

- (5) Im Hinblick auf den *Alkoholkonsum* trinkt niemand mehrfach täglich, über die Hälfte konsumieren alkoholische Getränke zwei- bis dreimal im Monat oder einmal wöchentlich. In Bezug auf die Differenzierung in regelmäßigen und keinen bzw. unregelmäßigen Alkoholkonsum ist die Stichprobe nahezu zweigeteilt. Knapp 53% konsumieren unregelmäßig, gut 47% regelmäßig Alkohol.
- (6) Insgesamt sind hohe Standardabweichungen in fast allen Themenkomplexen zu finden. Dies deutet auf eine hohe Individualität in der Einschätzung der Themen Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen hin und macht den Bedarf tiefergehender Analysen studentischer Lebensstile deutlich. So können ggf. Subgruppen innerhalb der Studierendenschaft identifiziert werden, die sich auf Basis ihrer gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ähneln.

Bezogen auf die Ergebnisse der nationalen und weiteren Studien sowie die in der Theorie vorgestellten Empfehlungen zu den einzelnen Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.5.2) lassen sich die vorliegenden Ergebnisse bezogen auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie folgt zusammenfassen.

Bewegung, Sport und inaktive „Sitzzeit“ über Medienkonsum

Sowohl die in anderen Studien genutzten Erhebungsinstrumente als auch die Beurteilung hinsichtlich einer ausreichenden sportlichen Aktivität unterscheiden sich über die vorhandenen Studien zum Teil erheblich voneinander und von der vorliegenden Studie, so dass lediglich ein Bezug zu den nationalen Empfehlungen von Bewegung von Rütten und Pfeifer (2016) hergestellt wird. Mit einem Durchschnittswert von 7h 20 Minuten/Woche bewegen sich die Paderborner Studierenden in ihrem Alltag deutlich mehr als die in den nationalen Empfehlungen für Bewegung angegebenen 2,5h/Woche. Drei Viertel der Studierenden kommen zudem der Forderung nach, zusätzlich sportlich aktiv zu sein. Allerdings sind 25% der Studierenden nicht sportlich aktiv.

Im Hinblick auf die weiteren Empfehlungen von Rütten und Pfeiffer (2016), die sich auf Intensitätsangaben beziehen, kann auf Basis der ausschließlich quantitativen Aussagen zur Bewegungszeit keine Aussage getroffen werden.

Bezüglich des Anteils der sportlich Inaktiven reihen sich die Ergebnisse der Paderborner Studierenden in die anderer Studien mit ähnlichen Werten ein: so liegt der Anteil inaktiver Studierender in anderen Studien zwischen 25-32% (Göring & Möllenbeck, 2010; SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018; Techniker Krankenkasse, 2015b).

Hinsichtlich der inaktiven „Sitzzeit“ – hier gemessen über den Medienkonsum – liegen die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation deutlich unter den Ergebnissen anderer Studien. Die Ursache ist vor allem im Erhebungsinstrument der „Sitzzeit“ zu sehen: So wird beispielsweise in den Studien von Gusy et al. (2008a; 2010) die tatsächliche „Sitzzeit“ in Vorlesungen, am Schreibtisch, in der Mensa etc. erfasst, während im Rahmen der

vorliegenden Arbeit der Medienkonsum als Indikator für die Inaktivität angenommen wurde. Eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ist damit nur schwer möglich.

Ernährungsverhalten

Mit Blick auf die Empfehlungen der DGE kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Paderborner Ergebnisse über die Zusammenarbeit mit dem Institut für Ernährung und Verbraucherbildung direkt Rückschlüsse auf die „Erfüllung“ der DGE-Empfehlungen zulassen. Die Studierenden befinden sich knapp über dem durchschnittlich zu erreichenden Mittelwert im Sinne einer ausgewogenen, vollwertigen Ernährung. Hier scheint noch einiges Potenzial im Sinne der besseren Erfüllung der DGE-Empfehlungen und damit in einer Verbesserung des gesundheitsrelevanten Verhaltens zu stecken. In welchen Lebensmittelgruppen dieses Potenzial allerdings steckt, kann auf Basis des Ernährungsmusterindex nicht spezifiziert werden. Dazu müsste eine differenzierte Analyse auf Lebensmittelgruppenebene stattfinden, die im Rahmen dieser Arbeit aufgrund des Lebensstilansatzes allerdings keine Berücksichtigung fand. Ein direkter Vergleich bzw. eine Einordnung zu anderen Studienergebnissen ist auch für diesen Themenkomplex durch diese Einschränkung nicht möglich, da sich erneut die Erhebungsmethoden stark voneinander unterscheiden. Gusy et al. (2008a; 2010) und die Techniker Krankenkasse (2007) berichten beispielsweise einzelne Lebensmittelgruppen – häufig den Verzehr von fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag – und nutzen dies als einen Indikator für das Ernährungsverhalten.

Nikotinkonsum

Auch bezogen auf den Nikotinkonsum lassen sich Parallelen zu anderen vorgestellten Studienergebnissen aufzeigen. So reiht sich die Paderborner Raucherquote von knapp 23% in den Anteil der Raucher ein, der auch an anderen Universitäten zu finden ist (Grützmaker et al., 2018; Techniker Krankenkasse, 2007). Damit geht jeder fünfte der befragten Studierenden einem gesundheitsbezogenem Risikoverhalten nach, was laut Empfehlungen (vgl. Kapitel 2.5.2.4) unbedingt vermeidbar ist. So sollte es das Ziel sein, die Nicht-Raucherquote noch weiter zu erhöhen, da nur die vollständige Nikotinabstinenz als gesundheitsförderliches Verhalten angesehen werden kann.

Alkoholkonsum

Bezogen auf den Alkoholkonsum geben etwa 75% in der Paderborner Studierenden an, mindestens zwei- bis dreimal im Monat Alkohol zu trinken. Auch dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Studienergebnissen von Grützmaker et al. (2018), bei denen etwa 64% der Studierenden mindestens zweimal im Monat Alkohol zu sich nehmen. Das hier vorliegende Erhebungsinstrument lässt darüber hinaus allerdings keine Aussagen zur Alkoholmenge zu, so dass kein Bezug zu den in der Theorie vorgestellten Grenzwerten hergestellt werden kann (vgl. Kapitel 2.5.2.5).

Nachdem die Ergebnisse der Gesamtstichprobe in den Forschungsstand eingeordnet und bezogen auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Beziehung zu den vorhandenen Empfehlungen gesetzt wurden, werden die Ergebnisse zur Forschungsfrage 1b zusammengefasst und diskutiert.

Unterschiede auf Basis des Geschlechts (Forschungsfrage 1b)

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt in fast allen erhobenen Themenkomplexen statistisch nachweisbare Unterschiede (vgl. Tab. 42): So schätzen Studentinnen sowohl ihren physischen als auch ihren psychischen Gesundheitszustand schlechter ein als Studenten. Sie fühlen sich mit Blick auf das Studium gestresster und bewerten ihre studiumsbezogene Selbstwirksamkeit schwächer als ihre männlichen Kommilitonen. Lediglich die wahrgenommene soziale Unterstützung wird von den Studentinnen besser eingeschätzt als von den Studenten. Die Effektstärkenberechnung findet für alle Ergebnisse kleine Effekte.

Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lässt sich darüber hinaus festhalten, dass Studentinnen im Alltag häufiger, dafür bezogen auf die Sportaktivität weniger aktiv sind, als ihre männlichen Kommilitonen. Das Ernährungsverhalten im Sinne der Empfehlungen der DGE ist bei den Studentinnen besser ausgeprägt als bei den Studenten. Die männlichen Studierenden sind täglich knapp eine Stunde länger inaktiv. Mit Blick auf das gesundheitsbezogene Risikoverhalten „Rauchen“ gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, die statistisch relevant sind. Sowohl unter den Studentinnen als auch Studenten raucht gut jede/r Fünfte. Bezogen auf den Alkoholkonsum sind mehr Studenten in der Gruppe der regelmäßigen Konsumenten vertreten. Alle dargestellten Unterschiede im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf Basis der Geschlechtsspezifität erzielen über die jeweiligen Effektstärkemaße kleine Effekte (Effektstärken zwischen $\eta^2 = .01-.05$; Cramers V für Alkoholkonsum $CV = .21$).

Tab. 42. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf Basis des Merkmals Geschlecht

AV	Ergebnis	Geschlecht p-Wert	η^2
physische Gesundheit	w<m	.000	.01
psychische Gesundheit	w<m	.000	.02
Stress	w>m	.000	.01
Selbstwirksamkeit	w<m	.000	.01
soziale Unterstützung	w>m	.000	.05
Alltagsaktivität	w>m	.000	.03
Sportaktivität	w<m	.000	.02

die Bewertung der Höhe der Effektstärke ebenfalls eine geringe praktische Bedeutsamkeit ausweisen. Auch für den Alkoholkonsum liegt ein signifikantes Ergebnis vor; dies hat über ein kleines Cramers V allerdings keine praktische Bedeutsamkeit (vgl. Tab. 43).

Tab. 43. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf Basis der Merkmale Bildungsherkunft und zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen

AV	Bildungsherkunft			finanzielle Ressourcen		
	Ergebnis	p-Wert	η^2	Ergebnis	p-Wert	η^2
physische Gesundheit	FHR_ABI<HS	.001	.01	200€<200-400€; 200€<ü400€	.002	.01
psychische Gesundheit	-	.105	-	-	.330	-
Stress	RS>HS	.045	.01	-	.097	-
Selbstwirksamkeit	-	.184	-	200€<ü400€; 200-400€<ü400€	.000	.01
soziale Unterstützung	k_HS<FH_ABI	.011	.01	-	.406	-
Alltagsaktivität	-	.505	-	-	.479	-
Sportaktivität	-	.572	-	-	.215	-
EMI	-	.061	-	-	.951	-
Inaktivität über Medienkonsum	-	.844	-	-	.050	-
		p-Wert	CV		p-Wert	CV
Nikotinkonsum	-	.268	-	-	.100	-
Alkoholkonsum	-	.515	-	-	.006	.08
mittlerer Effekt		kleiner Effekt		kein Effekt		

So lässt sich mit Blick auf die Forschungsfrage 1b hinsichtlich der potenziellen Unterschiede auf Basis der lebensstilrelevanten Merkmale Bildungsherkunft der Studierenden als auch zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen festhalten, dass beide für die vorliegende Stichprobe eine nachgeordnete Rolle als Differenzierungskriterium zur Einschätzung von Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen spielen.

Die Differenzierung der Ergebnisse auf Basis der Bildungsherkunft und der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen hat kaum statistisch signifikante Unterschiede hervorgebracht. In vielen anderen zielgruppenspezifischen Studien im Kontext der studentischen Gesundheitsförderung und Prävention sind diese beiden lebensstilrelevanten Merkmale nicht mit den gesundheitsbezogenen Daten in Verbindung gebracht worden, so dass auch an dieser Stelle keine Vergleiche zu anderen Studienergebnissen in der studentischen Zielgruppe gezogen werden können. Zum einen kann dies an der Güte der eingesetzten Erhebungsinstrumentarien liegen (vgl. Kapitel 8.1). Zum anderen spielen diese ggf. für die vorliegende Zielgruppe eine nachgeordnete Rolle, wenn es um gesundheitsbezogene Themen geht.

Abschließend soll festgehalten werden, dass die Selektion der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zum Originaldatensatz des GriPs-Projekts (Brandl-Bredenbeck et al., 2013) zu lediglich marginalen Unterschieden in den deskriptiven Ergebnissen der vorgestellten Themenkomplexe geführt hat. Begründet werden kann dies mit einer insgesamt großen Stichprobe, bei der der Ausschluss einiger weniger Studierender nicht so sehr ins Gewicht fällt, wie bei kleineren Stichproben.

7.2 Themenkomplex 2: Studentische Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit, Stress und Ressourcen

Mit dem Ziel die modifizierte Paderborner Stichprobe auf Basis ihrer gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen differenzierter zu analysieren, wurden folgende zwei Forschungsfragen bearbeitet: *a) Welche Lebensstiltypen lassen sich auf Basis der ausgewählten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Sport- und Alltagsaktivität, Ernährungsverhalten, Medien-, Alkohol- und Nikotinkonsum) bei den Paderborner Studierenden identifizieren und wie lassen sich diese hinsichtlich der lebensstilbeeinflussenden Merkmale Geschlecht, Bildungsherkunft sowie den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen beschreiben? b) Welche Unterschiede gibt es zwischen den Lebensstiltypen bezogen auf die Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens und der ausgewählten personalen und sozialen Ressourcen?* Sie können auf Basis der empirischen Ergebnisse wie folgt beantwortet werden:

Identifikation studentischer Lebensstile auf Basis ausgewählter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Beschreibung dieser auf Basis der lebensstilrelevanten Merkmale (Forschungsfrage 2a)

Die hierarchische Clusteranalyse auf Basis des Proximitätsmaßes der Euklidischen Distanz, des agglomerativen Fusionierungsalgorithmus der Ward-Methode sowie der Bestimmung der Clusterzahl über den größten Heterogenitätssprung im Dendrogramm mit anschließender Clusterzentrenanalyse über das k-means-Verfahren hat

auf Basis der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen eine Vier-Cluster-Lösung für die Paderborner Studierendengruppe ergeben: Die extrahierten Cluster können wie folgt bezeichnet werden:

- (1) „Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“,
- (2) „Die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“,
- (3) „Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ und
- (4) „Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“.

Die clusterbestimmenden Verhaltensweisen sind zum einen entweder der Alkoholkonsum bzw. die Alkoholabstinenz der Studierenden. Zum anderen differieren die Cluster über die verschiedenen Ausprägungen im Bereich der Alltags- bzw. Sportaktivität. Darüber hinaus findet sich in einem Cluster zusätzlich ein überdurchschnittlicher Anteil an Rauchern, der das Cluster neben der hohen Alltagsaktivität prägt. Alle anderen hinzugezogenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen haben Ausprägungen nahe der Clusterzentren und unterschreiten die z-Werte von ± 0.4 Einheiten, so dass sie in der Beschreibung der Cluster eine untergeordnete Rolle einnehmen.

In Bezug auf die bereits vorliegenden Gesundheitstypen von Allgöwer (2000) bzw. die Lebensstiltypen von Brandl-Bredenbeck et al. (2013) lassen sich nur bedingt direkte Vergleiche zu den im Rahmen dieser Arbeit identifizierten studentischen Lebensstiltypen herstellen. Allgöwer (2000) nutzte als Basis ihrer Clusteranalyse neben gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen vor allem auch gesundheitsbezogene Einstellungen, die im vorliegenden Datensatz nicht einbezogen wurden. Zudem differierten die zur Clusterung genutzten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Brandl-Bredenbeck et al. (2013) wählten drei Indices als Grundlage der Typenbildung: die sportliche Aktivität eingeteilt in Gruppen, den Ernährungsmusterindex eingeteilt in drei Gruppen sowie den Medienkonsumindex, „der sich aus der Summe des Medienkonsums“ (S. 126) des PCs, des TVs und der Spielkonsole errechnete. Zwar konnten auch in der vorliegenden Arbeit auf Basis der Erweiterung der in die Clusteranalyse eingehenden Verhaltensweisen, wie bei Brandl-Bredenbeck et al. (2013), vier Cluster extrahiert werden, die clusterbestimmenden Merkmale variieren aber auf Basis der in die Clusteranalyse eingehenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.

Im Hinblick auf die die clusterbestimmenden Verhaltensweisen der vorliegenden Ergebnisse sind es vor allem die Merkmale des Ausmaßes des Alkoholkonsums sowie der sportlichen bzw. körperlichen Aktivität (in Kombination mit dem Rauchen), die zur Typenbildung beitragen. Wird zusätzlich die jeweilige Größe der einzelnen Cluster im Vergleich betrachtet, so sind die zwei größten Cluster (Cluster 1 und 4) diejenigen, die sich auf Basis des Ausmaßes des Alkoholkonsums unterscheiden. Dies unterstreicht den Stellenwert dieser gesundheitsrelevanten Verhaltensweise innerhalb der Paderborner Studierendenschaft.

Mit Blick auf die Lebenswelt der Studierenden ist diese scheinbar große Bedeutung des Alkoholkonsums als Differenzierungskriterium der Cluster wenig überraschend: So deuten mehrere Studien an, dass der Alkoholkonsum in der Studierendenschaft eine Verhaltensweise ist, die das Studentenleben prägt. Im Vergleich zum

altersgleichen Anteil der Bevölkerung, der nicht studiert, trinken Studierende häufiger und exzessiver Alkohol (Grützmaker et al., 2018, S. 8-9). Auch die sportliche Aktivität – gemessen über die Aktivität im Vergleich zur Inaktivität – besitzt für viele Studenten eine hohe Bedeutung (SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata, 2018, S. 3). Schließlich scheint die Alltagsbewegung für einen Teil der Studierenden eine ebenso wichtige Rolle einzunehmen. Mit Blick auf die anderen in die Clusteranalyse eingehenden Variablen des Ernährungsmusterindex sowie der Inaktivität muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Ausprägungen für alle vier Cluster innerhalb des Intervalls ± 0.4 Einheiten für den jeweiligen z-Wert um das Clusterzentrum verteilen und damit eher nachgeordnet angesehen werden können. Gleichwohl lassen sich auch für diese Verhaltensweisen Tendenzen innerhalb der einzelnen Cluster ablesen.

Bezogen auf die Verteilungen der lebensstilrelevanten Merkmale innerhalb der Cluster lässt sich festhalten, dass lediglich das Geschlecht zu Unterschieden führt. So sind Studenten häufiger im Cluster die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ sowie etwas mehr im Cluster der „regelmäßigen Alkoholtrinker mit der Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ vertreten. Studentinnen finden sich häufiger unter den „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ sowie den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“. An dieser Stelle werden Parallelen zu den deskriptiven Auswertungen deutlich – im Geschlechtervergleich sind es die Studenten, die länger sportlich aktiv sind und häufiger zu den regelmäßigen Alkoholkonsumenten gehören, während Studentinnen mehr im Alltag aktiv sind und weniger häufig zu den regelmäßigen Alkoholkonsumenten gehören. Lediglich die erhöhte Raucherquote im dritten Cluster kann auf Basis dieser Argumentation nicht erklärt werden.

Unterschiede zwischen den Lebensstiltypen bezogen auf Gesundheit, Stress und Ressourcen (Forschungsfrage 2b)

Bezogen auf die Einschätzung des Gesundheitszustands, des Stressempfindens sowie der ausgewählten Ressourcen auf Basis der Clusterzugehörigkeit lassen sich folgende Details festhalten (vgl. Tab. 44):

- Die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ schätzen ihren *körperlichen Gesundheitszustand* signifikant besser ein als die „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ und die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“. Zudem bewerten die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ ihre körperliche Gesundheit schlechter als die „regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“.
- Hinsichtlich der Einschätzung der *psychischen Gesundheit* finden sich die gleichen Unterschiede über die Cluster. Hinzu kommt ein weiterer signifikanter Zwischengruppenvergleich bezogen auf die „Sportskanonen

mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ und die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“. Die Studierenden im „Sport“-Cluster schätzen sich im Vergleich zu allen anderen Clustern am besten ein. Der direkte Vergleich der Cluster, die sich über den Alkoholkonsum bzw. die Alkoholabstinenz auszeichnen, zeigt hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands ebenfalls das gleiche Bild wie bei der Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands. Die größte Gruppe der „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ schätzt ihren psychischen Gesundheitszustand schlechter ein als die „regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“.

- Hinsichtlich des *globalen Stressempfindens im Studium* findet sich nur ein signifikant werdender Zwischengruppenvergleich. Hier sind es die „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“, die sich signifikant gestresster fühlen als die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“.
- Bei der Betrachtung der *studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit* sind es wieder die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“, die sich signifikant besser einschätzen als alle Studierenden in den anderen drei Clustern.
- Schließlich finden sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die *wahrgenommene soziale Unterstützung*.

Tab. 44. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress und Ressourcen auf Basis der Clusterzugehörigkeit

AV	p-Wert	η^2	Cluster				Post-hoc Ergebnis im Detail	
			1	2	3	4		
physische Gesundheit	.000	.01	1		-	-	.042	C1>C4 C2>C3 C2>C4
			2			.005	.003	
			3				-	
			4					
psychische Gesundheit	.000	.02	1		.004	-	.008	C1<C2
			2			.005	.000	C1>C4
			3				-	C2>C3
			4					C2>C4
Stress	.007	.01	1		-	-	-	C2>C4
			2			-	.008	
			3				-	
			4					
Selbstwirksamkeit	.000	.01	1		.000	-	-	C1<C2 C2>C3 C2>C4
			2			.024	.000	
			3				-	
			4					

Fortführung Tab. 44. Zusammenfassende Darstellung der Unterschiedsprüfungen zu Gesundheit, Stress und Ressourcen auf Basis der Clusterzugehörigkeit

AV	p-Wert	η^2	Cluster				Post-hoc Ergebnis im Detail
			1	2	3	4	
soziale Unterstützung	.500	-	1		-	-	-
			2			-	-
			3				-
			4				

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es vor allem die „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ sind, die sich bei vorhandenen Zwischengruppenunterschieden signifikant besser einschätzen, als die Studierenden der anderen Cluster. Eine Begründung dieser Unterschiede kann in den Studienergebnissen von Göring und Möllenbeck (2011) gesehen werden: die Autoren zeigen, dass Sport eine Ressource im Rahmen der studentischen Gesundheitsförderung sein kann, die dazu führt, dass sich die Studierenden des zweiten Clusters besser einschätzen, als die Studierenden der anderen Cluster.

Zudem gibt es in der Paderborner Stichprobe mehrfach Mittelwertunterschiede im direkten Vergleich der Studierenden, die den Clustern angehören, die sich auf Basis des regelmäßigen bzw. unregelmäßigen Alkoholkonsums herauskristallisiert haben (Cluster 1 „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ und Cluster 4 „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“). Hier sind es „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“, die sich häufig schlechter einschätzen, als „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“. Ein mögliches Indiz für diese Unterschiede kann in der Bedeutung des Alkohols im Studium gesehen werden: Es wird nicht nur in Geselligkeit oder zum Spaß getrunken, sondern auch, um mit Belastungen und Stress umzugehen (Stern.de, 2017, 24. Mai).

Abschließend soll mit Blick auf die extrahierten Cluster festgehalten werden, dass sich die bereits im deskriptiven Teil festgestellten hohen Standardabweichungen trotz Typisierung über die hierarchische Clusteranalyse immer noch innerhalb der Cluster wiederfinden. Sie sind auf ähnlich hohem Niveau angesiedelt, wie die Streuungen in der Auswertung bezogen auf die Gesamtstichprobe. Dies deutet trotz Gemeinsamkeiten innerhalb der jeweiligen Cluster auf die weiter bestehende Individualität der Studierenden hin.

7.3 Themenkomplex 3: Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand

Mit dem Ziel die im theoretischen Teil aufgezeigten Zusammenhänge der Stress-Gesundheits-Beziehung inklusive der Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen in der studentischen Stichprobe zu eruieren, wurde die dritte Forschungsfrage bearbeitet. Konkret lautete sie: *Welche Zusammenhangsmuster von personalen und sozialen Ressourcen und dem Stressempfinden ergeben sich für die Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes innerhalb der einzelnen studentischen Lebensstile?*

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Regressionsanalysen zum Einfluss von personalen und sozialen Ressourcen und Stress auf die Einschätzung des Gesundheitszustands innerhalb der vier Cluster kann festgehalten werden, dass vor allem die Vorhersage des psychischen Gesundheitszustands auf Basis der studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie des globalen Stressempfindens möglich ist. Alle vier Modelle werden statistisch signifikant und erreichen R^2 -Werte zwischen .263 und .294. So ergeben sich akzeptable Anteile aufgeklärter Varianz für die Güte des jeweiligen Gesamtmodells.

In Rückbezug auf die theoretischen Ausführungen zur Stress-Gesundheits-Beziehung sowie zur besonderen Bedeutung der personalen und sozialen Ressourcen für den Stressgenese- und -bewältigungsprozess kann festgehalten werden, dass die vorliegenden Daten die Zusammenhänge überwiegend bestätigen. In drei der vier Cluster werden alle drei Prädiktoren für die Erklärung des psychischen Gesundheitszustands signifikant. Lediglich im Cluster der „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ sind es ausschließlich die Ressourcen, die einen statistisch nachweisbaren Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand besitzen.

Bei differenzierter Betrachtung der Zusammenhangsmuster *innerhalb* der einzelnen Cluster fällt auf, dass die Prädiktoren in ihrer Stärke unterschiedlichen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand in Abhängigkeit der Cluster besitzen. So liegen unterschiedliche Zusammenhangsmuster zur Erklärung vor (vgl. Tab. 45):

- Bei den „regelmäßigen Alkoholtrinkern mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ ist es die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit, die den höchsten Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand besitzt. Die wahrgenommene soziale Unterstützung hat in diesem Cluster den zweitgrößten und das globale Stressempfinden im Studium den geringsten Einfluss.
- Bei den „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ wird der psychische Gesundheitszustand am stärksten durch das globale Stressempfinden im Studium beeinflusst. Die personalen und sozialen Ressourcen haben in ihrem direkten Vergleich einen ähnlich hohen β -Wert, wobei die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit etwas stärker ausgeprägt ist.

- Im Cluster der „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ haben lediglich die Ressourcen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des physischen Gesundheitszustands. Dabei ist der Einfluss der studiumsbezogenen Selbstwirksamkeit fast doppelt so hoch, wie der der sozialen Unterstützung. Das globale Stressempfinden spielt in diesem Modell keine statistisch signifikante Rolle.
- Bei den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ ist es das globale Stressempfinden, was den psychischen Gesundheitszustand am stärksten beeinflusst. Auch die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit hat einen ähnlich hohen Einfluss, wohingegen die soziale Unterstützung den geringsten Einfluss besitzt.

Tab. 45. Zusammenfassende Darstellung der Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress bezogen auf den psychischen Gesundheitszustand (SW = Selbstwirksamkeit, soz. U. = wahrgenommene soziale Unterstützung, Stress = globales Stressempfinden (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$))

Cluster	Zusammenhangsmuster der Prädiktoren			Modellgüte R ²
	SW	soz. U.	Stress	
Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenem Risikoverhalten	$\beta = 0.31^{***}$	$\beta = 0.22^{***}$	$\beta = -0.21^{***}$	0.263 ^{***}
Die Sportskanonen mit Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen	$\beta = 0.23^{***}$	$\beta = 0.22^{***}$	$\beta = -0.32^{***}$	0.272 ^{***}
Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote	$\beta = 0.41^{***}$	$\beta = 0.23^{**}$	$\beta = -0.06$	0.293 ^{***}
Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen	$\beta = 0.27^{***}$	$\beta = 0.21^{***}$	$\beta = -0.29^{***}$	0.294 ^{***}

Zusammenfassend lässt sich somit für den Zusammenhang der Ressourcenausstattung und des Stressempfindens mit dem psychischen Gesundheitszustand festhalten, dass die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit sowohl bei den „regelmäßigen Alkoholtrinkern mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ als auch bei den „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ den größten Einfluss auf das Regressionsmodell zum psychischen Gesundheitszustand hat, während es bei den „Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ sowie den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ jeweils das globale Stressempfinden ist. Ferner fällt auf, dass – mit Blick auf die Ressourcen – die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit über alle vier Cluster hinweg immer den stärkeren Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung besitzt.

In der Konsequenz dieser Ergebnisse sollten mit Rückbezug auf den salutogenetischen Grundgedanken des Gesundheitsbegriffs (vgl. Kapitel 2.1.2) clusterspezifisch die einflussreichsten Prädiktoren im Rahmen der Maßnahmeninitiierung gefördert werden, um den psychischen Gesundheitszustand der Studierenden zu verbessern.

Bezogen auf die Vorhersage des *physischen Gesundheitszustands* auf Basis der drei Prädiktoren werden lediglich die Regressionsmodelle bei den „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ und den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ signifikant. Allerdings liegt das R^2 bei lediglich $R^2 = .050$ (für Cluster 3) bzw. $R^2 = .019$ (für Cluster 4). Damit erklärt das jeweilige Modell nur zu 5,0% bzw. 1,9% den physischen Gesundheitszustand, was für eine eher schlechte Modellgüte spricht. So müssten im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten theoriegeleitet andere Prädiktoren in den Blick genommen werden.

Hinsichtlich der Bedeutsamkeit der einzelnen Prädiktoren für die Erklärungskraft der zwei Modelle ist es bei den „Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ ausschließlich das globale Stressempfinden, was den körperlichen Gesundheitszustand signifikant beeinflusst. Bei den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ wird lediglich die studiumsbezogene Selbstwirksamkeit als einer der drei Prädiktoren zur Erklärung des physischen Gesundheitszustands statistisch relevant (vgl. Tab. 46).

Tab. 46. Zusammenfassende Darstellung der Zusammenhangsmuster von Ressourcen und Stress bezogen auf den physischen Gesundheitszustand (SW = Selbstwirksamkeit, soz. U. = wahrgenommene soziale Unterstützung, Stress = globales Stressempfinden (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$))

Cluster	Zusammenhangsmuster der Prädiktoren			Modellgüte R^2
	SW	soz. U.	Stress	
Die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenem Risikoverhalten	$\beta = 0.09^*$	$\beta = 0.01$	$\beta = -0.01$	0.009 (n.s.)
Die Sportskanonen mit Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen	$\beta = -0.05$	$\beta = 0.06$	$\beta = 0.04$	0.007 (n.s.)
Die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote	$\beta = 0.04$	$\beta = 0.23$	$\beta = -0.20^*$	0.050*
Die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen	$\beta = 0.09^*$	$\beta = 0.06$	$\beta = -0.05$	0.019**

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Ergebnisse der hier genutzten Variablen für die Vorhersage des physischen Gesundheitszustands nicht so eindeutig sind, wie die zum psychischen Gesundheitszustand.

8 Abschließende Bilanz

Mit dem Ziel die Bedeutung gesundheitsrelevanter Lebensstile für die Gesundheit und das Stresserleben von Paderborner Studierenden zu erforschen, erfolgte im Rahmen der vorliegenden Dissertation eine Sekundäranalyse eines bereits vorliegenden Datensatzes aus dem Paderborner GriPs-Projekt (Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Konkret wurden ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, als Teil studentischer Lebensstile, sowie der Gesundheitszustand, das Stressempfinden und ausgewählte personale und soziale Ressourcen in der Zielgruppe zuerst themenbezogen und für jeden Themenkomplex einzeln analysiert. Anschließend erfolgte über den Einsatz eines strukturen-entdeckenden Verfahrens, der hierarchischen Clusteranalyse, die Identifikation studentischer Lebensstiltypen auf Basis gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der Studierenden. Die so extrahierten vier Lebensstiltypen in der Paderborner Stichprobe („die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“, „die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“, „die Alltagsaktiven mit erhöhter Raucherquote“ und „die Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“) wurden zuerst beschrieben und anschließend hinsichtlich ihrer Unterschiede in der Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustands, des Stressempfindens und ausgewählter personaler und sozialer Ressourcen untersucht. Mit Ausnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterscheiden sich die Studierenden auf Basis ihrer Clusterzugehörigkeit in allen abgefragten Bereichen. Dabei fallen vor allem „die Sportskanonen mit der Tendenz zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“ auf, die sich im Vergleich zu den Studierenden der anderen Cluster in vielen Bereichen signifikant besser einschätzen. Auch „die regelmäßigen Alkoholtrinker mit Tendenz zu gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen“ schneiden im direkten Vergleich zu den „Alkoholabstinenten mit inkonsistenten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ häufig besser ab.

In einem dritten Schritt wurden, in Rückbezug auf die theoretischen Ausführungen zur Stress-Gesundheits-Beziehung sowie auf die besondere Bedeutung von Ressourcen im Stressgenese und -bewältigungsprozess (vgl. Kapitel 2.3), die Zusammenhänge von Ressourcen und Stressempfinden für die Einschätzung des Gesundheitszustands innerhalb der Cluster einzeln untersucht. Ziel war es, die Zusammenhangsmuster von personalen und sozialen Ressourcen und dem Stressempfinden bezogen auf die Einschätzung des physischen und psychischen Gesundheitszustands abzubilden. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass über alle studentischen Lebensstiltypen hinweg die personalen und sozialen Ressourcen sowie das Stressempfinden die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands auf ähnlichem Niveau erklären. Für den physischen Gesundheitszustand ergaben sich zwar für zwei der vier studentischen Lebensstile signifikante Modelle zur Vorhersage, allerdings haben diese lediglich eine geringe Erklärungskraft auf Basis der in die Analyse eingehenden Prädiktoren.

Im Hinblick auf die einzelnen Lebensstiltypen lässt sich zudem bezogen auf den psychischen Gesundheitszustand festhalten, dass die Zusammenhangsmuster innerhalb jeder Gruppe variieren, so dass dies eine lebensstiltypenspezifische Fokussierung der unterschiedlichen Prädiktoren zur Förderung der studentischen Gesundheit unterstreicht.

Auf Basis dieser Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten das methodische Vorgehen kritisch reflektiert und die praktischen Konsequenzen für die studentische Gesundheitsförderung an der Universität und ergänzend für das Setting Hochschule abgeleitet.

8.1 Reflexion des methodischen Vorgehens

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens sind einige Aspekte kritisch zu betrachten. Im folgenden Abschnitt finden sich Aussagen zur Aussagekraft querschnittlich angelegter Studiendesigns, zum Online-Fragebogen zur Datenerhebung, zur limitierten Aussagekraft auf Basis der Stichprobenszusammensetzung, zur hohen Streuungen in den Antwortverhalten der Studierenden, zur Auswahl der einzelnen Erhebungsinstrumente, zur Clusteranalyse als multivariates Verfahren der Typenbildung studentischer Lebensstile, zur Diskriminanzanalyse als ergänzendem Verfahren im Nachgang der Clusteranalyse sowie zur Abbildung komplexer theoretischer Konstrukte unter der Perspektive Forschungsökonomie und Praktikabilität.

Aussagekraft querschnittlich angelegter Studiendesigns

Mit der vorliegenden Sekundäranalyse des GriPs-Datenmaterials liegt eine modifizierte Auswertung einer querschnittlich angelegten Untersuchung vor, die auf Basis des Alters der Paderborner Studierenden selektiert wurde. In diesem Zusammenhang muss mit Blick auf die grundlegende Forschungsmethode der einmaligen Fragebogenerhebung angemerkt werden, dass Querschnittsuntersuchungen keine Aussagen über Entwicklungsverläufe zulassen. So sind sie lediglich eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Erhebung. Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass die präsentierten Daten die Ergebnisse zur Studierendengesundheit im Jahr 2010 abbilden. Im Sinne des Aufbaus eines systematischen studentischen Gesundheitsmanagements (vgl. Kapitel 3.1) sollte eine erneute Befragung der Paderborner Studierenden zu den Themen Gesundheit, Stress und Lebensstil erfolgen, um ihre aktuelle Situation im Jahr 2021/2022 abzubilden.

Darüber hinaus soll bezogen auf die Konzeption einer erneuten Datenerhebung angemerkt werden, dass es – im Hinblick auf das Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006) (vgl. Kapitel 2.1.2), die sich aus dem emerging adulthood und dem Studium ergebenden Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 3.2) sowie die Veränderbarkeit und Manifestation von Lebensstilen (vgl. Kapitel 3.3) – wünschenswert wäre, die Studierenden nicht nur einmalig zu

befragen, sondern über ihren Studienverlauf zu begleiten und mögliche Veränderungen hinsichtlich des Gesundheitszustands, Stressempfindens, der Ressourcen sowie der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu eruieren. So wäre die Konzeption eines längsschnittlichen Untersuchungsdesigns sinnvoll – obschon dieses deutlich aufwendiger ist und einen höheren finanziellen Aufwand mit sich bringt.

Online-Fragebogen zur Datenerhebung

Im Hinblick auf die konkret eingesetzte Methode zur Datenerhebung, den Online-Fragebogen, konnten gute Erfahrungen in der studentischen Stichprobe gesammelt werden. Die Online-Version war zum Zeitpunkt der Erhebung ein eher innovatives Verfahren der Datenerhebung, ist allerdings innerhalb der letzten Jahre zu einem der Standards in der empirischen Sozialforschung geworden. So sollte eine erneute Befragung ebenfalls an der medialen Lebenswelt der Studierenden ausgerichtet sein und erneut online stattfinden – idealerweise mit der Möglichkeit der direkten Beantwortung über das Smartphone. Begünstigt werden könnte die Generierung einer Stichprobe am Standort Paderborn zudem über den generellen Fortschritt in der Weiterentwicklung der digitalen Medienlandschaft an der Universität. So könnte eine Verteilung des Befragungslinks zentral über die standort-spezifischen Lernplattformen PANDA und/oder PAUL oder die Integration in der App der Universität – immer unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung – ermöglicht werden.

Limitierte Aussagekraft auf Basis der Stichprobenszusammensetzung

Obschon die Größe der Paderborner Stichprobe mit $N = 1.829$ Teilnehmern beachtlich ist, besitzen die Ergebnisse lediglich eine begrenzte Aussagekraft. Die Stichprobe entspricht in ihrer Zusammensetzung nicht vollständig der Grundgesamtheit der Paderborner Stichprobe zum Zeitpunkt des SoSe 2010. So gelten die vorgestellten Ergebnisse ausschließlich für die Studienteilnehmer. Für eine erneute Befragung sollten Verfahren der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, um repräsentative, standortspezifische Daten zu generieren.

Hohe Streuungen in den Antwortverhalten der Studierenden

Der lange Erhebungszeitraum – von April bis Juli 2010 – kann eine Erklärung dafür sein, warum sich relativ hohe Streuungen in den Antwortverhalten der Studierenden finden. So kann es sein, dass Studierende, die zum Teil durch studiumsspezifische Anforderungen innerhalb des laufenden Semesters, in der Mitte bzw. zum Ende des Semesters, gestresster sind und so eine höhere Belastung empfinden, als Studierende, die direkt zu Studienbeginn an der Umfrage teilgenommen haben. Durch eine Verkürzung des Befragungszeitraums könnte diese mögliche Verzerrung von Ergebnissen ausgeschlossen werden.

Zudem können die hohen Abweichungen in Bezug auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen innerhalb der Antwortkategorien auch ein Indiz dafür sein, dass sich das Verhalten der Studierenden insgesamt sehr

individuell gestaltet, so dass die Studierenden bezogen auf die gesundheitsbezogenen Themen individuell betrachtet werden müssten. Diese These wird auch dadurch gestützt, dass sich die hohen Standardabweichungen auch innerhalb der einzelnen identifizierten Cluster wiederfinden. Obwohl die eingesetzte Methode der Clusteranalyse das Ziel verfolgt, die Studierenden innerhalb der identifizierten Cluster aufgrund ihrer Ähnlichkeiten in den Mustern der Verhaltensweisen zusammenzuführen, finden sich in den einzelnen Clustern hohe Standardabweichungen.

Auswahl der einzelnen Erhebungsinstrumente

Auch hinsichtlich der Instrumenten- und Fragenauswahl für die Erstellung des Online-Fragebogens werden einige Entscheidungen kritisch reflektiert. So gibt es verschiedene Themenkomplexe und Variablen, die für eine erneute Durchführung modifiziert werden sollten. Dazu zählen u. a. das Geschlecht, die Bildungsherkunft, die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, aber auch einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. So müsste die Abfrage des *Geschlechts* in der heutigen Debatte um das „dritte Geschlecht“ (divers) erweitert werden, so dass auch Studierende, die sich keiner der binären Geschlechtsidentitäten zuordnen können bzw. wollen, die Möglichkeit erhalten ihren Status im Feld divers anzugeben. Daraus ergibt sich eine weitere Veränderung für den Einsatz empirischer Auswertungsmethoden. Aus der binär kodierten wird damit eine dreistufige Variable.

Hinsichtlich der Abfrage zur *Bildungsherkunft* der Studierenden wurde der höchste Bildungsabschluss eines Elternteils genutzt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich – entgegen vieler Ergebnisse in anderen Studien – die Bildungsherkunft der Studierenden nur in vereinzelten gesundheitsbezogenen Themen, und häufig ohne praktische Bedeutsamkeit, wiederfindet. Gründe dafür können zum einen in der Güte des Erhebungsinstruments liegen. In diesem Kontext ist erstens die Beschränkung auf nur einen Bildungsabschluss im Elternhaus zu nennen, der möglicherweise zu einer Verzerrung der Daten führt; besonders, weil mehrere Studierende angegeben haben, den höchsten Bildungsabschluss mindestens eines Elternteils nicht zu kennen. Zweitens könnte der Grund in der Mischung der schulischen und beruflichen Abschlüsse und der daraus neu gebildeten Gruppenvariable sein, die zu Ungenauigkeiten der Abbildung der studentischen Bildungsherkunft geführt hat. Im Rahmen einer erneuten Umfrage könnte beispielsweise auf das Erhebungsinstrument und das Vorgehen zur Gruppenbildung aus der 21. Sozialerhebung (Middendorff et al., 2017) zurückgegriffen werden, welches ein national eingesetztes Inventar zur Bestimmung der Bildungsherkunft darstellt und bereits über Jahre in der Studierendenschaft eingesetzt wird.

Mit Blick auf die *finanziellen Ressourcen* sollten die Intervalle des zur Verfügung stehenden Geldes gleich groß gewählt werden, um von Anfang an Gruppen bilden zu können.

Bezogen auf den Themenkomplex *Inaktivität* gemessen über den Medienkonsum gibt es zwei Aspekte, die kritisch betrachtet werden müssen, um reliablere Aussagen hinsichtlich der tatsächlich sitzend verbrachten Zeit

der Studierenden zu erhalten. Zum einen müssten die Studierenden auch – wie beispielsweise in der Studie von Grützmaker et al. (2018) – zu ihren inaktiven Sitzzeiten im Rahmen von Vorlesungen, Seminaren, Bibliotheks- und Mensabesuchen etc. befragt werden, um ein ganzheitliches Bild des sitzenden Lebensstils zu erhalten. Zum anderen müsste, wenn der Medienkonsum weiterhin im Mittelpunkt stehen sollte, vor allem das in den letzten Jahren sehr dominant gewordene Smartphone in die Medienvariable aufgenommen werden, da Studien zeigen, dass dieses Medium in der Studierendenschaft mittlerweile sehr verbreitet ist (Steffens et al., 2018). Schließlich müsste im Hinblick auf die zeitliche Mediennutzung über den genauen Abfragemodus mit Filtersetzung in der Online-Befragung nachgedacht werden. Bislang konnten lediglich diejenigen Studierenden, die angaben, täglich die Medien TV, PC und Spielkonsole zu nutzen, weitere Aussagen zur täglichen Dauer des jeweiligen Medienkonsums machen. Sobald eines der drei Medien weniger als täglich verwendet wurde, waren keine weiteren Angaben möglich. So muss festgehalten werden, dass es sich bei den im Rahmen dieser Studie abgebildeten inaktiven Stunden um die Mindestzahl der täglichen Auseinandersetzung mit mindestens einem der drei Medien handelt. Dazu kommen weitere Stunden an den Tagen, an denen die Medien zusätzlich verwendet werden, die Studierenden die Stunden aber nicht angeben konnten.

Im Hinblick auf den *Alkoholkonsum* sollte – in Anlehnung an die Empfehlungen für tägliche Grenzwerte des Konsums von reinem Alkohol ein alternatives bzw. ergänzendes Erhebungsinstrumentarium genutzt werden, welches die tatsächliche Alkoholmenge abfragt. So könnte das Alkoholkonsumverhalten mit den Empfehlungen in Beziehung gesetzt werden, um den Konsum der Studierenden besser bewerten zu können.

Schließlich könnte die *wahrgenommene soziale Unterstützung* ebenfalls auf die Unterstützung durch Lehrende und Kommilitonen erweitert werden, um Aussagen über die universitätsspezifische Unterstützung zu erhalten.

Clusteranalyse als multivariates Verfahren der Typenbildung studentischer Lebensstile

Die Clusteranalyse als strukturen-entdeckendes Verfahren besitzt den Vorteil der großen Einsatzbreite für verschiedene Fragestellungen. In Anlehnung an Hermann (2004) muss allerdings festgehalten werden, dass „die Entscheidungsprozesse bei (...) Clusteranalysen (...) nicht standardisiert [sind]. Bei der Frage, welche Variablen ausgeschlossen werden, weil ihre Verteilung zu schief (...) sind, gibt es einen erheblichen Ermessensspielraum, ebenso bei der Frage, wie groß die Anzahl der Cluster sein soll“ (S. 157).

Zudem muss an dieser Stelle in Rückbezug auf Otte und Rössel (2011) festgehalten werden, dass „clusteranalytisch gewonnene Typologien (...) schwer reproduzierbar [sind], weil die Typenabgrenzungen stichprobensensibel sind oder weil (...) die Algorithmen intransparent sind“ (S. 17). So sind die identifizierten Cluster, wie bereits im Rahmen der Diskussion verdeutlicht, nur schwer mit anderen Studien zu vergleichen.

Diskriminanzanalyse als ergänzendes Verfahren im Nachgang der Clusteranalyse

In Anlehnung an die Empfehlungen von Backhaus et al. (2018) kann im Nachgang der Clusteranalyse eine Diskriminanzanalyse durchgeführt werden, um die „Trennschärfe zwischen den gefundenen Clustern“ (S. 489-490) zu analysieren. Ziel wäre es, „die Eignung der einzelnen Merkmalsvariablen zur Unterscheidung zwischen den Clustern“ (Bünemann, 2008, S. 119) zu prüfen.

Abbildung komplexer theoretischer Konstrukte unter der Perspektive Forschungsökonomie und Praktikabilität

Grundsätzlich muss zur Fragebogenerhebung dieser Studie festgehalten werden, dass die Einbettung des GriPs-Projekts in die lebensstiltheoretische Forschung die Erarbeitung eines „breiten“ Erhebungsinstruments notwendig machte. Diese Breite erlaubte einerseits die Einbindung einer großen Anzahl verschiedener Themenkomplexe als auch eines großen Fragebogeninventars, welches andererseits aber auch dazu führte, dass einzelne Themen nur oberflächlich thematisiert werden konnten. So wurden – zum Beispiel bezogen auf die Stress-thematik – nur wenige Items abgefragt. Aufgrund der Relevanz dieser Thematik für die Studierenden sollte die bereits im Fragebogen zu findende Abfrage zum globalen Stressempfinden um weitere Items aus beispielsweise der Perceived Stress Scale (PSS) erweitert werden, um an dieser Stelle ein ergänzendes, valides Instrument einzusetzen und umfassendere Daten zum Stressempfinden zu erhalten.

Bezogen auf die Gesundheitsthematik muss festgehalten werden, dass ausschließlich die subjektiv eingeschätzte Gesundheit abgefragt wurde. Mit Blick auf die Ausführungen in Kapitel 2.1.4 könnte die Studie über die Verbindung der Fragebogenerhebung mit einer medizinischen Untersuchung erweitert werden. So könnten die subjektiven Einschätzungen mit den objektiv gemessenen Werten in Beziehung gesetzt werden, um zu überprüfen, ob sie übereinstimmen. Allerdings bedeutet dies einen deutlich erhöhten Forschungsaufwand inklusive steigender Kosten. Zudem ist fraglich, ob die Befragungsteilnehmer bereit wären, an einer medizinischen Untersuchung teilzunehmen.

Mit Blick auf die Lebensstilforschung muss in Anlehnung an die theoretischen Ausführungen in Kapitel 0 konstatiert werden, dass die Verhaltensweisen lediglich einen Bereich des Lebensstils abbilden. Besonders die strukturellen Ressourcen – also die Verhältnisse – sowie die Einstellungen der Studierenden zu gesundheitsbezogenen Themen, wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt. Damit bilden die im Rahmen dieser Arbeit identifizierten Lebensstile nur einen Teil der Realität ab.

Mit Blick auf die „wissenschaftlich erzeugten“ Lebensstiltypologien sollen zudem zwei weitere Aspekte kritisch beleuchtet werden: Zum einen wird die Vergabe plakativer Bezeichnungen für die identifizierten Cluster kritisch diskutiert, da eine Fokussierung auf wenige verhaltensrelevante Merkmale erfolgt und die Komplexität der Lebensstile über die Namensvergabe nicht gut abgebildet werden kann (Bünemann, 2008, S. 148-149). Zum an-

deren soll darauf hingewiesen werden, dass die Clusterung von Lebensstilen mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden geschieht. Dies heißt nicht gezwungenermaßen, dass tatsächlich alle Studierenden in der Realität tatsächlich die identifizierten Lebensstile „leben“.

Nachdem das methodische Vorgehen kritisch betrachtet wurde, werden im nächsten Abschnitt die praktischen Konsequenzen aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie abgeleitet.

8.2 Abgeleitete Konsequenzen für die Praxis

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Dissertation lassen sich für die Praxis des studentischen Gesundheitsmanagements für die Universität Paderborn folgende Konsequenzen ableiten: Die psychische Situation ist auch bei den Paderborner Studierenden der Problembereich. Dies haben im Speziellen sowohl die deskriptiven als auch die regressionsanalytischen Ergebnisse deutlich gemacht. So sollten vor allem praxisorientierte Maßnahmen zur Stressreduktion angeboten werden, um die Studierenden hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustands zu unterstützen. Konkret müssen Beratungs- und Unterstützungsangebote geschaffen bzw. ausgebaut werden, die sich mit der Stressreduktion, aber vor allem auch mit der Förderung der Selbstwirksamkeit der Studierenden beschäftigen.

Neben dem Ausbau dieser individuellen Gesundheitskompetenzen sollten in Anlehnung an die theoretischen Ausführungen zum Sozialisationsmodell von Hurrelmann (2006), die lebensstiltheoretischen Überlegungen sowie die Gütekriterien Gesundheitsfördernder Hochschulen (vgl. Kapitel 2.1.2, 2.4, 3.1) aber vor allem auch die Studienbedingungen gesundheitsförderlich gestaltet werden, so dass der Stress bei Studierenden reduziert werden kann.

Eine weitere Säule im Sinne der studierendenspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention sollte – mit Blick auf die gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen – die kontinuierliche Information und Aufklärung der Studierenden sein. Denkbar wäre an dieser Stelle die Implementierung eines Gesundheits-Moduls in die Studienordnungen der Studienfächer zum Thema „Gesund und stressfrei studieren“ über das Studium generale. Dies könnte einen Beitrag zur studiumsbegleitenden Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit leisten und die Studierenden für ihre eigene Gesundheit und ihr gesundheitsrelevantes Verhalten sensibilisieren.

Mit Blick auf die extrahierten Cluster lässt sich darüber hinaus festhalten, dass Sport eine Ressource in der Gesundheitsförderung und Stressreduzierung darstellt. So sollten vor allem die Angebote des Hochschulsports für alle noch transparenter gemacht werden. Denkbar wäre zudem, im Rahmen des angedachten Gesundheits-Moduls im Studium generale Hochschulsportkurse direkt in den Studierendenalltag einzubinden, um die Studierenden zu einer vermehrten Teilnahme an den Angeboten zu motivieren.

Zudem sollten die Maßnahmen – auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit – die geschlechtsspezifischen Bedarfe gesondert abdecken. Auch die identifizierten Cluster bieten in diesem Kontext einen Ansatzpunkt, die Maßnahmen subgruppenorientierter zu gestalten und die Bereiche des gesundheitsrelevanten Verhaltens zu fokussieren, die es zu verbessern gilt.

Im Hinblick auf die Implementierung einer studentischen Gesundheitsberichterstattung für den Standort Paderborn sollte darüber hinaus ein Erhebungsinstrumentarium entwickelt werden, welches in regelmäßigen Abständen, angelehnt an nationale Empfehlungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und validierte Skalen, Daten zur studentischen Gesundheit erhebt. Ein best practice-Beispiel könnte das Vorgehen der Forschergruppe um Gusy der FU Berlin sein. Hier liegt bereits seit 2008 ein kontinuierlich aufgebautes System der Gesundheitsberichterstattung vor, welches auch der Studie zur Gesundheit Studierender 2017 auf nationaler Ebene zugrunde liegt (Grützmaker et al., 2018). In Erweiterung der Vorgehensweise zur studentischen Berichterstattung sollten komplexere Zusammenhangsmuster im Sinne der Theorie gesundheitsrelevanter Lebensstile Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus wäre es für die nationale Gesundheitsberichterstattung wünschenswert, dass auch diese in einen regelmäßigen Turnus überführt wird. Ein erster Schritt in diese Richtung ist über die Studie Gesundheit Studierender in Deutschland 2017 (Grützmaker et al., 2018) erfolgt. Studierende sollten – wie auch andere Zielgruppen (beispielsweise Kinder und Erwachsene) – im regelmäßigen Turnus zu ihrer gesundheitlichen Situation sowie den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen befragt werden, um langfristige Tendenzen zu erkennen. Im Kontext lebensstiltheoretischer Überlegungen sollten dabei neben der reinen Deskription auch die Zusammenhänge der unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen untereinander hergestellt werden.

Ein Zusammenspiel unterschiedlicher Erhebungsmethoden – beispielsweise auch über den Einbezug von Routedaten der Krankenkassen – wären auch unter ökonomischen Gesichtspunkten und aus Gründen der Datensparsamkeit bedenkenswert. Trotz einer Reihe von Einschränkungen dieser Datengrundlage (z.B. keine eindeutige Identifikation von Studierenden, wenn diese über ihre Eltern versichert sind; keinen Rückschluss auf die besuchte Hochschule; verzögerte Datenbereitstellung) könnten – wie bereits geschehen – gesundheitliche Auswirkungen und Erkrankungen sowie Kontakte zu medizinischen Einrichtungen in der Studierendenpopulation einer oder mehrerer Krankenkasse/n untersucht werden. Gleichzeitig könnten in Modellprojekten standortspezifisch beispielsweise validierte Fragebögen zur Lebensqualität bzw. den oben angerissenen für Paderborn zu entwickelnden Fragebogen an Studierende gegeben werden. Im Endeffekt könnten dadurch auf einer breiteren Datenbasis Aussagen zur Studierendengesundheit, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder auch Le-

bensqualität getroffen werden. Auch bei der Durchführung von größeren hochschulspezifischen Interventionsstudien könnte nach Einführung von einer oder mehrerer innovativen Maßnahmen Routinedaten und ggf. weitere Fragebögen im Vergleich zu einer Kontrollregion ausgewertet werden.

8.3 Künftige Forschungsperspektiven und Ausblick

Neben den bereits aus der Methodenkritik abgeleiteten Modifikationen des Fragebogeninventars für künftige Erhebungen, der angesprochenen längsschnittlichen Begleitung der Studierenden über ihren Studienverlauf sowie dem Aufbau einer kontinuierlichen studentischen Gesundheitsberichterstattung am Standort, bleiben weitere Forschungsperspektiven, die in künftigen Forschungsprojekten bearbeitet werden sollten.

So scheinen es für die Paderborner Stichprobe nicht die Merkmale Bildungsherkunft bzw. zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen zu sein, die Differenzierungsquellen für die Einschätzung der Gesundheit, des Stressempfindens, der Ressourcen und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen darstellen. Bezogen auf Ergebnisse anderer Forschungsgruppen (vgl. Kapitel 3.4) sollten neben dem Geschlecht die Fächergruppen als Basis für die unterschiedlichen Merkmalsausprägungen berücksichtigt werden, um Aussagen zu fächergruppenspezifischen Bedarfen zu erhalten. Dies wird besonders mit Blick auf die studentischen Lebensstiltypen relevant: So sollten die identifizierten Cluster hinsichtlich ihrer fächergruppenspezifischen Zusammensetzung analysiert werden, um zu überprüfen, ob sich spezifische Fächergruppen auf Basis der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in einzelnen Clustern häufiger wiederfinden als in anderen. Auch könnte darüber eine andere Gestaltung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ermöglicht werden: Über die Ansprache bestimmter Studierender in ihrem jeweiligen Fachgebiet werden andere Zugänge für Maßnahmen möglich, als dies bei einer breit angelegten Präventionskampagne möglich ist.

Die vorliegenden Ergebnisse zu den Zusammenhangsmustern haben zudem gezeigt, dass sich innerhalb der einzelnen Cluster unterschiedliche Zusammenhangsmuster zur Erklärung des Gesundheitszustands auf Basis der Ressourcen und des Stressempfindens ergeben. In einem nächsten Schritt sollte überprüft werden, ob die studentischen Lebensstile den Gesundheitszustand auf Basis der personalen und sozialen Ressourcen und des Stressempfindens moderieren.

Bezogen auf die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Ressourcen, Stress und Gesundheitszustand sollten – besonders mit Blick auf den physischen Gesundheitszustand – theoriegeleitet alternative Prädiktoren einbezogen werden, um die relevanten Einflüsse für den körperlichen Gesundheitszustand zu eruieren und aus diesen Ergebnissen praxisorientierte Maßnahmen ableiten zu können.

Schließlich sollte im Hinblick auf die hohen Standardabweichungen in den Ergebnissen die Forschungsperspektive erweitert werden und die quantitativen Erhebungen um qualitative Ansätze ergänzt werden. So könnten tiefere Ergebnisse zu Gesundheit, Stress, Ressourcen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

gewonnen werden und über eine Methodentriangulation mit den quantitativen Daten in Verbindung gebracht werden.

Zum Abschluss dieser Dissertation sollen zwei weitere sowie aktuelle Aspekte angesprochen werden: Zum einen sollten die Verantwortlichen in Politik, in der Hochschul- und Studiengangsleitung sowie auch die Personen im Bereich der studentischen Gesundheitsförderung darüber beraten, warum die psychische Situation seit über zwanzig Jahren den Problembereich der studentischen Gesundheit darstellt – besonders, obwohl in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Stressreduktion und Gesundheitsförderung initiiert wurden. In diesem Sinne sollten alle Studierenden nachhaltig darin unterstützt werden, ihr volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu erlernen und nicht bereits in einem jungen Alter gesundheitliche Risikoverhaltensweisen zu manifestieren. Dies wird besonders relevant, da Studierende als Führungskräfte der nächsten Generation maßgebliche Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung in Unternehmen sein werden. Dazu muss bereits während des Studiums ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen sowie individuelle Gesundheitskompetenzen entwickelt werden.

Zudem soll noch einmal auf die grundsätzliche Relevanz der studentischen Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Hochschule hingewiesen werden. Diese gewinnt besonders auf Basis von zwei Entwicklungen weiter an Relevanz: (1) Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Studierendenzahlen – von knapp 2 Millionen im Erhebungsjahr der vorliegenden Studie bis aktuell auf knapp 2.9 Millionen. Des Weiteren werden (2) die Themen Gesundheit und Stress im Studium im Hinblick auf die aktuelle Situation unter SARS-Cov-2 relevanter denn je. In dieser Pandemiesituation hat sich die Lebenswelt von allen Studierenden deutschlandweit grundlegend geändert. Es zeigt sich bereits in ersten Studien, dass „die Beschränkungen des Lehrbetriebs an deutschen Universitäten sowie Einschränkungen in weiteren Lebensbereichen bei den Studierenden zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität, des Gesundheitszustands, der ökonomischen Situation und der Bildungschancen geführt haben“ (Dietz, 2021, S. 152): Aufgrund von Kontakteinschränkungen und digitaler Lehre entsteht vermehrt Einsamkeit bei den Studierenden, welche einen Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellt (Dietz, 2021, S. 150). Darüber hinaus sind bereits mehr Angststörungen, Depressionen sowie emotionale Erschöpfungen im ersten Online-Semester entstanden (Dietz, 2021, S. 151). Die Studierenden müssen aufgrund von wegfallenden Möglichkeiten der Nebenverdienste (z.B. Schließung der Gastronomie) einen erhöhten finanziellen Druck aushalten, ziehen deshalb häufiger ins Elternhaus zurück und haben zukünftig möglicherweise auch aufgrund weniger bezahlter Praktika geringere Berufschancen (Dietz, 2021, S. 151).

Maßgeblich beeinflusst durch die Pandemie und ihre Lockdown-Regelungen ist gerade das im Rahmen dieser Dissertation untersuchte gesundheitsrelevante Verhalten. So sind gesundheitsfördernde Verhaltensweisen

stark eingeschränkt (z. B. keine körperlichen Aktivitäten in Sportgruppen/Fitnessstudios), wohin gehend riskantes Verhalten gleichgeblieben ist (z.B. Alkoholkonsum) bzw. sich in Ermangelung an Alternativen verschlechtert hat (z.B. längere Sitzzeiten, erhöhter Medienkonsum) (Dietz, 2021, S. 150-151).

Studierende benötigen in dieser Situation besondere Unterstützungs- und Beratungsangebote, beispielsweise in Form von psychologischen Beratungsstellen oder digital umsetzbaren Maßnahmen zur Förderung gesunden Verhaltens und Risikofaktorreduktion. Darüber hinaus müssen aber auch die Verhältnisse verändert werden: Dazu zählt u.a. ein Ausbau der Hochschulinfrastruktur sowohl auf digitaler als auch auf analoger Ebene, um alle Aufgaben und Tätigkeiten im Studium gleichwertig nutzen zu können. Auch sollten Räume für soziales Leben geschaffen werden, damit die Studierenden Kontakt aufbauen und sich vernetzen können. Es sollten ungleiche Studienbedingungen berücksichtigt werden (z. B. Unterstützung von Studierenden ohne funktionierende, soziale Netzwerke, beispielsweise bei Geflüchteten) oder auch Studienzeiten ohne Benachteiligung verlängert werden können. Auch neue Formen der finanziellen Unterstützung (z. B. Sozialfonds, Sonder-Stipendien), die möglichst niedrigschwellig sind, sollten angestrebt werden (Traus et al., 2020). Die Studierenden sollten in dieser Situation nicht – wie bisher geschehen – von den Entscheidungsträgern in der Politik unbeachtet bleiben (Dietz, 2021, S. 152), sondern gerade mit Blick auf ihre Gesundheit und die Reduzierung von Stress unterstützt werden.

9 Literaturverzeichnis

- Abel, T. (1992). Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 15(4), 123-128.
- Abel, T. (1999). Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit* (S. 43-61). Seismo.
- Abel, T. (2014). Gesundheitsrelevante Lebensstile. In M. Egger & O. Razum (Hrsg.), *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2. akt. Aufl., S. 149-150). De Gruyter.
- Abel, T. (2018). Gesundheitsrelevante Lebensstile. In M. Egger, O. Razum & Rieder, A. (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 196-198). De Gruyter.
- Abel, T., Bucher, S., Duetz, M., Neimann, S. & Walter, E. (2002). Gesundheitsrelevante Lebensstile und soziale Differenzierung. Zur Weiterentwicklung eines empirischen Konzepts in der Public Health Forschung. In U. Flick (Hrsg.), *Innovation durch Public Health* (S. 113-136). Hogrefe.
- Abel, T., Buddenberg, C. & Duetz, M. (2004). Gesundheitsrelevante Lebensstile. In C. Buddenberg (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin* (S. 295-306). Springer.
- Abel, T. & Ruckstuhl, B. (2018). Lebensweisen – Lebensstile (letzte Aktualisierung am 31.03.2016). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 638-641). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Abels, H. (2007). Einführung in die Soziologie. Band 1: *Der Blick auf die Gesellschaft* (3. Aufl.). VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Abels, H. (2009). *Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft* (4. Aufl.). Hagener Studententexte zur Soziologie. VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. (2020). *Zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule 2020*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/AGH-10-Guetekriterien.pdf
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2020, 30. September). *Regionale Arbeitskreise*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/AR_Regional/AR_Regional1.html
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett, D. R., Tudor-Locke, C., Greer, J. L., Vezina, J., Whitt-Glover, M. C. & Leon, A. S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update

- of codes and MET values. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(8), 1575-1581.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821ece12>
- Allgöwer, A. (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität: Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden* (Forschung; 65: Soziologie). Leske + Budrich.
- Allgöwer, A., Stock, C. & Krämer, A. (1998). Die gesundheitliche Situation von Studierenden: Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention*, 21(1), 22-25.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass Publ.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verlag.
- AOK-Bundesverband. (2016). *Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung*. Abruf unter https://www.ph-ludwigsburg.de/uploads/media/AOK_Studie_Stress.pdf
- Apfel, P. (2018). *Sitzen ist das neue Rauchen! Was dabei in und mit Ihrem Körper passiert*. Abruf unter https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/sitzen-ist-das-neue-rauchen-was-dabei-in-und-mit-ihrem-koerper-passiert_id_9391995.html
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. (2020). *Arbeitskreis - was wollen wir?* Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/AS_ArbeitskreisS/AS_Wer_sind_wir1.html
- Arnett, J. J. (2002). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, (55)5, 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2011). *Debating Emerging Adulthood: Stage or Process?* Oxford University Press.
- Bacher, J., Pöge, A., & Wenzig, K. (2010). *Clusteranalyse. Anwendungsorientierte Einführung in Klassifikationsverfahren*. (3., ergänzte, vollständig überarb. u. neu gestaltete Aufl.). Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (12. vollst. überarb. Aufl.). Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (Hrsg.). (2018). *Multivariate Analysemethoden*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56655-8>
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C. & Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(11), 423-429.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.

- Bargel, T., Ramm, M. & Multrus, F. (2012). Schwierigkeiten und Belastungen im Bachelorstudium – wie berechnigt sind die studentischen Klagen? *Beiträge zur Hochschulforschung*, 34(1), 26-41.
- BAuA. (2020). *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (1. Aufl.). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi: 10.21934/baua:bericht20191007
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1. Aufl.). Suhrkamp.
- Becker, P. (2006). Gesundheit und Gesundheitsmodelle. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (2. Aufl., S. 31-41). Hofmann.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung - Band 6)*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berger, P. A. & Neu, C. (2007). Sozialstruktur und soziale Ungleichheit. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 242-266). Campus.
- Bibliographisches Institut GmbH. (2014). *Duden online. Salutogenese*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Salutogenese>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020a). *Duden online. Abstraktum*. Abruf unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Abstraktum>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020b). *Duden online. Genese*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Genese>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020c). *Duden online. Gesundheit*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheit>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020d). *Duden online. Lebensstil*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Lebensstil>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020e). *Duden online. Lifestyle*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Lifestyle>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020f). *Duden online. Pathogenese*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Pathogenese>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020g). *Duden online. Salus*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Salus>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020h). *Duden online. Stress*. Abruf unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Stress>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2020i). *Emergenz*. Abruf unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Emergenz>

- Bollinger-Salzmann, H. & Habermann-Horstmeier, L. (2018). Stress. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 193-196). De Gruyter.
- Born, A., Crackau, B. & Thomas, D. (2008). Das Kohärenzgefühl als Ressource beim Übergang ins Studium. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(2), 51-60.
- Bortz, J. & Döring, N. (2001). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7.vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Springer.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Suhrkamp.
- Brandl-Bredenbeck, H. P., Brettschneider, W.-D., Keßler, C. & Stefani, M. (2010). *Kinder heute: Bewegungsmuffel, Fastfoodjunkies, Medienfreaks? Eine Lebensstilanalyse (Sportentwicklungen in Deutschland, Bd. 22)*. Meyer & Meyer.
- Brandl-Bredenbeck, H. P., Kämpfe, A. & Köster, C. (2013). *Studium heute - gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse* (1. Aufl.). Meyer & Meyer.
- Brandl-Bredenbeck, H. P., Keßler, C. & Stefani, M. (2009). Lebensstile und Gesundheitsverhalten von Kindern in der Stadt. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29(3), 245-264.
- Brockhaus Enzyklopädie Online. (2021, 17. Februar). *Lebensstil (Soziologie)*. Abruf unter <https://brockhaus.de/ecs/permalink/CE5D7AB85F6693F337C7F994318BD27B.pdf>
- Bucksch, J. & Schlicht, W. (2014). Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 65(01), 15-21. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2012.077>
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Ps Psychologie*. Pearson Studium.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36 Questionnaire concerning Health status)*. Hogrefe.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2020). *Bildung. Die Entwicklung von den Anfängen bis heute*. Abruf unter <https://www.bmbf.de/de/die-entwicklung-von-den-anfaengen-bis-heute-1042.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Rauchen*. Abruf unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2010). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. BZgA.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2021, 15. Januar). *Alkohol? Kenn dein Limit. Was ist ein Standardglas*. Abruf unter <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/haeufige-fragen/was-ist-ein-standardglas/>
- Bünemann, A. (2008). *Energiebilanzrelevante Lebensstile von Heranwachsenden: Ein multivariater Erklärungsansatz für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Grin Verlag.
- Burger, M. & Mensink, G. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol: Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut.
- Burzan, N. (2014). Lebensstil. In G. Endruweit, G. Trommsdorff & N. Burzan (Hrsg.), *Wörterbuch der Soziologie* (S. 268-269). UTB GmbH.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2010). *Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln*. WHO. Abruf unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/112405/E89490G.pdf
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. Abruf unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1192162>
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(3), 310-357.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's health in context. Health Behavior in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/02 survey*. WHO.
- Czopnik, T. & Köhler, P. (2020). *Die Studentenbibel: Die Pflichtlektüre für dein Studium und die beste Zeit deines Leben*. Studentenstoff.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.
- del Fabbro, R. (2014). Simmel, Georg (* 1.3.1858 Berlin, † 26.9.1918 Straßburg). Philosophie des Geldes. In G. W. Oesterdiekhoff (Hrsg.), *Lexikon der soziologischen Werke* (2. Aufl., S. 671-672). Springer VS.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung & Schweizerische Vereinigung für Ernährung. (2020). *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr* (2. Auflage, 6. akt. Ausgabe). DGE.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2014). *Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen in Deutschland*. Druckerei Berghoff.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2017). *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Abruf unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf>

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2019). *Der Ernährungskreis*. Abruf unter <https://www.dge-ernaehrungskreis.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2021a). *Alkohol*. Abruf unter <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/alkohol/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2021b). *DGE-Ernährungskreis. Beispiel für eine vollwertige Lebensmittelauswahl*. Abruf unter <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/ernaehrungskreis/>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2020). *Alkohol. Basisinformationen* (16. Aufl.). Warlich Druck Meckenheim GmbH.
- Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH & Arbeitsgruppe Hochschulforschung Universität Konstanz. (2017). *Informationsflyer. Studienqualitätsmonitor SQM. Die Online-Erhebung zu Studienqualität und Studienbedingungen aus studentischer Sicht*. HIS. Abruf unter http://www.dzhw.eu/presse/material/forschung/Flyer_SQM.pdf
- Dietz, P. (2021). Zehn Thesen zur Situation von Studierenden in Deutschland während der SARS-CoV-2-Pandemie. Formuliert von der Projektgruppe „Healthy Campus Mainz – gesund studieren“. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 56(03), 149-153. Abruf unter https://gesundheit-nds.de/images/newsletter/anlagen/ASU_2021_Dietz_10-Thesen.pdf
- Dollhausen, K. (2014). Schulze, Gerhard (* 14.9.1944 Neustadt a. d. Aisch). Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. In G. W. Oesterdiekhoff (Hrsg.), *Lexikon der soziologischen Werke* (2. Aufl., S. 656). Springer VS.
- Dreisbach, S. (2008). *Studium macht krank*. Abruf unter http://www.focus.de/wissen/campus//tid-8919/studium_aid_237676.html
- Drings, P., Schaller, K., & Pötschke-Langer, M. (2008). *Fakten zum Rauchen. Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Krebserkrankungen*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg. Abruf unter https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/FzR_Krebs.pdf
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Egger, J. W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19(2), 12-22.
- Egger, J. W. (2017). *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin: Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin* (1. Aufl.). Facultas.
- Egger, M. & Habermann-Horstmeier, L. (2018). Rauchen. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. Aufl., S. 189-192). De Gruyter.

- Egger, M. & Razum, O. (Hrsg.). (2014). *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2., aktual. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110336061>
- Engeroff, T. & Füzéki, E. (2017). Sitzender Lebensstil und Gesundheit. In W. Banzer (Hrsg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit: präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin* (S. 77-84). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5_5
- European Union. (2021). *Welcome to Eurydice. Better knowledge for better education policies*. Abruf unter <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/>
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Verlag W. Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2018). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln (letzte Aktualisierung am 19.10.2015). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 545-549). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- FAZ.NET. (2016, 10. Oktober). *Studenten unter Stress: Gut die Hälfte spürt massiven Druck*. Abruf unter <https://www.faz.net/agenturmeldungen/dpa/studenten-unter-stress-gut-die-haelfte-spuert-massiven-druck-14476400.html>
- Fink, G. (2016, 26. April). *Stress: The Health Epidemic of the 21st Century*. Abruf unter <http://scitech-connect.elsevier.com/stress-health-epidemic-21st-century/>
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarb. Aufl.). Huber.
- Franke, A. (2018). Salutogenetische Perspektive (letzte Aktualisierung am 12.05.2015). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 877-881). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. (2018a). Biomedizinische Perspektive (letzte Aktualisierung am 13.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 34-44). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. (2018b). Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (letzte Aktualisierung am 13.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 191-195). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. (2018c). Krankheit. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 604-616).

- Franzkowiak, P. (2018d). Psychosomatische Perspektive (letzte Aktualisierung am 13.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 822-832). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. (2018e). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell (letzte Aktualisierung am 13.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 846-860). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. (2018f). Soziale Unterstützung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 924-934). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2011). Stress und Stressbewältigung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 543-550). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Franzkowiak, P. & Franke, A. (2018). Stress und Stressbewältigung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 964-976). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018). Gesundheit (letzte Aktualisierung am 13.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 175-184).
- Freund, A. M. & Nikiti, J. (2018). Junges und mittleres Erwachsenenalter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Mit Online-Material* (8. Aufl., S. 265-289). Beltz.
- Froböse, I., Biallas, B. & Wallmann-Sperlich, B. (2018). *Der DKV-Report 2018 : Wie gesund lebt Deutschland?* Abruf unter <https://www.ergo.com/-/media/ergocom/pdf-mediathek/studien/dkv-report-2018/dkv-report-2018.pdf?la=de&hash=C83A66CFE70E58BE499C8B57D0A0F699B0CED4FA>
- Fuchs, R. (2009). *Messung der körperlichen Aktivität: Indizes zur Bewegungs- und Sportaktivität*. Institut für Sport und Sportwissenschaft.
- Fuchs, R. (2018). Gesundheitsverhalten und Lebensstile. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 177-182). De Gruyter.

- Fuchs-Heinritz, W. (2020). Individualisierung. In D. Klime, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer & H. Wienhold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (6. Aufl., S. 333-334). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F - SozU. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Manual*. Hogrefe.
- Gabriel, T. (2005). Resilienz - Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 207-217.
- Gärtner, C. (2018). Religiöse Lebensführung/Biographie. In D. Pollack, V. Krech, O. Müller & M. Hero (Hrsg.), *Veröffentlichungen der Sektion Religionssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Handbuch Religionssoziologie* (S. 1001-1019). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18924-6_41
- Geißler, R. (2011). *Die Sozialstruktur Deutschlands* (6. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI 10.1007/978-3-531-92055-9_1
- Geißler, R. (2014). *Die Sozialstruktur Deutschlands* (7. überarb. Aufl.). Springer VS.
- Georg, W. (1998). *Soziale Lage und Lebensstil: Eine Typologie. Fragen der Gesellschaft*. Leske + Budrich.
- Gerber, M. (2008). *Sport, Stress und Gesundheit bei Jugendlichen*. (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport: Bd. 162). Hofmann.
- Gerber, M. & Schilling, R. (2018). Stress als Risikofaktor für körperliche und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen. In R. Fuchs & M. Gerber (Hrsg.), *Handbuch Stressregulation und Sport* (1. Aufl., S. 93-122). Springer.
- Gerlach, E. (2008). *Sportengagement und Persönlichkeitsentwicklung: Eine längsschnittliche Analyse der Bedeutung sozialer Faktoren für das Selbstkonzept von Heranwachsenden* (1. Aufl., Sportforum. Dissertations- und Habilitationsschriftenreihe: Bd. 18). Meyer & Meyer.
- Gerrig, R. J., Dörfler, T. & Roos, J. (Hrsg.). (2018). *Psychologie* (21. akt. Aufl.). Pearson Studium.
- Gluchowski, P. (1988). *Freizeit und Lebensstile: Plädoyer für eine integrierte Analyse von Freizeitverhalten. DGFF-Dokumente: Bd. 2*. DGFF.
- Goebel, G. & Lamparter, U. (2004). Stressbedingte Aspekte des Hörsturzes. *psychoneuro*, 30(6), 337-341. Abzuruf unter https://www.researchgate.net/profile/gerhard_goebel/publication/235430683_stressbedingte_aspekte_des_horsturz
- Gogoll, A. (2004). *Belasteter Geist - gefährdeter Körper: Sport, Stress und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter*. (Forum Sportwissenschaft: Bd. 9). Hofmann.
- Göring, A., & Möllenbeck, D. (2010). Gesundheitspotenziale des Hochschulsports: Sporttreiben als soziale Unterstützung und zur Belastungsbewältigung im Studienalltag. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 238-242.

- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2011). Sport als gesundheitsfördernde Ressource im Setting der Hochschule. Institutionelle Rahmenbedingungen und empirische Befunde zum Sportverhalten von Studierenden. In Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.), *Dokumentation 16. Kongress Armut und Gesundheit. Verwirklichungschancen für Gesundheit 3. und 4. Dezember 2010* (S. 1-5). Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Götz, K., Deffner, J. & Stieß, I. (2011). Lebensstilansätze in der angewandten Sozialforschung - am Beispiel der transdisziplinären Nachhaltigkeitsforschung. In J. Rössel & G. Otte (Hrsg.), *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft: Bd. 51. Lebensstilforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Abruf unter https://kzfss.uni-koeln.de/sites/kzfss/pdf/SH_51-2011.pdf#page=82
- Götz, U. (2017, 26. April). *Viel Stress, zu viel Alkohol*. Abruf unter https://www.deutschlandfunk.de/trinkende-studenten-viel-stress-zu-viel-alkohol.680.de.html?dram:article_id=384674
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2018). *BARMER Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Band 7)*. Abruf unter <https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf>
- 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*. Abruf unter <https://www.tk.de/resource/blob/2050660/8bd39eab37ee133a2ec47e55e544abe7/gesundheitsstudierender-in-deutschland-2017-studienband-data.pdf>
- Gusy, B. (2008). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Erstsemestern. Dissertation*. Technische Universität Berlin, Fakultät VII - Wirtschaft und Management.
- Gusy, B. (2010). Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 250-256.
- Gusy, B., Drewes, J., Gutsche, J., Lohmann, K., Reese, M. & von Stösser, G. (2008). *>GiS < Gesundheit im Studium. Ergebnisbericht der Online Befragung 01/2008 (Schriftenreihe des AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung)*. Freie Universität Berlin. Abruf unter http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/media/publikationen/schriftenreihe/GiS-Kurzbericht_01-08.pdf
- Gusy, B., Drewes J., Fischer K. & Lohmann K. (2009). Stress im Studium: Ein Vergleich Studierender in „neuen“ und „alten“ Studienstrukturen. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Gusy, B., Lohmann, K. & Drewes, J. (2010). Burnout bei Studierenden, die einen Bachelor-Abschluss anstreben. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 271-275. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0251-4>

- Gusy, B., Lohmann, K., Wörfel, F. & Schagen, N. (2010). 'GiS' Gesundheit im Studium. Ergebnisbericht der Online-Befragung 01/2010 (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Nr. 01/P10). Freie Universität Berlin. Abruf unter <https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/18594/GiS-Ergebnisbericht-01-10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gwosć, C., Netz, N., Orr, D., Middendorff, E. & Isserstedt, W. (2012). *Soziale und wirtschaftliche Bedingungen des Studiums. Deutschland im europäischen Vergleich. Eurostudent IV 2008-2011*. Bertelsmann. Abruf unter http://www.dzhw.eu/pdf/23/Eurostudent_deutsch_web.pdf
- Habermann-Horstmeier, L. (2018a). Alkoholmissbrauch. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 187-189). De Gruyter.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018b). Bewegungsmangel. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 185-187). De Gruyter.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018c). Ungesunde Ernährung. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (3. vollst. akt. u. erw. Aufl., S. 182-185). De Gruyter.
- Hammelstein, P. (2006). Resilienz. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 18-23). Springer.
- Hanewinkel, R., Hansen, J., Janßen, J. & Morgenstern, M. (2019). *Präventionsradar. Erhebung Schuljahr 18/19. Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. Ergebnisbericht der Welle 3. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord), Kiel*. Abruf unter www.dak.de/dak/download/praeventionsradar-2019-2266684.pdf
- Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R. & Busch, M. A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 749-754. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9>
- Hauschild, K., Vögtle, E. M. & Gwosć, C. (2018). *Social and Economic Conditions of Student Life in Europe. EUROSTUDENT VI 2016-2018. Synopsis of indicators*. Abruf unter https://www.eurostudent.eu/download_files/documents/EUROSTUDENT_VI_Synopsis_of_Indicators.pdf
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3. Aufl.). McKay.
- HEAG Holding AG – Beteiligungsmanagement der Wissenschaftsstadt Darmstadt. (2012). *HEAG 2040. Die Stadtwirtschaft von morgen*. Abruf unter https://www.zukunftsinstitut.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Auftragsstudien/HEAG-2040-zukunftsstudie_2.pdf
- Heilmann, V. K., Brähler, E., Hinz, A., Schmutzer, G. & Gumz, A. (2015). Psychische Belastung, Beratungsbedarf und Inanspruchnahme professioneller Hilfe unter Studierenden [Psychological distress, need for advice

- and utilization of professional help among students]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(3-4), 99-103. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1394458>
- Hemetsberger, P. (2020). *dict.cc. Deutsch-Englisch-Wörterbuch. Coping Resources*. Abruf unter <https://www.dict.cc/?s=coping+resources>
- Hemetsberger, P. (2021a). *dict.cc. Deutsch-Englisch-Wörterbuch. Lifestyle*. Abruf unter <http://www.dict.cc/?s=lifestyle>
- Hemetsberger, P. (2021b). *dict.cc. Deutsch-Englisch-Wörterbuch. Stress*. Abruf unter <http://www.dict.cc/?s=stress>
- Hermann, D. (2004). Bilanz der empirischen Lebensstilforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 56(1), 153-179.
- HIS-Hochschul-Informationen-System GmbH. (2009). *Wirtschaftliche und soziale Situation der Studierenden im Jahr 2009. 19. Sozialerhebung Fragebogen*. Abruf unter http://www.sozialerhebung.de/download/19/Soz19_FB_Bildungsinlaender.pdf
- Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. (2015a). *F-SozU. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Abruf unter <http://www.testzentrale.de/programm/fragebogen-zur-sozialen-unterstutzung.html>
- Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. (2015b). *Testzentrale. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Abruf unter <http://www.testzentrale.de/programm/sf-36-fragebogen-zum-gesundheitszustand.html>
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut*, 54(5), 346-356. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0693-3>
- Hradil, S. (1987). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Leske + Budrich.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland (7. Aufl.)*. Lehrbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland (8. Aufl.)*. Lehrbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huinink, J., & Schröder, T. (2008). *Sozialstruktur Deutschlands. UTB basics*. UVK Verlagsgesellschaft.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (6. Aufl.)*. Grundlagentexte Soziologie. Juventa-Verl.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2011). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 100-105). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). *Grundlagentexte Soziologie*. Beltz Verlagsgruppe. Abruf unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779940937
- Informationstechnische Dienste der Zentralverwaltung. (2010, 12. Juli). *Studiengangstatistik Sommersemester 2010 - Studierende im 1. Studiengang (Stichtag 18.05.2010)*. Abruf unter http://www.zv.uni-paderborn.de/fileadmin/zv/dez/1/1-3/statistiken/studierende/SS2010/Studiengang_Abf_II_SoSe2010.pdf
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Kandulla, M., Borchert, L. & Leszczensky, M. (2010). *Die wirtschaftliche und soziale Lage von Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009: 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerk durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem*. BMBF. Abruf unter <http://www.studentenwerke.de/pdf/Hauptbericht19SE.pdf>
- Jawurek, S. & Grobe, J. (2007). Studieren bis zum Umfallen. *DSW JOURNAL*(2). Abruf unter http://www.studentenwerke.de/pdf/journal_ausgabe_2.pdf
- Kaluza, G. (2002). Stressbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 574-578). Hogrefe.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen gesundheitsförderung*. Springer.
- Kehne, M. (2011). *Zur Wirkung von Alltagsaktivität auf kognitive Leistungen von Kindern* (1. Aufl., Sportforum: Bd. 26). Meyer & Meyer.
- Kersting, R. & Appenzeller, P. (2012). *Endlich Studium!: Das Handbuch für die beste Zeit deines Lebens* (1. Aufl.). Rap-Verl.
- 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). Springer.
- Kim-Heinrich, H.-S. (2012). *Lebensstil und Ästhetik in der Kulturtheorie Georg Simmels - Theoretische Beiträge zur Auseinandersetzung mit der Kulturosoziologie Pierre Bourdieus*. Abruf unter <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2661600/2661603>
- Klauer, T. (2002). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 543-546). Hogrefe.
- Klein, M. (2003). Lebensstil. In P. Röthig & R. Prohl (Hrsg.), *Sportwissenschaftliches Lexikon* (7. Aufl., S. 325-326). Hofmann.
- Klement, A., Richter, D., Bretschneider, K. & Lautenschläger, C. (2010). Gesundheitsverhalten und Lebensstil - Risiken von Medizinstudierenden: Eine epidemiologische Querschnittsstudie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 265-270.

- Klocke, A. & Lück, D. (2001). *Lebensstile in der Familie. ifb – Materialien [elektronische Ressource]*. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. Abruf unter http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2001_3.pdf
- Kluge, F. & Seebold, E. (2011). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache* (25., durchges. und erw. Aufl.). De Gruyter.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2011). *Einführung Gesundheitspsychologie* (2. akt. Aufl.). Reinhardt Verlag.
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie: Mit 5 Tabellen und 52 Fragen zum Lernstoff* (4. Aufl.). UTB: Bd. 2650. UTB GmbH; Reinhardt. Abruf unter <http://www.utb-studienbook.de/9783838547459>
- Kohlmann, C.-W. (2002). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 558-560). Hogrefe.
- Konieczny, O. (2011, 03. Mai). *Stress im Studium: Die entspannten Jahre sind vorbei*. Abruf unter <https://www.sueddeutsche.de/karriere/stress-im-studium-die-entspannten-jahre-sind-vorbei-1.1081067-2>
- Kopp, J., Lois, D., Kunz, C., & Arránz Becker, O. (2010). *Verliebt, verlobt, verheiratet: Institutionalisierungsprozesse in Partnerschaften* (1. Aufl.). VS Verlag. Abruf unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=749797> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92304-8>
- Krämer, A. & Stock, C. (1998). Gesundheitspotentiale von Studierenden fördern - das Gesundheitslabor der Universität Bielefeld. *Public Health Forum*, 20, 19.
- Krampen, G. & Reichle, B. (2008). Kapitel 9. Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl., S. 333-365). Beltz.
- Kratzsch, V. & Goebel, G. (2018). Aktuelle Aspekte zu Tinnitus und Depression. *HNO*, 66(3), 188-197. <https://doi.org/10.1007/s00106-018-0477-6>
- Krause, D. (2020). Ungleichheit, soziale. In D. Klime, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer & H. Wienhold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (6. Aufl., S. 812). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Krawietz, J., Raitelhuber, E. & Roman, N. (2013). Übergänge in der Hochschule. In W. Schröer, B. Stauber, A. Walther, L. Böhnisch & K. Lenz (Hrsg.), *Handbuch Übergänge* (S. 651-687). Beltz Juventa.
- Krems, C., Bauch, A., Götz, A., Heuer, T., Hild, A., Möseneder, J. & Brombach, C. (2006). Methoden der Nationalen Verzehrsstudie II - Fragebogen. *Ernährungs-Umschau*, 53(2).
- Krengel, M. (2012). *Der Studi-Survival-Guide: Erfolgreich und gelassen durchs Studium* (4. Aufl.). Uni-Edition.

- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G., Müters, 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>
- Kudielka, B. M. & Kirschbaum, C. (2002). Stress und Gesundheit. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. Hogrefe.
- Kurth, R. A., Klier, S., Pokorny, D., Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2007). Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. *Psychotherapeut*, 52(5), 355-361. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0546-x>
- Laireiter, A., & Baumann, U. (1992). Network structures and support functions: theoretical and empirical analyses. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Hrsg.), *The meaning and measurement of social support* (S. 33-55). Hemisphere.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (5/6), 631-636.
- Lampert, T., Schmidtke, C., Borgmann, L.-S., Poethko-Müller, C. & Kuntz, B. (2018). Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 64-71. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-068>
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (o. J.a). *Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Abruf unter <https://www.kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/kompetenzzentrum>
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (o. J.b). *Landkarte „Gesundheitsfördernde Hochschulen in Deutschland“*. Abruf unter <https://www.kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/landkarte>
- Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 66-73. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-031>
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A. & Mensink, G. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring*, 1(1), 2-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub Co.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress* (S. 63-80). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4
- Lindman, H. R. (1974). *Analysis of variance in complex experimental designs*. W.H. Freeman.

- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Springer.
- Lohmann, K., Reese, M., Drewes, J., Gutsche, J., & von Stösser, G. & Gusy, B. (2008). *Gewinner und Verlierer an der Hochschule: Zur Entwicklung gesundheitlicher Ressourcen im Studium. Beitrag zum 14. Kongress Armut und Gesundheit*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/08_12_06_Berlin/ZusF_GewinneVerliererHochschule.pdf
- Lohmann, K., Gusy, B. & Drewes, J. (2009). *Alltagsdoping an der Hochschule? Medikamentenkonsum bei Studierenden. 15. Kongress Armut und Gesundheit. 4./5. Dezember 2009. Gesundheit für alle - Ethik im Spannungsfeld*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/09_12_04_Berlin/ZusF_MedikamentenkonsumStudierende.pdf
- Lohmann, K., Gusy, B. & Drewes, J. (2010). Medikamentenkonsum bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 276281.
- Lüdtke, H. (1989). *Expressive Ungleichheit: Zur Soziologie der Lebensstile*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-93765-0>
- Lüdtke, H. (1990). Lebensstile als Dimension handlungsproduzierter Ungleichheit. In P. A. Berger & S. Hradil (Hrsg.), *Soziale Welt. Sonderband: Bd. 7. Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile* (S. 433-454). O. Schwartz.
- Lüdtke, H. (1992). *Lebensstile und Subkulturen als Kontexte der Interessenartikulation. Unveröffentlichtes Manuskript*.
- Lüdtke, H. (2020). Sozialstruktur. In D. Klime, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer & H. Wienhold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (6. Aufl.). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lutz-Kopp, C., Meinhardt-Injac, B. & Luka-Krausgrill, U. (2019). Psychische Belastung Studierender. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 256-263. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0691-9>
- Lyssenko, L. & Bengel, J. (2018). Resilienz und Schutzfaktoren (letzte Aktualisierung am 04.12.2016). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 841-844). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Lyssenko, L., Franzkowiak, P. & Bengel, J. (2011). Resilienz und Schutzfaktoren. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 476-478). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Maleike, K. (2018, 17. März). *Weinend in der Uni-Bibliothek - Macht Stress im Studium krank?* Abruf unter https://www.deutschlandfunk.de/weinend-in-der-uni-bibliothek-macht-stress-im-studium-krank.680.de.html?dram:article_id=413192

- Meier, S., Krämer, A. & Mikolajczyk, R. T. (2006, 10. Mai). *Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Fragebogen*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/EndversionFBSurvey10.05.06.pdf
- Meier, S., Mikolajczyk, R., Helmer, S., Akmatov, M., Steinke, B. & Krämer, A. (2010). Prävalenz von Erkrankungen und selbstberichteten Beschwerden bei Studierenden in NRW: Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 257-264.
- Meier, S., Milz, S. & Krämer, A. (2007). *Projektbericht Gesundheitssurvey für Studierende in NRW*. Abruf unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf
- Mensink, G. & Burger, M. (2004). Was isst du? Ein Verzehrshäufigkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47(3), 219-226.
- Meuser, M. (2020). Lebensstil. In D. Klime, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer & H. Wienhold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (6. Aufl., 451-452). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Meuter, S. (2014, 09. Juli). *Die Welt. Studenten am Rande des Nervenzusammenbruchs. Angststörungen, Depressionen, Burn-out: Immer mehr Studenten wächst das Studium über den Kopf. Zehntausende suchen jährlich bei psychologischen Beratungsstellen Hilfe. Was Experten raten*. Abruf unter <http://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article129977400/Studenten-am-Rande-des-Nervenzusammenbruchs.html>
- Meyer, F. (2010, 26. August). *Stress in der Uni: Studieren bis zur Erschöpfung Schlafstörungen, Magenkrämpfe, Beruhigungsmittel: Viele Hochschüler fühlen sich gestresst und überfordert, die Zahl der Hilfesuchenden wächst*. Abruf unter <https://www.sueddeutsche.de/karriere/stress-in-der-uni-studieren-bis-zur-erschoepfung-1.74830>
- Meyer, T. (2001). Das Konzept der Lebensstile in der Sozialstrukturforschung - eine kritische Bilanz. *Soziale Welt*, 52(3), 255-271.
- Middendorff, E. (2013). *Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerkes 1951-2009*. Abruf unter http://www.sozialerhebung.de/download/geschichte/Geschichte_Sozialerhebung_1-19.pdf
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brand, T., Heißenberg, S. & Poskowsky, J. (2017). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016 - 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. Abruf unter http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf
- Montada, L., Lindenberger, U. & Schneider, W. (2012). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: [mit Online-Materialien]* (7. Aufl., S. 27-60). Beltz.

- Mühlhausen, C. (2021). *Health-Trend-Map 2020*. Abruf unter <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/health-trend-map-2020/>
- Müller, H.-P. (1992). *Sozialstruktur und Lebensstile: Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit* (1. Aufl., Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 982). Suhrkamp.
- Multrus, F., Majer, S., Bargel, T. & Schmidt, M. (2017). *Studiensituation und studentische Orientierungen. Zusammenfassung zum 13. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen*. BMBF.
- Multrus, F., Ramm, M. & Bargel, T. (2010). *Studiensituation und studentische Orientierungen. 11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen*. BMBF. Abruf unter http://www.bmbf.de/pub/studiensituation_studentetische_orientierung_elf.pdf
- Netzwerk Gesunde Hochschulen NRW. (2020). *Unsere Ziele*. Abruf unter <https://www.ngh-nrw.de/ziele/>
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Kapitel 8. Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl., S. 271-332). Beltz.
- Oesterdiekhoff, G. W. (2014). Bourdieu, Pierre (* 1.8.1930 Denguin, † 31.1.2002). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. In G. W. Oesterdiekhoff (Hg.), *Lexikon der soziologischen Werke* (2. Aufl., S. 92). Springer VS.
- OKANAGAN CHARTA. (2015). *Eine internationale Charta für gesundheitsfördernde Universitäten und Hochschulen. Ein Ergebnis der Internationalen Konferenz zu Gesundheitsfördernden Universitäten und Hochschulen / VII. Internationaler Kongress 2015*. Abruf unter <https://cdn.website-editor.net/81f6ae7b87d043afb254635ec3c45c91/files/uploaded/Okanagan-Charta-2015-DE.pdf>
- Orr, D. (2012). *eurostudent. Annual Report 2012*. Abruf unter http://www.eurostudent.eu/download_files/documents/EUROSTUDENT_Annual_Report_15_03_2013.pdf
- Orth, B. & Merkel, C. (2019). *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-ALKSY18-RAU-DE-1.0>
- Orth, B. & Merkel, C. (2020). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0>
- Otte, G. (2005). Hat die Lebensstilforschung eine Zukunft? Eine Auseinandersetzung mit aktuellen Bilanzierungsversuchen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 57(1), 1-31.
- Otte, G. (2013). Lebensstile. In S. Mau & N. M. Schöneck (Hrsg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands* (Band 1 und Band 2; 3. Aufl., S. 538-551). Springer VS.

- Otte, G. & Rössel, J. (2011). Lebensstile in der Soziologie. In J. Rössel & G. Otte (Hrsg.), *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft: Bd. 51. Lebensstilforschung* (S. 7-34). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfeifer, W. (1993a). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. Band 1* (2. Aufl.). Akad.-Verl.
- Pfeifer, W. (1993b). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. Band 2* (2. Aufl.). Akad.-Verl.
- Proksch, D. (2012). *Dein Top-Studium: So studierst Du schnell, erfolgreich und gelassen*. Gabler Verlag.
- Rapp, I. & Klein, T. (2017). Lebensstil und Gesundheit. In M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 1-19). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06477-8_16-2
- Rapp, I. & Klein, T. (2020). Lebensstil und Gesundheit. In P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Springer Reference. Handbuch Gesundheitssoziologie: Mit 61 Abbildungen und 27 Tabellen* (S. 193-211). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06392-4_16
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010a). *Quantitative Methoden 2: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). *Springer-Lehrbuch Bachelor*. Springer.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010b). *Quantitative Methoden: Einführung in die Statistik* (3. Aufl.). *Springer-Lehrbuch Bachelor*. Springer.
- Razum, O. & Kolip, P. (2020a). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl., S. 19-43). Beltz Juventa.
- Razum, O. & Kolip, P. (Hrsg.). (2020b). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7., überarb. Aufl.). Beltz Juventa.
- Reimann, S. & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 217-227). Springer.
- 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>
- Reißig, B. (2015). Übergänge von der Schule in den Beruf – Forschungsbefunde und Herausforderungen. In W. Kühnel, D. Zifonun, A.-M. Höpken & S. Kathmann (Hrsg.), *Übergänge erfolgreich gestalten: Übergangsmangement Schule - Ausbildung - Studium* (S. 12-28). Beltz Juventa.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 45-48). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2018). Determinanten von Gesundheit (letzte Aktualisierung am 15.06.2018). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 50-54). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Rink, D. (2002). *Lebensstile und Nachhaltigkeit. Konzepte, Befunde und Potenziale*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rhein, S. (2006). *Lebensstil und Umgehen mit Umwelt. Empirisch-kultursoziologische Untersuchung zur Ästhetisierung des Alltags*. Deutscher Universitäts-Verlag.
- Robert Koch-Institut. (2014). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2013*. Medialis Offsetdruck. Abruf unter http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf
- Robert Koch-Institut (2015). *Bericht Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Abruf unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Rössel, J. & Hoelscher, M. (2012). Lebensstile und Wohnstandortwahl. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64(2), 303-327. <https://doi.org/10.1007/s11577-012-0166-5>
- Rößler, N. (2019, 06. Oktober). *Ängste, Depressionen, Studienabbruch. Wenn Studenten psychisch krank werden*. Abruf unter https://www.deutschlandfunk.de/aengste-depressionen-studienabbruch-wenn-studenten.724.de.html?dram:article_id=460415
- Ruess, A. & Mai, J. (2007, 28. März). *Volkskrankheit Stress – und kein Ende*. Abruf unter <http://www.handelsblatt.com/karriere/nachrichten/volkskrankheit-stress-und-kein-ende/2788788.html>
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Abruf unter <https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-für-Bewegung-und-Bewegungsförderung-2016.pdf>
- Salewski, C. & Opius, M. (2018). Gesundheitsbezogenes Verhalten. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 31-43). Hogrefe.
- Schaller, K. & Mons, U. (2019). Tabak, Liquid, Früchte, Holz. Rauchen ist Risiko – egal in welcher Form. *Pneumonews*, 11(4), 30-36. Abruf unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15033-019-1220-z.pdf>
- Scheuch, E. K. (2014). Veblen, Thorstein (* 30.7.1857 Cato/WI, † 3.8.1929 Menlo Park/CA). Theorie der feinen Leute. In G. W. Oesterdiekhoff (Hrsg.), *Lexikon der soziologischen Werke* (2. Aufl., S. 736). Springer VS.

- Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungspsychologie: mit Online-Materialien* (7., vollst. überarb. Aufl.). Beltz.
- Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2018). *Entwicklungspsychologie: mit Online-Material* (Originalausgabe, 8., vollst. überarb. Aufl.). Beltz.
- Schröder, K. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Beltz.
- Schulze, G. (1992). *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Campus.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2002a). Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 175-179). Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2002b). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 521-524). Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2001). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schüleraussagen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen (im Web korrigierte Version)*. Abruf unter www.psyc.de/skalendoku.pdf
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2018). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler: Für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Pearson Studium - Psychologie. Pearson Studium. Abruf unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5583851>
- Seliger, K. & Brähler, E. (2007). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. *Psychotherapeut*, 52(4), 280-286. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0529-3>
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(3479), 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Sieverding, M. (2010). Welche Bedeutung haben Ernährung und sportliche Aktivität für die subjektive Gesundheit von Studierenden? In I. Hartmann-Tews, B. Dahmen & D. Emberger (Hrsg.), *Gesundheit in Bewegung: Impulse aus Geschlechterperspektive; Beiträge aus dem Symposium "Gender and Health in Motion - Gesundheit, Bewegung und Geschlecht aus Interdisziplinärer Perspektive"* (S. 135-138). Academia Verlag.
- Simmel, G., Frisby, D. & Köhnke, K. C. (1989). *Philosophie des Geldes* (1. Aufl.). Gesamtausgabe / Georg Simmel: Bd. 6. Suhrkamp.

- Solga, H., Berger, P. A. & Powell, J. (2009). Soziale Ungleichheit - Kein Schnee von gestern! Eine Einführung. In H. Solga, J. Powell & P. A. Berger (Hg.), *Campus-Reader. Soziale Ungleichheit: Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse* (S. 11-45). Campus-Verl.
- Spiegel online. (2012, 13. Juni). *Studie zum Uni-Stress. Wer studiert, wird therapiert*. Abruf unter <https://www.spiegel.de/lebenundlernen/uni/uni-stress-studenten-gehen-haeufiger-zum-therapeuten-a-838468.html>
- SPIN Sport Innovation GmbH & Co. KG & Constata. (2018). *Sport. Bewegung. Lebensstil. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von Studierenden. SPIN DATEN MONITOR*. Abruf unter https://www.constata.de/downloads/2018_CONSTATA_SPIN_Datenmonitor_Sport_Bewegung_Lebensstil.pdf
- Statistisches Bundesamt. (2020a). *Anzahl der Hochschulen in Deutschland in den Wintersemestern 2015/2016 bis 2019/2020 nach Hochschulart*. Abruf unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/247238/umfrage/hochschulen-in-deutschland-nach-hochschulart/>
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen 1980 - 2019: Fachserie 11 Reihe 4.3.1*. Abruf unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/kennzahlen-nichtmonetaer-2110431197004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2020, 11. Dezember). *Presse. Zahl der Studierenden im Wintersemester 2020/2021 auf neuem Höchststand*. Abruf unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_497_213.html
- Steffens, Y., Schmitt, I. L. & Aßmann, S. (2018). *Mediennutzung Studierender: Über den Umgang mit Medien in hochschulischen Kontexten. Systematisches Review nationaler und internationaler Studien zur Mediennutzung Studierender*. <https://doi.org/10.13154/rub.106.95>
- Stemper, T. (2013). Was ist MET? Energieverbrauch vergleichbar machen. *Fitness & Gesundheit* (1), 82-83.
- Stern.de. (2017, 24. Mai). *Sucht-Prävention. Saufen bis zur Sucht - der verharmloste Alkoholkonsum von Studenten*. Abruf unter <https://www.stern.de/gesundheit/alkohol-im-studium--was--wenn-das-studentenleben-zur-sucht-verleitet--7429770.html>
- Stephoe, A. (2007). Health behavior and stress. In G. Fink (Hrsg.), *Encyclopedia of stress* (S. 262-266). New York: Academic.
- Steuerungsgruppe NGH-NRW. (2020). *Die Grundsätze der Zusammenarbeit des Netzwerkes gesunde Hochschule NRW*. Abruf unter https://www.ngh-nrw.de/wp-content/uploads/2020/11/Grunds%C3%A4tzeDerZusammenarbeit_NGH-NRW.pdf

- Stock, C., Allgöwer, A., Prüfer-Krämer, L. & Krämer, A. (1997). Gibt es einen Bedarf für eine betriebliche Gesundheitsförderung für Studierende? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(3), 239-256.
- Stock, C., & Krämer, A. (2001). Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. *Gesundheitswesen*, 56-59. <https://doi.org/10.1055/s-2001-12116>
- Stock, C. & Krämer, A. (2002). Wie gesund leben Studierende? Schlussfolgerungen für eine gesundheitsfördernde Hochschule. In B. Badura, D. Ahrens, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor* (S. 180-194). Springer.
- Stock, C., Wille, L. & Krämer, A. (2001). Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion. *Health Promotion International*, 16(21), 145-154.
- Storm, A. (2020). *Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt. Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise*. Abruf unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2372398.pdf>
- Swiss Life Deutschland & YouGov Deutschland. (2020, 18. November). *Gestresstes Deutschland: 80 Prozent der Bevölkerung leiden unter Stress – vor allem Menschen im Gesundheits- und Pflegebereich sind betroffen (Pressemitteilung, Stress-Statistik)*. Abruf unter https://www.swisslife.de/content/dam/de/ueber-swiss-life/presse/pressemitteilungen/201118_Swiss%20Life_Stress-Statistik_FN.pdf
- Techniker Krankenkasse. (2007). *Gesund studieren - Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen (NRW) und Auswertungen und Arzneiverordnungen*. Techniker Krankenkasse.
- Techniker Krankenkasse. (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Techniker Krankenkasse. Abruf unter [https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/590188/Da-
tei/115474/TK_Studienband_zur_Stressumfrage.pdf](https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/590188/Da-
tei/115474/TK_Studienband_zur_Stressumfrage.pdf)
- Techniker Krankenkasse. (2015a). *Gesundheitsreport 2015. Gesundheit von Studierenden*. Abruf unter [https://www.tk.de/resource/blob/2034304/47b32c03c8f94de08485134741a5b340/gesundheitsreport-2015-
data.pdf](https://www.tk.de/resource/blob/2034304/47b32c03c8f94de08485134741a5b340/gesundheitsreport-2015-
data.pdf)
- Techniker Krankenkasse. (2015b). *TK-CampusKompass. Umfrage zur Gesundheit von Studierenden*. Abruf unter [https://www.tk.de/resource/blob/2026642/98c5db0cb414660246cc42b77ea3ada2/tk-campuskompass-
data.pdf](https://www.tk.de/resource/blob/2026642/98c5db0cb414660246cc42b77ea3ada2/tk-campuskompass-
data.pdf)
- Techniker Krankenkasse. (2016). *Entspann dich, Deutschland – TK-Stressstudie 2016*. Abruf unter [https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-
data.pdf](https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-
data.pdf)

- Techniker Krankenkasse. (2019). *SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Handlungsempfehlung zu Theorie und Praxis*. Abruf unter <https://www.tk.de/resource/blob/2066932/0b63cceb20d775c244d57ed267a322d/handlungsempfehlung-zum-studentischen-gesundheitsmanagement-data.pdf>
- Thomas, M. (2011). *Gesundheitsrelevante Lebensstile von Kindern. Eine kulturvergleichende Untersuchung am Beispiel Deutschlands und Italiens*. Abruf unter https://fis.dshs-koeln.de/portal/files/3517375/Dissertation_M.Thomas.pdf
- Thun-Hohenstein, L., Lampert, K. & Altendorfer-Kling, U. (2020). Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00524-6>
- Traus, A., Höffken, K., Thomas, S., Mangold, K. & Schröer, W. (2020). *Stu.di.Co. – Studieren digital in Zeiten von Corona*. Abruf unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:hil2-opus4-11269>
- Ustorf, A.-E. (2015, 13. Novemer). *Psychische Krisen im Studium: Studenten leiden unter Stress*. Abruf unter <https://www.sueddeutsche.de/bildung/persoenliche-krise-angst-im-anmarsch-1.2730160>
- Voelcker-Rehage, C. (2018). Gesundheit. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Mit Online-Material* (8. Aufl., S. 745-759). Beltz.
- Walter, U., Gerlich, M. G. & Schwartz, F. W. (2011). Gesundheitsindikatoren. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 286-290). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Walter, U., Gerlich, M. G. & Schwartz, F. W. (2018). Gesundheitsindikatoren (letzte Aktualisierung am 06.10.2015). In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018* (S. 502-508). Abruf unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensweisen-lebensstile/> doi: 10.17623/BZGA:224-E-Bbook-2018
- Weber, H. (2002). Ressourcen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 466-469). Hogrefe.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft* (1. Aufl.). Mohr Siebeck.
- Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft* (5. Aufl.). Mohr Siebeck.
- Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2018). Jugend. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Mit Online-Material* (8. Aufl., S. 239-263). Beltz.
- Wentura, D. & Pospeschill, M. (2015). *Multivariate Datenanalyse. Eine kompakte Einführung*. Springer.

- Werdecker, L. & Esch, T. (2019). Stress und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitswissenschaften* (S. 347-359). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_33
- Werner-Staude, M. (2017, 11. April). *Generation Stress. Studenten sind häufiger gestresst als Erwerbstätige*. Abruf unter https://www.wz.de/politik/studenten-sind-haeufiger-gestresst-als-erwerbstaetige_aid-27117459
- Wiesenthal, H. (1987). "Rational Choice". *Zeitschrift für Soziologie*, 16, 434-449.
- Willige, J., Grützmacher, J., Sudheimer, S. & Naumann, H. (2018). *Studienqualitätsmonitor SQM 2018. Online-Befragung Studierender im Sommersemester 2018. Fächergruppen an Universitäten bundesweit*. Abruf unter https://www.dzhw.eu/pdf/24/sqm_2018_randauszaehlung_bund_uni.pdf
- Willimczik, K. (1999). *Statistik im Sport: Grundlagen - Verfahren - Anwendungen; mit ausführlich kommentierten SPSS-Ausdrucken* (4. Aufl.). *Forschungsmethoden in der Sportwissenschaft: Bd. 1*. Czwalina.
- Wolf, S., Pfister, E. A., Schmicker, S. & Vajna, S. (2007). Gesundheitszustand und Gesundheitsförderung von Studierenden. *Praktische Arbeitsmedizin*, 9, 6-11.
- Wopp, C. (2006). *Handbuch zur Trendforschung im Sport: Welchen Sport treiben wir morgen?* Meyer & Meyer.
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The Definition has not been amended since 1948*. Abruf unter <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abruf unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
- World Health Organization. (1998a). *Gesundheit 21 - eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle": Bd. 5. Weltgesundheitsorganisation*. Abruf unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf
- World Health Organization. (1998b). *Health Promotion Glossary (WHO/HPR/HEP/98.1)*. Abruf unter <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- World Health Organization. (1998c). *The World Health Report 1998: Life in the 21st century. A vision for all*. Abruf unter https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Abruf unter https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Abruf unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- World Health Organization. (2014, 08. Mai). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947, von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946, für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948*. Abruf unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. WHO.
- World Health Organization. (2020a). *Basic Documents. Forty-ninth edition. Including amendments adopted up to 31 May 2019*. Abruf unter https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=1
- World Health Organization. (2020b). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Abruf unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action*. Abruf unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108095>
- World Health Organization. Division of Health Situation and Trend Assessment. (1996). *Catalogue of health indicators: a selection of important health indicators recommended by WHO programmes*. World Health Organization. Abruf unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63030>
- Ziegelmann, J. P. (2002). Gesundheits- und Krankheitsbegriffe. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 149-152). Hogrefe.
- Zwahr, A. (2006). *Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden* (21. völlig neu bearb. Aufl.). Brockhaus.

Anhang


- A The WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour
- B Übersicht ausgewählter studiumsphasen- und zielgruppenspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten
- C GriPs-Fragebogen
- D Bivariate Korrelationen zwischen den in die Clusteranalyse einbezogenen z-transformierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Elbow-Kriterium zur Bestimmung der Cluster

Anhang A

The WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour (World Health Organization, 2020b, S. 32-33)

ADULTS

(aged 18–64 years)



PHYSICAL ACTIVITY RECOMMENDATION

For adults, physical activity can be undertaken as part of recreation and leisure (play, games, sports or planned exercise), transportation (wheeling, walking and cycling), work or household chores, in the context of daily occupational, educational, home and community settings.

In adults, physical activity confers benefits for the following health outcomes: improved all-cause mortality, cardiovascular disease mortality, incident hypertension, incident site-specific cancers,¹ incident type-2 diabetes, mental health (reduced symptoms of anxiety and depression); cognitive health, and sleep; measures of adiposity may also improve.

It is recommended that:

- > All adults should undertake regular physical activity.
Strong recommendation, moderate certainty evidence
- > Adults should do at least 150–300 minutes of moderate-intensity aerobic physical activity; or at least 75–150 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity; or an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity throughout the week, for substantial health benefits.
Strong recommendation, moderate certainty evidence
- > Adults should also do muscle-strengthening activities at moderate or greater intensity that involve all major muscle groups on 2 or more days a week, as these provide additional health benefits.
Strong recommendation, moderate certainty evidence
- > Adults may increase moderate-intensity aerobic physical activity to more than 300 minutes; or do more than 150 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity; or an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity throughout the week for additional health benefits.
Conditional recommendation, moderate certainty evidence

GOOD PRACTICE STATEMENTS


- Doing some physical activity is better than doing none.
- If adults are not meeting these recommendations, doing some physical activity will benefit their health.
- Adults should start by doing small amounts of physical activity, and gradually increase the frequency, intensity and duration over time.

¹ Site-specific cancers of: bladder, breast, colon, endometrial, oesophageal adenocarcinoma, gastric, and renal.

WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour

32

Fortsetzung The WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour (World Health Organization, 2020b, S. 32-33)



ADULTS
(aged 18–64 years)

SEDENTARY BEHAVIOUR RECOMMENDATION

For adults, sedentary behaviour is defined as time spent sitting or lying with low energy expenditure, while awake, in the context of occupational, educational, home and community settings, and transportation.

In adults, higher amounts of sedentary behaviour are associated with the following poor health outcomes: all-cause mortality, cardiovascular disease mortality and cancer mortality and incidence of cardiovascular disease, cancer and type-2 diabetes.

It is recommended that:

- > **Adults should limit the amount of time spent being sedentary. Replacing sedentary time with physical activity of any intensity (including light intensity) provides health benefits.**
Strong recommendation, moderate certainty evidence
- > **To help reduce the detrimental effects of high levels of sedentary behaviour on health, adults should aim to do more than the recommended levels of moderate- to vigorous-intensity physical activity.**
Strong recommendation, moderate certainty evidence

Physical activity and sedentary behaviour

Anhang B

Tab. 47. Übersicht ausgewählter studiumsphasen- und zielgruppenspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
<p>Bielefelder Gesundheitssurvey – Baseline-Erhebung (Stock, Allgöwer, Prüfer-Krämer & Krämer, 1997)</p> <p><u>Weitere Veröffentlichungen zur Studie:</u> Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion (Stock, Wille & Krämer, 2001) Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf (Stock & Krämer, 2001) Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden (Allgöwer, 2000) Die gesundheitliche Situation von Studierenden (Allgöwer, Stock & Krämer, 1998)</p>	<p>angeführter Hintergrund: Konzept der Gesundheitsförderung, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Epidemiologie, Konzept der „Gesunden Universität“, Setting-Ansatz, Salutogenese Gesundheitspotentiale und -risiken (Gesundheitsverhalten), Bedarf an universitärer Gesundheitsförderung, Hochschule als Sozialisationsraum, Verhaltens- und Verhältnisprävention</p> <p>Universität Bielefeld, WS 1995/96</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 650 Erstsemester)</p>	<p>Gesundheitszustand und Einstellungen zur Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand, Gesundheitsbewusstsein, Beschwerden und Krankheiten, Arztkontakte und Medikamentenkonsum), gesundheitsrelevante Faktoren (Bewegung und Entspannung, Ernährung, Suchtmittelgebrauch, Präventionsverhalten, Belastungen und Bewältigungsverhalten), gewünschte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Kursangebote in Gruppenform, individuelle Beratung, strukturelle Maßnahmen), soziodemographische Daten</p>
<p>Bielefelder Gesundheitssurvey – Follow up-Erhebung (Stock & Krämer, 2002)</p>	<p>siehe Baseline-Erhebung</p> <p>Universität Bielefeld, WS 1997/98</p> <p>Querschnittsstudie, die über den Vergleich mit der Baseline-Erhebung zum Längsschnitt wird, Fragebogen (N = 166, Vergleich vom 1. zum 5. FS)</p>	<p>siehe Baseline-Erhebung ergänzt durch biochemische Untersuchung soziodemographische Daten, Fragen zum Studium, Aspekte der physischen, mentalen, sozialen Gesundheit, Gesundheitshandeln, Bedarf an gesundheitsförderlichen Angeboten an der Universität (S. 184)</p>
<p>Gesundheitszustand und Gesundheitsförderung von Studierenden (Wolf, Pfister, Schmicker & Vajna, 2007)</p>	<p>angeführter Hintergrund: Bestimmung des Gesundheitstyps von Studierenden; Vergleich mit Polizeibeamten und Sozialpädagogen; Untersuchung zum Gesundheitszustand und Gesundheitsförderung von Studierenden des Ingenieurstudiums</p> <p>Universität Magdeburg, SoSe 2006</p> <p>Querschnittsstudie, zwei Fragebögen (N = 35 Studierende von Ingenieurstudiengängen)</p>	<p>gesundheitliche Belastungen, gesundheitliche Bewältigung, Änderung des Gesundheitsbewusstseins, Relevanz der Gesundheitsförderung für das Studium, AVEM-Verfahren</p>

Fortführung Tab 47. Übersicht ausgewählter studiumsphasen- und zielgruppenspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden (Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009)	<p>Art und Schweregrad psychischer Beschwerden von Studierenden, die eine psychotherapeutische Beratungsstelle aufsuchen</p> <p>Universität Heidelberg, 2007/08 (Vergleichsdaten aus 1998 bzw. 1993)</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen und Experteneinschätzung auf Basis eines Einzelinterviews und validierter Instrumente) sowie Quasi-Längsschnitt durch Datenvergleich (Kohortenvergleich); Vergleich von Studierenden, die eine psychotherapeutische Beratungsstelle aufsuchen und einer studentischen Feldstichprobe</p>	<p>Art und Schweregrad psychischer Beschwerde (Häufigkeit, Vergleich, Veränderungen mit früheren Studien) (Symptomcheckliste-90-r, Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB), Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ), ICD-10, Beeinträchtigungsschwerescore (BSS), Global Assessment of Functioning (GAF); (Zusammenhang der psychischen Beeinträchtigung mit der Lebens- und Studienzufriedenheit)</p>
Burnout bei Bachelor-Studierenden (Gusy, Lohmann & Drewes, 2010)	<p>angeführter Hintergrund: Hochschulreformen führen zu Beanspruchungen der psychischen Gesundheit (Burnout als Fehlentwicklung im Bereich der psychischen Gesundheit) (S. 271)</p> <p>Freie Universität Berlin, WS 2007/2008</p> <p>Querschnittsstudie bei Bachelor-Studierenden (Bezug auf GiS-Datensatz), Online-Fragebogen (N = 850)</p>	<p>Burnout erleben (MBI-SS), Wahrnehmung und Bewertung der Studiensituation, Zeitaufwand, Ressourcen und Belastungen im Studium (S. 272)</p>
Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Erstsemestern (Gusy, 2008)	<p>Gesundheitsförderung an Hochschulen, Gesundheit – Konzepte, Gesundheitsberichterstattung</p> <p>Freie Universität Berlin, Dezember 2002</p> <p>Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 594, Erstsemester)</p>	<p>Habituelles Wohlbefinden, seelische Gesundheit, Übergewicht/ Adipositas, chronische Erkrankungen oder Behinderung, körperliche Beschwerden, Anforderungen und Belastungen zu Beginn des ersten Semesters, Belastungsarten zu Studienbeginn, personale und soziale Ressourcen, Zshg. Anforderungen und Ressourcen, Gesundheitsverhalten (Ernährung, Alkohol-, Tabakkonsum, körperlich-sportliche Aktivität Korrelationen</p>

Fortführung Tab 47. Übersicht ausgewählter studiumsphasen- und zielgruppenspezifischer Studien zum Thema Gesundheit und Stress im Studium an deutschen Universitäten

Studieninformationen	Design, Stichprobengröße und weitere Details	Merkmalsstichprobe
Kohärenzgefühl als Ressource beim Übergang ins Studium (Born, Crackau & Thomas, 2008)	Studium als kritisches Lebensereignis, Salutogenese, transaktionale Stresstheorie, Kohärenzgefühl als Bewältigungsressource (S. 51-53) Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, WS 2004/05 Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 157 Studienanfänger)	Studiensituation (Appraisal-FB), emotions- und problemorientierte Bewältigungsstrategien, Wohlbefinden (MFHW), Kohärenzgefühl (SOC)
Gesundheitsverhalten und Lebensstil – Risiken von Medizinstudierenden (Klement, Richter, Brettschneider & Lautenschläger, 2010)	angeführter Hintergrund: Schlüsselfunktion von praktizierenden Ärzten/Ärztinnen im Kontext Prävention und Gesundheitsförderung; Mediziner als potentiell gefährdete Statusgruppe; wenig Daten zum gesundheitsbezogenen Lebensstil von Medizinstudierenden Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, WS 2008/09 Querschnittsstudie, Fragebogen (N = 706 Medizinstudierende, Quasi-Längsschnitt über den Vergleich des 3.-6. Studienjahrs)	Gesundheits- und Risikoverhalten von Studierenden (Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Bewegung, BMI, Lebenszufriedenheit)
Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten (Kurth, Klier, Pokorny, Jurkat, & Reimer 2007)	Mediziner als potentiell gefährdete Statusgruppe	Studienbezogene Belastungen (Arbeitsbelastungen und Bewältigungsstrategien, subjektiver Gesundheitszustand (SF-36), Partnerschaft und Zshg. Mit dem Studium, Beziehungserleben und Zshg. Mit Studienbelastung und Lebensqualität)
Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin (Seliger & Brähler, 2007)	Höhere Belastung von (angehenden) Ärzten/Ärztinnen Justus-Liebig-Universität Leipzig, WS 2004/05 Medizinstudierende Querschnittsstudie, Fragebogen	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), deutsche Version des Patient Health Questionnaire (PHQ), psychosoziale Belastungsfaktoren

Anhang C

GriPs-Fragebogen

Fragebogen
1 Startseite 1
Startseite 1
Sie möchten gesund und erfolgreich studieren? Wir benötigen Ihre Meinung!
Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Bearbeitung unserer Onlinebefragung zum Thema „Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren“, an der alle Studierende der Universität Paderborn noch bis Juli 2010 teilnehmen können.
Als Dankeschön verlosen wir...
...unter allen Teilnehmern attraktive Preise. Bedingung für die Teilnahme an der Befragung und an der Verlosung ist die Immatrikulation an der Universität Paderborn im Sommersemester 2010. Falls Sie an der Verlosung teilnehmen wollen, benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse, um Sie im Fall eines Gewinns zu informieren. Diese werden wir selbstverständlich vertraulich behandeln und nicht an Dritte weitergeben.
Möchten Sie mehr über die Preise erfahren?
<input type="radio"/> Ja. <input type="radio"/> Nein, ich möchte direkt mit der Befragung beginnen.
2.1 Auflistung der Preise
Auflistung der Preise
Die folgenden Preise werden unter allen TeilnehmerInnen, die unseren Fragebogen vollständig bearbeiten, verlost:
Hauptpreise
1. Preis: Fahrrad und Fahrradhelm (im Wert von 700 Euro)
2. Preis: Aktiv-Wochenende (im Wert von 500 Euro)
3. Preis: Wii-Fit inkl. Balance Board (im Wert von 300 Euro)
Weitere Gewinne
- Mittagessen für 2 Personen mit Universitätspräsident Prof. Dr. Nikolaus Risch
- Mittagessen für 2 Personen mit Universitätskanzler Jürgen Plato
- Mensagutschein (1 Monat, Vorschlagmenüs)
- 5x2 Eintrittskarten SC Paderborn
- 3x GTZ-Schnupperabo (jeweils 3 Monate)
- Schnupperabo Fitnessstudio ActiVita (1 Monat; all inclusive)
- 3x Schnupperstunde Golf für je 2 Personen
- Kurs im Fitnessstudio ActiVita (1 Monat)
- Verzehrutschein Wok' n Roll (8x Nudeln)
- Gutschein Westfaltentherme
- 5x Gutschein Klingenthal (im Wert von 20 Euro)
- 5x Hochschulsportkurs nach Wahl
- Gutschein Ernährungsberatung (Süd-Apotheke)
- Gutschein Tagesmake-Up (Süd-Apotheke)
- 5 Kaffeespezialitäten in der Cafeteria
Viel Erfolg bei der Verlosung!

3 Startseite 2

Startseite 2

Mit den folgenden Fragen möchten wir etwas über die gesundheitsrelevanten Aspekte Ihres individuellen Lebensstils erfahren. Ziel ist es, anhand der gewonnenen Erkenntnisse das universitäre Umfeld entsprechend zu verändern und Ihnen so ein **gesünderes** und damit **erfolgreicheres Studium** zu ermöglichen.



Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie Sie es für **Ihre persönliche Situation** als zutreffend empfinden. Es gibt keine **richtigen oder falschen** Antworten. Alle Daten gehen anonym und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken in die Studie ein. Es ist wichtig, dass Sie **alle unsere Fragen** beantworten; sie werden dafür ca. 20-25 Minuten benötigen. An dem blauen Balken oben rechts erkennen Sie Ihren Fortschritt bei der Beantwortung.

4 Verlosungsteilnahme, Ergebnisinformationen und Code

Verlosungsteilnahme, Ergebnisinformationen und Code

Aus den nachstehenden Angaben bilden wir für jeden Teilnehmer einen Code, um Ihre Daten in einer möglichen Folgebefragung entsprechend zuordnen zu können und trotzdem Ihre Anonymität zu wahren. Bitte tragen Sie ein:

Kästchen 1: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihrer Mutter

Kästchen 2: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihres Vaters

Kästchen 3: Anfangsbuchstabe Ihres Vornamens

Kästchen 4: Ihr Geburtsjahr (vierstellig)

1 2 3 4

Wollen Sie an der Verlosung teilnehmen oder zu einem späteren Zeitpunkt Informationen über die Befragungsergebnisse per E-Mail erhalten?

Falls Sie an der Verlosung teilnehmen wollen oder Interesse an den Ergebnissen der Studie haben, benötigen wir auf der nächsten Seite Ihre E-Mail-Adresse, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

Ich möchte an der Verlosung teilnehmen. ja nein

Ich möchte die Ergebnisse der Studie per E-Mail erhalten. ja nein

5.1 E-Mailadresse

E-Mailadresse

- Meine E-Mail-Adresse lautet:
- Ich habe mich anders entschieden und möchte nun doch keine E-Mail-Adresse hinterlegen.

6 Soziodemographische Daten 1: Geschlecht, Alter, BMI

Soziodemographische Daten 1: Geschlecht, Alter, BMI

Ich bin...

- weiblich männlich

Alter

Körpergröße in cm

Gewicht in kg

7 Studium 1

Studium 1

Für welchen Studienabschluss bzw. welche Studienabschlüsse sind Sie derzeit immatrikuliert?

- Staatsexamen für das Lehramt an Schulen

- Diplom
- Magister
- Bachelor
- Master
- sonstiges

An welcher Fakultät sind Sie immatrikuliert?

Sie können hier mehr als eine Fakultät angeben.

- Fakultät für Kulturwissenschaften
- Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
- Fakultät für Naturwissenschaften
- Fakultät für Maschinenbau
- Fakultät für Elektrotechnik, Informatik und Mathematik
- Ich bin mir nicht sicher, welcher Fakultät mein Studienfach zuzuordnen ist.

Bitte nennen Sie uns im Folgenden Ihr Studienfach bzw. Ihre Studienfächer.

8 Studium 2

Studium 2

In welchem Hochschulsesemester sind Sie?

- 1. bis 2. Hochschulsesemester
- 3. bis 6. Hochschulsesemester
- 7. bis 10. Hochschulsesemester
- höher als 10. Hochschulsesemester

Haben Sie schon einmal (oder mehrfach) den Studiengang gewechselt?

- nein
- ja

9 Studium 3

Studium 3

Geben Sie im Folgenden an, wie viele Stunden Sie im Sommersemester 2010 für universitäre Verpflichtungen aufwenden. Rechnen Sie hierfür Ihre Anwesenheitszeiten in Vorlesungen und Seminaren sowie den Zeitaufwand für Vor- bzw. Nachbereitung an den verschiedenen Wochentagen zusammen.

Bitte runden Sie Ihre Angaben auf volle Stunden. Falls Sie an einem der Tage keine Zeit für Ihr Studium aufwenden, tragen Sie bitte die Zahl "0" ein.

MO DI MI DO FR SA SO

10 Präsenz des Themas Gesundheitsförderung

Präsenz des Themas Gesundheitsförderung

Als nächstes möchten wir etwas über Ihre Einstellung zum Thema Gesundheitsförderung sowie über Ihren aktuellen Gesundheitszustand erfahren.

Wie präsent ist das Thema Gesundheitsförderung in Ihrem persönlichen Alltag?

- Eine gezielte Gesundheitsförderung spielt für mich keine nennenswerte Rolle.
- Ich denke zwar über das Thema Gesundheitsförderung nach, an der Umsetzung im Alltag hapert es aber.
- Ich befasse mich mit dem Thema Gesundheitsförderung und setze einige Aspekte auch in die Tat um.
- Ich befasse mich ausgiebig mit Gesundheitsförderung und führe einen entsprechenden Lebensstil.

11.1 In welchem Bereich bereits aktiv?

In welchem Bereich bereits aktiv?

Welche Bereiche der Gesundheitsförderung sind bereits ein fester Bestandteil Ihres Alltags?

Sie können hier mehrere Antworten geben.

- Sport und Bewegung
- gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten
- Entspannungsverfahren
- Alkoholabstinenz
- Tabakabstinenz
- regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Zahnarzt, Gynäkologe, Urologe, etc.)
- sonstiges, und zwar:

12 Gesundheit 1 (SF12)

Gesundheit 1 (SF12)

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitsstatus ein?
 schlecht weniger gut gut sehr gut ausgezeichnet

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	nein, überhaupt nicht eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	ja, sehr stark eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten (z.B. Möbel verschieben, staubsaugen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13 Gesundheit 2 (SF12)

Gesundheit 2 (SF12)

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten im Studium oder bei anderen alltäglichen Arbeiten im Nebenjob bzw. zu Hause?

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

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten im Studium oder bei anderen alltäglichen Arbeiten im Nebenjob bzw. zu Hause?
 (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)

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

14 Gesundheit 3 (SF12)

Gesundheit 3 (SF12)

Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause, in der Uni oder im Job behindert?

- überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

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

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Verwandte, Freunde usw.) beeinträchtigt?

- nie selten manchmal meistens immer

15 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität

Mit den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre körperlichen Aktivitäten erfahren. Dabei unterscheiden wir zwischen Alltagsaktivitäten auf der einen und sportlichen Aktivitäten auf der anderen Seite.

Wie oft und wie lange üben Sie normalerweise die folgenden Aktivitäten aus?

Falls Sie eine der genannten Aktivitäten nie ausüben, tragen Sie bitte die Zahl "0" sowohl bei den Tagen als auch bei den Minuten ein.

	Tage pro Woche	Minuten pro Tag
zu Fuß zur Uni gehen (auch längere Teilstrecken)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zu Fuß zum Einkaufen gehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrradfahren zur Uni	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrradfahren zur Arbeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fahrradfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spaziergehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
körperlich anstrengende Hausarbeit (z.B. Putzen, Aufräumen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
körperlich anstrengende Pflegearbeit (z.B. Kinder betreuen, Kranke pflegen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
körperlich anstrengende Arbeit im Job (z.B. Kellnern, Lagerarbeiten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Betreiben Sie normalerweise regelmäßige sportliche Aktivität?
 nein ja

16.1 Details Sportaktivität

Details Sportaktivität

In welchem Rahmen sind Sie sportlich aktiv?
 Sie können hier mehrere Angaben machen.

Sportverein
 Fitnessstudio
 selbstorganisiert
 sonstiges, und zwar:

Welche Sportart(en) betreiben Sie?
 Sie können hier maximal drei Sportarten angeben. Wenn Sie nur eine Sportart betreiben, lassen Sie die anderen beiden Felder frei.

Sportart A
 Sportart B
 Sportart C

Wie häufig und wie lange betreiben Sie die von Ihnen genannten sportlichen Aktivitäten?
 Falls Sie oben nur eine Aktivität genannt haben, können Sie die anderen Felder erneut frei lassen.

Aktivität A betreibe ich normalerweise... pro Monat ca. mal; und zwar bei jedem einzelnen Mal für Minuten.
 Aktivität B betreibe ich normalerweise... pro Monat ca. mal; und zwar bei jedem einzelnen Mal für Minuten.
 Aktivität C betreibe ich normalerweise... pro Monat ca. mal; und zwar bei jedem einzelnen Mal für Minuten.

17 Ernährung 1

Ernährung 1

Die nächsten Fragen befassen sich mit Ihrer Einstellung zum Thema Ernährung sowie mit Ihrem konkreten Ernährungsverhalten.

Als erstes interessiert uns, wie wichtig Ihnen die folgenden Aspekte bei Ihrer Ernährung sind.

Aktivieren Sie den Schieberegler, indem Sie mit dem Cursor auf die Reglerleiste klicken. Anschließend können Sie den Regler in sechs unterschiedliche Positionen bringen.

Geschmack	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
niedriger Preis	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
Frische	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
Herkunft der Lebensmittel	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
einfache Zubereitung	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
Abwechslung	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶
Kaloriengehalt	völlig unwichtig ◀	extrem wichtig ▶

18 Ernährung 2

Ernährung 2

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen:

	trifft gar nicht zu	trifft weniger zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Ich sehe das Essen pragmatisch: Es muss schnell gehen, billig sein und satt machen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich lasse mir in der Regel viel Zeit beim Essen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich esse häufig nebenbei bzw. unterwegs.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich koche vorwiegend mit frischen Zutaten.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich esse häufig in einem Schnellrestaurant oder bestelle bei einem Lieferservice.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich mache mir häufig Fertigerichte.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich versuche mich nach den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung zu richten.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe das Gefühl durch mein Ernährungsverhalten meine Gesundheit negativ zu beeinflussen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich frühstücke morgens regelmäßig.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

19 Ernährung 3

Ernährung 3

Welche der folgenden Lebensmittel konsumieren Sie in welcher Häufigkeit?

nie	1x pro Monat	2-3x pro Monat	1x pro Woche	2-3x pro Woche	1x pro Tag	mehrmals pro Tag
-----	--------------	----------------	--------------	----------------	------------	------------------

Vollkornbrot, Vollkornbrötchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Misch-, Weiß-, Toastbrot, Brötchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müsli, Haferflocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comflakes, Frühstückscerealien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelkartoffeln, Salzkartoffeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bratkartoffeln, Pommes Frites, Kartoffelspalten, Kartoffelrösti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nudeln, Spätzle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milch, Milchgetränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frischkäse, Käse, Quark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	1x pro Monat	2-3x pro Monat	1x pro Woche	2-3x pro Woche	1x pro Tag	mehrmals pro Tag
Joghurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geflügel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch (Schwein, Rind)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
frisches Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse, Salat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßwaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuchen, Kekse, süße Backwaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 Ernährung 4

Ernährung 4

Welche der folgenden Getränke konsumieren Sie in welcher Häufigkeit?

	nie	1x pro Monat	2-3x pro Monat	1x pro Woche	2-3x pro Woche	1x pro Tag	mehrmals pro Tag
(Mineral-) Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruchtsaftschorlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limonade, Brause, Eistee, Cola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tee, Kräutertee, Früchtetee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffegetränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energydrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportlergetränke, isotonische Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21 Fernsehen

Fernsehen

In den folgenden Fragen geht es um das Thema Medienkonsum. Wir würden gerne wissen, wie Sie Fernseher, Computer und Spielkonsole nutzen. Bitte gehen Sie bei Ihren Angaben jeweils von einem durchschnittlichen Tag aus.

Wie häufig schauen Sie Fernsehen?

- nie
- einmal im Monat
- einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche
- täglich

22.1 TV Stunden pro Tag

TV Stunden pro Tag

Wie viele Stunden pro Tag schauen Sie in Ihrer Freizeit Fernsehen (inkl. DVDs, Videos)?

	etwa 1 Stunde pro Tag	etwa 2 Stunden pro Tag	etwa 3 Stunden pro Tag	etwa 4 Stunden pro Tag	etwa 5 Stunden pro Tag	etwa 6 Stunden pro Tag	7 Stunden und mehr pro Tag
An einem Wochentag...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Wochenende...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23 Computer

Computer

Wie häufig nutzen Sie einen Computer?

- nie
- einmal pro Monat
- einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche
- täglich

Wie viele Stunden pro Tag nutzen Sie einen Computer in Ihrer Freizeit (E-Mails schreiben, Spiele spielen, chatten, surfen, etc.)?

	etwa 1 Stunde pro Tag	etwa 2 Stunden pro Tag	etwa 3 Stunden pro Tag	etwa 4 Stunden pro Tag	etwa 5 Stunden pro Tag	etwa 6 Stunden pro Tag	7 Stunden und mehr pro Tag
An einem Wochentag...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Wochenende...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie viele Stunden pro Tag nutzen Sie einen Computer, um Arbeiten für Ihr Studium oder Ihren Nebenjob zu erledigen?

	etwa 1 Stunde pro Tag	etwa 2 Stunden pro Tag	etwa 3 Stunden pro Tag	etwa 4 Stunden pro Tag	etwa 5 Stunden pro Tag	etwa 6 Stunden pro Tag	7 Stunden und mehr pro Tag
An einem Wochentag...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Wochenende...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 Spielkonsole

Spielkonsole

Wie häufig nutzen Sie eine Spielkonsole?

- nie
- einmal pro Monat
- einmal pro Woche
- mehrmals pro Woche
- täglich

26.1 Spielkonsole Stunden pro Tag

Spielkonsole Stunden pro Tag

Wie viele Stunden pro Tag nutzen Sie eine Spielkonsole (Nintendo, Playstation, Gameboy, etc.)?

	etwa 1 Stunde pro Tag	etwa 2 Stunden pro Tag	etwa 3 Stunden pro Tag	etwa 4 Stunden pro Tag	etwa 5 Stunden pro Tag	etwa 6 Stunden pro Tag	7 Stunden und mehr pro Tag
An einem Wochentag...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Wochenende...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27 Soziale Unterstützung (K-14)

Soziale Unterstützung (K-14)

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen (Partner, Familienmitglieder, Freunde, Kollegen, Nachbarn). Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft z.T. zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich krank bin, kann ich ohne zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

28 Einleitung Substanzkonsum und Alkohol

Einleitung Substanzkonsum und Alkohol

Nun möchten wir Sie zum Thema Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum sowie zu Ihrer Einstellung bezüglich leistungssteigernder Substanzen befragen. Wir sind hier auf ehrliche Antworten angewiesen und möchten an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass Ihre Angaben **anonym ausgewertet werden.**

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- nie
- 1x pro Monat
- 2-3x pro Monat
- 1x pro Woche
- 2-3x pro Woche
- 1x pro Tag
- mehrmals täglich

29.1 Details Alkoholkonsum	
Details Alkoholkonsum	
An wie vielen Tagen haben Sie sich während der letzten 12 Monate betrunken gefühlt?	
<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1 bis 5 Tage <input type="radio"/> 6 bis 10 Tage <input type="radio"/> 11 bis 15 Tage <input type="radio"/> mehr als 15 Tage	
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum.	
Glauben Sie, dass Sie jederzeit auf alkoholische Getränke verzichten könnten?	ja nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Neigen Sie dazu, bei Stress im Studium mehr Alkohol zu trinken?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
30 Rauchen	
Rauchen	
Sind Sie Raucher (Zigaretten, Zigarren, Pfeife, etc.)?	
<input type="radio"/> Ich bin Nichtraucher. Ich habe noch nie geraucht bzw. es nur wenige Male probiert. <input type="radio"/> Ich rauche nicht mehr, habe aber mal geraucht. <input type="radio"/> Ich bin Gelegenheitsraucher (z.B. auf einer Party). <input type="radio"/> Ich rauche regelmäßig, möchte aber gerne aufhören. <input type="radio"/> Ich rauche regelmäßig und habe auch nicht vor, damit aufzuhören.	
31.1 Details Tabakkonsum	
Details Tabakkonsum	
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Tabakkonsum.	
Glauben Sie, dass Sie jederzeit auf das Rauchen verzichten könnten?	ja nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Tabakkonsum verringern sollten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Neigen Sie dazu, bei Stress im Studium mehr zu rauchen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
32 Energydrinks, Gehirndoping & Medikamentenkonsum	
Energydrinks, Gehirndoping & Medikamentenkonsum	
Haben Sie seit Beginn Ihres Studiums Energy-Drinks, Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke mit dem Ziel konsumiert, Ihren Studienalltag zu meistern?	
<input type="radio"/> Nein. <input type="radio"/> Ja, aber nur ganz selten. <input type="radio"/> Ja, das kommt ab und zu vor. <input type="radio"/> Ja, das kommt häufig vor.	
Stichwort "Gehirndoping": Wären Sie bereit, Substanzen zur Steigerung Ihrer Leistungsfähigkeit im Studium einzunehmen (z.B. im Hinblick auf Prüfungen etc.)?	
<input type="radio"/> Nein, das kommt für mich nicht in Frage. <input type="radio"/> Ja, das kann ich mir durchaus vorstellen. <input type="radio"/> Ja, das habe ich auch bereits getan. <input type="radio"/> Ich bin mir da unsicher.	
Haben Sie seit Beginn Ihres Studiums Medikamente eingenommen, die Ihnen die Bewältigung der studienbedingten Anforderungen erleichtert haben (z.B. Schmerzmittel, Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, etc.)?	
<input type="radio"/> Nein. <input type="radio"/> Ja, aber nur ganz selten. <input type="radio"/> Ja, das kommt ab und zu vor. <input type="radio"/> Ja, das kommt häufig vor.	
33.1 Ärztliche Verordnung?	
Ärztliche Verordnung?	
Waren diese Medikamente ärztlich verordnet?	
<input type="radio"/> Nein, ich habe die Medikamente eigenverantwortlich eingenommen. <input type="radio"/> Manche waren verordnet, andere habe ich eigenverantwortlich eingenommen. <input type="radio"/> Ja, ich habe nur verordnete Medikamente eingenommen.	

34 Schlaf

Schlaf

Auch das Schlafverhalten trägt maßgeblich zu Gesundheit und Wohlbefinden bei. Daher wollen wir im Folgenden ein paar Details über die Qualität und Quantität Ihres Schlafes erfahren. Bitte beziehen Sie sich bei den Antworten auf die letzten vier Wochen.

Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes in den letzten vier Wochen beurteilen?
 sehr gut ziemlich gut ziemlich schlecht sehr schlecht

Wie würden Sie insgesamt die Quantität Ihres Schlafes in den letzten vier Wochen beurteilen?
 völlig ausreichend ausreichend weniger ausreichend gar nicht ausreichend

Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen schlecht geschlafen...

	gar nicht	weniger als einmal pro Woche	einmal oder zweimal pro Woche	dreimal oder häufiger pro Woche
...weil Sie Probleme im Studium hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weil Sie Probleme im privaten Bereich hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weil Sie körperliche Beschwerden hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weil Sie psychische Beschwerden hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weil Sie sich durch Lärm beeinträchtigt gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weil Sie schlecht geträumt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35 Selbstkonzept & Selbstwirksamkeit

Selbstkonzept & Selbstwirksamkeit

Themenwechsel: Wir möchten nun auf Ihren universitären Alltag zu sprechen kommen. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen konkret in Bezug auf Ihr Studium.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verfolgen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei vielen Aufgaben bin ich schon im Voraus sicher, dass ich sie nicht lösen kann, weil ich dafür nicht begabt bin.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin meistens glücklich.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich wollte, ich wäre so intelligent wie die anderen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin so gut wie nie bedrückt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verglichen mit den anderen bin ich nicht so begabt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin häufig bedrückt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufig denke ich, ich bin nicht so klug wie die anderen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich neige dazu, ein Optimist zu sein.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

36 Belastungsempfinden

Belastungsempfinden

Mit den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihr Stressempfinden im Studium sowie Ihren persönlichen Umgang mit möglichen Stresssituationen erfahren.

Als wie stressreich empfinden Sie die Anforderungen in Ihrem Studium im Allgemeinen?
 gar nicht stressreich wenig stressreich etwas stressreich sehr stressreich extrem stressreich

Als wie stressreich empfinden Sie die folgenden Einzelsituationen in Ihrem Studium?

	gar nicht stressreich	wenig stressreich	etwas stressreich	sehr stressreich	extrem stressreich
Lernen für eine Prüfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vortragen eines Referats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schreiben einer Klausur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablegen einer mündl. Prüfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verfassen schriftlicher Arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation des Studiums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikation mit Dozenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzierung des Studiums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anmeldung zu Veranstaltungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fallen Ihnen noch weitere Situationen oder Belastungen im Studium ein, die Sie als sehr stressreich empfinden?
 Bitte führen Sie hier stichpunktartig weitere relevante Bereiche auf.

37 Prüfungsangst (TAI-E und TAI-W)

Prüfungsangst (TAI-E und TAI-W)

Was fühlen Sie, wenn Sie an die nächste Prüfung in Ihrem Studium denken?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich spüre ein komisches Gefühl im Magen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen, ob ich auch alles schaffe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin am ganzen Körper verkrampft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich frage mich, ob meine Leistung ausreicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Herz schlägt mir bis zum Hals.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin besorgt, dass etwas schief laufen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ein beklemmendes Gefühl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke daran, was passiert, wenn ich schlecht abschneide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38 Stressverarbeitung (SVF + Kompensation durch Sport & Bewegung)

Stressverarbeitung (SVF + Kompensation durch Sport & Bewegung)

Wenn ich durch Anforderungen im Studium beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...

	gar nicht	kaum	möglicherweise	wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich
...überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...fühle ich mich irgendwie hilflos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...suche ich einen Ausgleich im Sport.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...neige ich dazu, schnell aufzugeben.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...weiß ich nicht, wie ich gegen die Situation ankommen soll.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...versuche ich durch Bewegung den Kopf frei zu bekommen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erscheint mir alles so hoffnungslos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...neige ich dazu, alles sinnlos zu finden.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...habe ich ein starkes Bedürfnis nach Bewegung.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...versuche ich, die Gründe, die zu der Situation geführt haben, genau zu klären.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...neige ich dazu, zu resignieren.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
...kann ich am besten durch körperliche Aktivität abschalten.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

39 Nutzung sozialer Ressourcen

Nutzung sozialer Ressourcen

Wie sehr werden Sie von den unten aufgeführten Personen bei der Bewältigung der Anforderungen im Studium und im sonstigen Alltag unterstützt?

	gar nicht	wenig	etwas	stark	sehr stark
Eltern, Verwandte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
besten Freund/beste Freundin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde, Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommilitonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dozenten, Universitätspersonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie einen festen Partner bzw. eine feste Partnerin haben: Wie sehr werden Sie von dieser Person bei der Bewältigung der Anforderungen im Studium und im sonstigen Alltag unterstützt?

- gar nicht
- wenig
- etwas
- stark
- sehr stark
- Ich habe keinen festen Partner/keine feste Partnerin.

40 Veränderungsaspekte alle Vpn

Veränderungsaspekte alle Vpn

Im Folgenden möchten wir wissen, ob sich Ihre persönliche Situation mit der Aufnahme des Studiums grundlegend verändert hat. Versetzen Sie sich zur Beantwortung der Fragen bitte zurück in die Zeit vor

Ihrem Studium (z.B. Ende der Schulzeit) und vergleichen Sie diese mit Ihrer heutigen Situation.

	kein Unterschied	damals schlechter	damals besser
Zufriedenheit mit finanzieller Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheitssymptome & Wohlbefinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	kein Unterschied	damals weniger	damals mehr
körperliche Aktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medienkonsum (TV, Computer, Konsole)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabakkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsum illegaler Substanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stressempfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41.1 Veränderungsaspekte bei mehr als 2 Semester studiert

Veränderungsaspekte bei mehr als 2 Semester studiert

Sie studieren bereits länger als ein Jahr. Versetzen Sie sich zur Beantwortung der folgenden Fragen bitte zurück in die Zeit **des ersten und zweiten Semesters an der Hochschule** und vergleichen Sie diese mit Ihrer heutigen Situation.

	kein Unterschied	damals schlechter	damals besser
Zufriedenheit mit finanzieller Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheitssymptome & Wohlbefinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	kein Unterschied	damals weniger	damals mehr
körperliche Aktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medienkonsum (TV, Computer, Konsole)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabakkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsum illegaler Substanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stressempfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42.1 Belastung durch Studienbeginn

Belastung durch Studienbeginn

Sie studieren im ersten oder zweiten Semester. Als wie belastend empfinden bzw. empfanden Sie Ihren Studienbeginn in Bezug auf die folgenden Aspekte:

	gar nicht belastend	wenig belastend	etwas belastend	sehr belastend
Zurechtfinden an der Universität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation des Studienalltags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
neue Kontakte knüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbstorganisiertes Lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integration anderer Aktivitäten in den Unialltag (z.B. Nebenjob, Freizeitinteressen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fallen Ihnen noch weitere Aspekte ein, die Sie im Hinblick auf Ihren Studienbeginn als sehr belastend empfinden bzw. empfunden haben?

43 Soziodemographische Daten 2: Staatsangehörigkeit

Soziodemographische Daten 2: Staatsangehörigkeit

Sie nähern sich nun dem Ende der Befragung. Im Folgenden benötigen wir nun noch einige persönliche Angaben. Dabei werden alle Daten selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

Falls Sie eine doppelte Staatsangehörigkeit besitzen, entscheiden Sie sich bitte für diejenige, der Sie sich stärker verbunden fühlen.

- deutsch
- russisch
- türkisch
- chinesisches

- polnisch
- sonstiges, und zwar

44 Soziodemographische Daten 3: Familie

Soziodemographische Daten 3: Familie

Ich bin...

- ledig und alleinstehend
- ledig, aber in einer festen Partnerschaft lebend
- verheiratet
- anders, und zwar:

Haben Sie Kinder?

- nein
- ja

45.1 Wie viele Kinder?

Wie viele Kinder?

Wie viele Kinder haben Sie?

46 Soziodemographische Daten 4: Finanzielle Situation

Soziodemographische Daten 4: Finanzielle Situation

Üben Sie derzeit eine Form der Erwerbstätigkeit zur Sicherung Ihres Lebensunterhalts aus?

- Nein.
- Ja, ich arbeite bis zu 10 Stunden pro Woche.
- Ja, ich arbeite zwischen 10 und 20 Stunden pro Woche.
- Ja, ich arbeite mehr als 20 Stunden pro Woche.

Wie viel Geld steht Ihnen monatlich nach Abzug Ihrer Wohnkosten (Warmmiete) zur Verfügung, um Ihren Alltag zu bestreiten?

(Lebensmittel, Kleidung, Studiumsmaterialien, Freizeitgestaltung, etc.)

- bis 200 Euro
- etwa 200-300 Euro
- etwa 300-400 Euro
- etwa 400-500 Euro
- über 500 Euro

Als wie ausreichend schätzen Sie das Ihnen zur Verfügung stehende Geld ein?

- gar nicht ausreichend
- weniger ausreichend
- ausreichend
- völlig ausreichend

47 Soziodemographische Daten 5: Bildung Eltern

Soziodemographische Daten 5: Bildung Eltern

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Ihre Mutter und Ihr Vater?

Bitte kreuzen Sie in jeder Spalte nur eine Antwort an.

	Mutter	Vater
keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48 Kommentare / Wünsche an Angeboten

Kommentare / Wünsche an Angeboten

Als Letztes wüssten wir nun gerne, ob Sie konkrete Vorstellungen/Wünsche bezüglich bestimmter Unterstützungsleistungen seitens der Universität haben (z.B. Kurse, Beratungen etc.). Sie können hier darüber hinaus auch weitere Anmerkungen zur Befragung machen.

Sofern Sie keine Anmerkungen haben, können Sie dieses Feld frei lassen und auf der nächsten Seite die Befragung beenden.



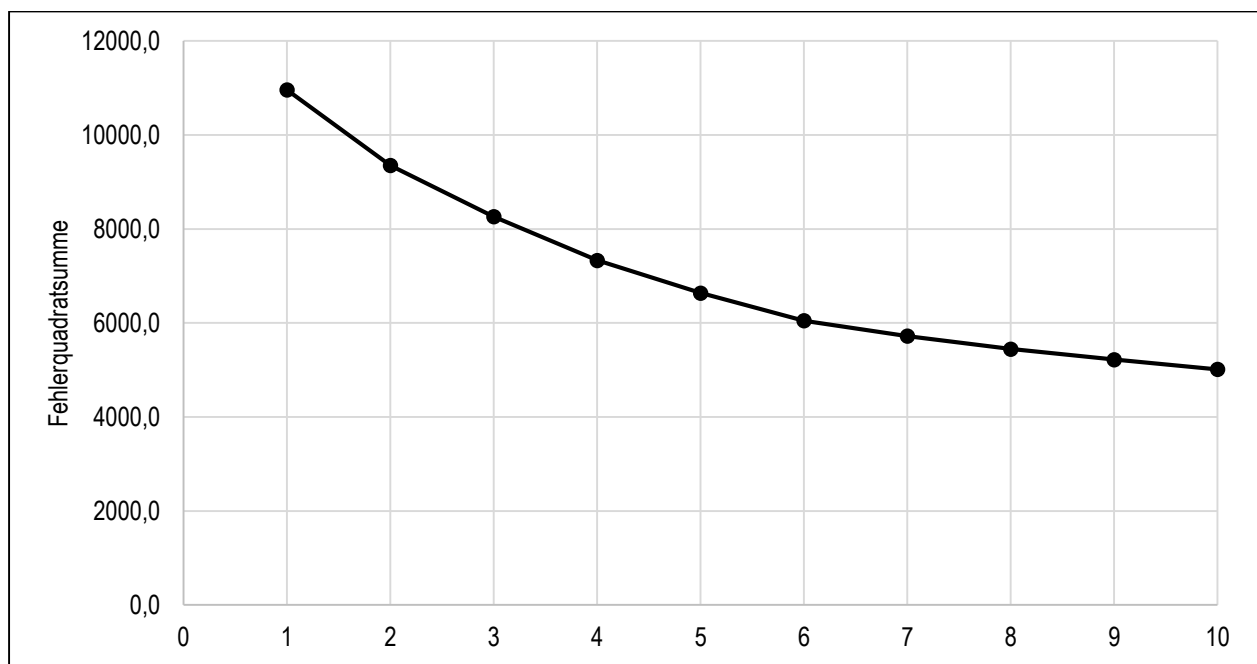
49 Endseite

Endseite

Sie haben die Befragung nun beendet. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Sie können das Befragungsfenster nun schließen.

ANHANG DTab. 48. *Bivariate Korrelationen zwischen den in die Clusteranalyse einbezogenen z-transformierten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen*

	AlltagsA	SpoA	EMI	MED_InA	R_NR
SpoA	,086***				
EMI	,085***	,094***			
MED_InA	-,104***	-0,041	-,162***		
R_NR	,080***	-,052*	-,057*	-0,006	
ALK	-,080***	,052*	-,100***	,060*	,164***

Abb. 19. *Elbow-Kriterium zur Bestimmung der Cluster*