

Westsächsische Hochschule Zwickau

University of Applied Sciences

HOCHSCHULE FÜR MOBILITÄT | UNIVERSITY FOR MOBILITY

Bachelorthesis

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B. Sc.)

Gesundheitsmanagement

Die Gesundheitskompetenz Studierender der WHZ

Eine Studierendenbefragung an der Westsächsischen
Hochschule Zwickau

Eingereicht von:	Jonas Buder
Fakultät:	Gesundheits- und Pflegewissenschaften
E-Mail-Adresse:	jonas.buder.j05@fh-zwickau.de
Matrikelnummer:	39899
Seminargruppennummer:	182232
Erstgutachterin:	Prof. Dr. phil. Beate Mitzscherlich
Zweitgutachter:	Herr Gerry Hallbauer
Eingereicht am:	06. 09. 2021

Zusammenfassung

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Gesundheitskompetenz verschiedener Bevölkerungsgruppen rückt zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Um den komplexer werdenden Entwicklungen des Gesundheitswesens gerecht zu werden und die Masse an Gesundheitsinformationen verstehen und einordnen zu können, ist eine hohe Gesundheitskompetenz von großer Bedeutung. Erste Studien zur Gesundheitskompetenz Studierender deuten auf eine limitierte Ausprägung hin.

Untersuchungsziel

Ziel der Arbeit ist es, die Gesundheitskompetenz der Studierenden der WHZ zu erfassen und mit einem konkreten Wert abzubilden. Des Weiteren sollen die Ergebnisse mit anderen Studien verglichen werden, um sie in den aktuellen Forschungsstand einordnen zu können.

Methodik

Das Instrument der Untersuchung ist eine hochschulinterne Online-Befragung. Mittels standardisierten Fragebogens und einigen ergänzenden Items, soll die subjektive Gesundheitskompetenz eingeschätzt werden.

Ergebnisse

Fast 50% der Studierenden weisen eine problematische Gesundheitskompetenz auf und ca. 20% eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Die größten Defizite stellt der Bereich der Krankheitsprävention dar. Vor allem die Beurteilung gesundheitsbezogener Informationen und die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit digitaler Quellen stellt für die Studierenden eine Herausforderung dar. Die Ergebnisse zeigen zudem zwischen den Fakultäten keine signifikanten Unterschiede.

Diskussion

Die ermittelten Werte decken sich zudem mit Ergebnissen weiterer Studien und unterstreichen die Relevanz des Themas. Da keine Unterschiede zwischen den Fakultäten festgestellt werden konnten, bleibt zu untersuchen, welche Faktoren eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz fördern bzw. einschränken. Es besteht weiterhin Bedarf an ergänzenden Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz Studierender, da die Ergebnisse die Relevanz dieser Zielgruppe erkennen lassen.

Abstract

Abstract

Background

The health literacy of different populations increasingly gets into focus of scientific researches. In order to cope with the more complex developments in the health care system and to be able to understand and classify the mass of health information, a well-developed health literacy is of great importance. Initial studies on the health literacy of students indicate its limitation.

Objectives

The objectives of this investigation are to record the health literacy of the students of the WHZ and to present it with a concrete value. Furthermore, the results are to be compared with other studies in order to be able to classify them in the current state of research.

Method

The instrument of the study is a university-internal online survey. By means of a standardized questionnaire and some supplementary items, the subjective health literacy is to be assessed.

Results

Almost 50% of the students have problematic health literacy and about 20% an inadequate health literacy. The greatest deficits are in the area of disease prevention. Especially the evaluation of health-related information and the assessment of the trustworthiness of digital sources is a challenge for the students. The results also show no significant differences between the faculties.

Conclusion

The values determined are also in line with the results of other studies and underline the relevance of the topic. Since no differences between the faculties could be found, it remains to be investigated which factors promote or limit a pronounced health literacy. There is still a need for supplementary studies on the health literacy of students, as the results indicate the relevance of this target group.

Zusammenfassung	I
Abstract.....	II
I. Inhaltsverzeichnis.....	III
II. Abbildungsverzeichnis.....	V
III. Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung.....	- 1 -
2. Theoretischer Hintergrund.....	- 3 -
2.1 Begriffsdefinitionen	- 3 -
2.1.1 Gesundheitsförderung.....	- 3 -
2.1.2 Prävention.....	- 3 -
2.1.3 Gesundheitskompetenz.....	- 4 -
2.2 Gesundheitsinformationen	- 6 -
2.3 Theoretische Ansätze	- 7 -
2.3.1 Integrated model of health literacy	- 7 -
2.3.2 Health Belief Model	- 8 -
2.4 Studienlage.....	- 9 -
2.4.1 HLS-EU und HLS-EU-Q47	- 9 -
2.4.2 HLS-GER und HLS-GER-2 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.....	- 10 -
2.4.3 HLS-EU-Q16 Gesundheitskompetenz Studierender	- 12 -
3. Fragestellung.....	- 14 -
4. Methodik.....	- 15 -
4.1 Forschungsdesign	- 15 -
4.2 Aufbau der Datenerhebung.....	- 16 -
4.3 Durchführung der Datenerhebung	- 17 -
4.3.1 Durchführung eines Pretests.....	- 18 -

Inhaltsverzeichnis

4.3.2	Beschreibung der Stichprobe	- 19 -
4.4	Auswertung der Daten	- 19 -
5.	Ergebnisse	- 20 -
5.1	Stellenwert Gesundheitsinformationen	- 20 -
5.2	Krankheitsbewältigung	- 21 -
5.3	Prävention	- 23 -
5.4	Gesundheitsförderung	- 24 -
5.5	Digitale Gesundheitskompetenz	- 25 -
5.6	Gesundheitskompetenz	- 26 -
5.7	Prüfung der Hypothesen	- 27 -
6.	Diskussion	- 32 -
6.1	Methodenkritik	- 32 -
6.1.1	Datenerhebung	- 32 -
6.1.2	Datenerhebungsinstrument	- 33 -
6.2	Diskussion der Ergebnisse	- 34 -
7.	Fazit und Ausblick	- 39 -
	Quellenverzeichnis	- 41 -
	Anhang	- 44 -
a)	Befragungsinstrument	- 44 -
b)	Teilbereiche des Befragungsinstruments/Dimensionen	- 52 -
c)	Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz	- 53 -
d)	Datensicherheitserklärung	- 55 -
e)	Eidesstattliche Erklärung	- 56 -

Abbildungsverzeichnis

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz	- 7 -
Abbildung 2: Modell gesundheitlicher Überzeugung (Repetico, 2021).....	- 9 -
Abbildung 3: Darstellung GK Bev. (Hurrelmann, 2020).....	- 12 -
Abbildung 4: Stichprobenübersicht	- 19 -
Abbildung 5: Einstiegsfragen	- 21 -
Abbildung 6: Fragenblock Krankheitsbewältigung	- 22 -
Abbildung 7: Fragenblock Prävention	- 23 -
Abbildung 8: Fragenblock Gesundheitsförderung	- 24 -
Abbildung 9: Fragenblock Digitale Gesundheitsförderung	- 25 -
Abbildung 10: Die Gesundheitskompetenz Studierender der WHZ	- 26 -
Abbildung 11: Dimensionen der Gesundheitsinformationen	- 28 -
Abbildung 12: Häufigkeiten "stellenwert1_codiert"	- 29 -
Abbildung 13: Häufigkeiten "stellenwert2_codiert"	- 29 -
Abbildung 14: Vergleich der Fakultäten	- 30 -

Abkürzungsverzeichnis

III. Abkürzungsverzeichnis

AKS	Angewandte Kunst Schneeberg
AMB	Automobil- und Maschinenbau
ASIK	Angewandte Sprachen und interkulturelle Kommunikation
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
EHLC	European Health Literacy Consortium
ET	Elektrotechnik
GK	Gesundheitskompetenz
GPW	Gesundheits- und Pflegewissenschaften
HLS-EU-Q	European Health Literacy - Questionnaire
HLS-GER	Health Literacy Germany
HS	Hochschule
KFT	Kraftfahrzeugtechnik
PTI	Physikalische Technik/Informatik
RKI	Robert-Koch-Institut
TU	Technische Universität
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHZ	Westsächsische Hochschule Zwickau
WiWi	Wirtschaftswissenschaften
ZKI	Zentrum für Kommunikationstechnik und Informationsverarbeitung

1. Einleitung

Die Gesundheitskompetenz rückt zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen (Schaeffer D. H., 2018). Mit der fortschreitenden Komplexität des Gesundheitswesens und der Vielzahl an Variationen gesundheitsbezogener Informationen, ist es von größter Bedeutung diese Informationen finden, und verstehen zu können, um dieser Entwicklung standzuhalten (Schricker, 2020). Neben schriftlichen und sprachlichen Kompetenzen müssen Gesundheitsinformationen auf den Ebenen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung selbstständig beurteilt und auch angewendet werden können (Reick, 2018). Die Corona-Pandemie zeigte nicht zuletzt, welche Unterschiede in der Gesundheitsberichterstattung oder der Informiertheit über bestimmte gesundheitliche Themen existieren und welche Folgen ein mangelndes Verständnis der Zusammenhänge haben kann. Es ist erwiesen, dass eine dauerhaft schlecht ausgeprägte Gesundheitskompetenz zu langfristigen gesundheitlichen Schädigungen führen kann ((Schricker, 2020) (Schaeffer D, 2017)). Dabei ist es alarmierend, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung eine unzureichende Gesundheitskompetenz aufweist (Hurrelmann, 2020). Die meisten Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz zielten darauf ab, Zusammenhänge mit bestimmten soziodemografischen Eigenschaften herzustellen. Dabei zeigten sich vor allem Probleme bei Personengruppen mit einem niedrigen Bildungsstand, schlechten Sozialstatus oder hohen Alters (Kristine Sørensen J. M., 2015) (Hurrelmann, 2020). Eine Bevölkerungsgruppe, die erst kürzlich in den Fokus der Gesundheitskompetenzforschung geriet, sind die Studierenden. Sie gehören tendenziell nicht zu den angesprochenen Bevölkerungsgruppen. Dennoch gibt es erste Studien, die auch bei einem Großteil der Studierenden (der untersuchten Hochschulen) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufzeigen (Schultes, 2018) (Reick, 2018) (Schricker, 2020). Diese Erkenntnisse lassen vermuten, dass noch weitere Faktoren zur Beurteilung der Gesundheitskompetenz, beziehungsweise zur Begründung der Unterschiede innerhalb der Bevölkerung nötig sind, da der bisherige Forschungsstand noch zu klein ist, um konkrete Aussagen treffen zu können.

Einleitung

Diese Arbeit soll einen Eindruck der Gesundheitskompetenz der Studierenden der Westsächsischen Hochschule verschaffen. Mit Hilfe einer Online-Umfrage soll dafür ein konkreter Wert ermittelt und durch den Vergleich mit bisherigen Studien in den Forschungskontext eingeordnet werden. Des Weiteren rücken die Studierenden der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften in den Fokus dieser Untersuchung, da sie als potenzielle zukünftige Akteure des Gesundheitswesens, die Vermittlung gesundheitlicher Informationen mitgestalten (Reick, 2018).

Theoretischer Hintergrund

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Teil der Arbeit werden einige essenzielle Definitionen erläutert. Des Weiteren sollen einige theoretische Ansätze und Modelle das Verstehen der Arbeit erleichtern und Zusammenhänge nachvollziehbar gestalten. Im Anschluss wird auf die aktuelle Studienlage der Thematik Bezug genommen, um relevante Fakten aufzulisten und eine Vergleichsgrundlage zu schaffen.

2.1 Begriffsdefinitionen

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf eine Vielzahl an Begriffen aus dem Gesundheitswesen Bezug genommen. Das Verständnis dieser Begrifflichkeiten wird weitestgehend vorausgesetzt. Da in manchen Fällen unterschiedliche Definitionen existieren, werden zum besseren Verständnis einige der Begriffe erläutert, um später den Kontext besser erfassen zu können.

2.1.1 Gesundheitsförderung

Die Ottawa Charta of Health Promotion von 1981 beschreibt die Gesundheitsförderung als einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. (WHO, Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung, 1986)

Eine Rahmenbedingung dafür, ist die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in diverse Lebenswelten (Gemeinden, Hochschulen etc.). Durch die Einbeziehung verschiedener gesellschaftlichen Zielgruppen, können somit gesundheitliche Ungleichheiten verringert und das Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung erhöht werden (RKI, 2020)

2.1.2 Prävention

Im Gesundheitswesen werden unter Prävention grundsätzlich Maßnahmen verstanden, die Krankheiten vermeiden. Da einige Erkrankungen unvermeidbar sind oder nur verzögert, bzw. abgemildert werden können, wird der Begriff in drei Ebenen gegliedert. Die Primäre Krankheitsprävention zielt darauf ab, ein Auftreten bestimmter Krankheiten zu verhindern. In den meisten Fällen betrifft dies Erkrankungen, die durch ungesunde Lebensweisen bzw. ungünstige Lebensverhältnisse verursacht werden. Bei der sekundären

Theoretischer Hintergrund

Krankheitsprävention sollen Anzeichen für bestimmte Krankheiten gefunden oder Krankheiten in einem frühen Stadium erkannt und rechtzeitig behandelt werden. Die tertiäre Krankheitsprävention versucht nun krankheitsbedingte Komplikationen und ein erneutes Auftreten der Krankheit zu vermeiden. Des Weiteren soll einer Verschlimmerung der Krankheit vorgebeugt werden (Gesundheit, 2019).

2.1.3 Gesundheitskompetenz

Um den Begriff der Gesundheitskompetenz zu erklären, ist eine Aufteilung in dessen zwei Grundbestandteile von Vorteil.

Gesundheit

Die Gesundheit lässt sich nur schwer als eindeutigen Begriff definieren. Es handelt sich vielmehr um ein soziales Konstrukt mit aus unterschiedlichen subjektiven Ansichten (Peter Franzkowiak, 2018). Eine allgemein hin anerkannte Definition formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie ist als Organisation der Vereinten Nationen für die öffentliche Gesundheit zuständig (WHO, WHO/Europa, 2021) und spricht von einem „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, Constitution of the World Health Organization, 2006)

Kompetenz

Reinhardt & North definieren Kompetenz als eine „erlernbare Fähigkeit, situationsadäquat zu handeln. Kompetenz beschreibt die Relation zwischen den an eine Person oder Gruppe herangetragenen oder selbst gestalteten Anforderungen und ihren Fähigkeiten bzw. Potenzialen, diesen Anforderungen gerecht zu werden.“ (North, 2013)

Gesundheitskompetenz

Das Prinzip der Gesundheitskompetenz ist sehr jung und wurde erstmals 1970 erwähnt (Thomas Abel, 2015). Der im deutschsprachigen Raum verwendete Begriff der Gesundheitskompetenz ist theoretisch nicht korrekt. Übersetzt bezieht sich Health Literacy auf die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Texte lesen und verstehen zu können (Kristine Sørensen S. V., 2012). Die WHO definierte

Theoretischer Hintergrund

später die Gesundheitskompetenz „als geistige und soziale Fertigkeit (...), sich Zugang zu Gesundheitsinformationen zu verschaffen, diese zu verstehen und so einzusetzen, dass sie der Gesundheit nützen.“ ((Stephan Fousek, 2012) nach (WHO, Health Promotion Glossary, 1998)

Da anfangs keine einheitlichen Definitionen vorhanden waren wurde der Begriff für verschiedenen Fachgebiete gleichsam verwendet. Ein Modell zu entwickeln, das mehrere gängige Definitionen umfasste (Kristine Sørensen S. V., 2012), gelang Nutbeam. Er stellte die Gesundheitskompetenz auf unterschiedlichen Ebenen dar und distanzierte sich so vom Kontext der Wissensaufnahme/-vermittlung (Thomas Abel, 2015). Demnach gliedert sich die Gesundheitskompetenz in drei Ebenen.

- Die *funktionale Gesundheitskompetenz* bezieht sich auf die erwähnten Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Verstehens gesundheitsbezogener Informationen. Diese Ebene zielt darauf ab Informationen so zu verstehen, wie es von Mediziner*innen impliziert wird.
- Die zweite Ebene befasst sich mit der *interaktiven bzw. kommunikativen Gesundheitskompetenz*. Dieser Ansatz geht über die reine Verständnisfähigkeit hinaus, indem nun versucht wird, das erworbene Wissen auch interaktiv zu vermitteln (Phase der Umsetzung (Stephan Fousek, 2012)).
- Die dritte Ebene umfasst die kritische Gesundheitskompetenz. Sie kann als Phase der Aufklärung verstanden werden (vgl. Abel/Sommerhalder, 2015). Eine Person ist nun in der Lage gewonnene Informationen kritisch zu hinterfragen und gesundheitsfördernd einzusetzen. (Nutbeam, 2010)

Nach Nutbeam ist die Gesundheitskompetenz einer Person wandlungsfähig und einer ständigen Entwicklung unterzogen. Ein Mensch mit einer gut ausgeprägten kritischen Gesundheitskompetenz ist demnach in der Lage, seine Gesundheitssituation bzw. Lebensbedingungen bewusst nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Neben diesem, sehr verbreiteten Modell, existieren weitere anerkannte Definitionen der Gesundheitskompetenz. Eine umfassende, aber übersichtliche Ausführung liefert hierbei das European Health Literacy Consortium; ein

Theoretischer Hintergrund

Organisationsnetzwerk auf internationaler Ebene, das den Fortschritt und die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Europa vorantreibt (EHL, 2021) (siehe „Forschungsstand“). In diesem Rahmen wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es den aktuellen Forschungsstand zur Gesundheitskompetenz zu sichten, um eine allgemeingültige Definition ableiten zu können, die sämtliche Informationen und Merkmale enthält. Somit basiert die Gesundheitskompetenz „auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufes erhalten oder verbessern“ (Kristine Sørensen S. V., 2012); Übersetzung (Schaeffer D. H., 2018)).

2.2 Gesundheitsinformationen

Die Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen wird zunehmend schwieriger und der Markt ist unübersichtlich (Schaeffer D. H., 2018). Neben traditionellen Angeboten wie ärztliche Auskünfte oder Recherchen in einschlägigen Sachbüchern, nimmt die Nutzung digitaler Angebote zu. Neben vielen Informationsorientierten Anbietern, gibt es zunehmend auch kommerzielle Anbieter (Hambrock, 2018), was die Unterscheidung und Qualitätsbewertung erschwert.

Das Deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin unterscheidet Gesundheitsinformationen in:

- das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf,
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung),
- Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von
- Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Entscheidungen,

Theoretischer Hintergrund

- Pflege und
- Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung.
(ebm-Netzwerk, 2015)

Dass Informationen, die früher nur Experten zur Verfügung standen, heutzutage frei zugänglich sind, erhöht zudem die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung. Dieser Umstand führt mitunter zu einer Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung (Hajji, 2016). Patienten erscheinen informierter zu Arztbesuchen und bereiten diese anschließend nach. Häufige Gründe für die Recherche ist ein besseres Verständnis des vom Arzt Diagnostizierten bzw. Empfohlenen oder die Suche nach alternativen Optionen (Hambrock, 2018)

Das Nicht-Verstehen der Anweisungen könnte somit zu erneuten Recherchen und Nutzung alternativer Quellen führen.

2.3 Theoretische Ansätze

2.3.1 Integrated model of health literacy

Die nach Sørensen et al. entwickelte Definition der Gesundheitskompetenz basiert auf dem integrierten Modell, das im Rahmen des European Health Literacy Projects konzipiert wurde.

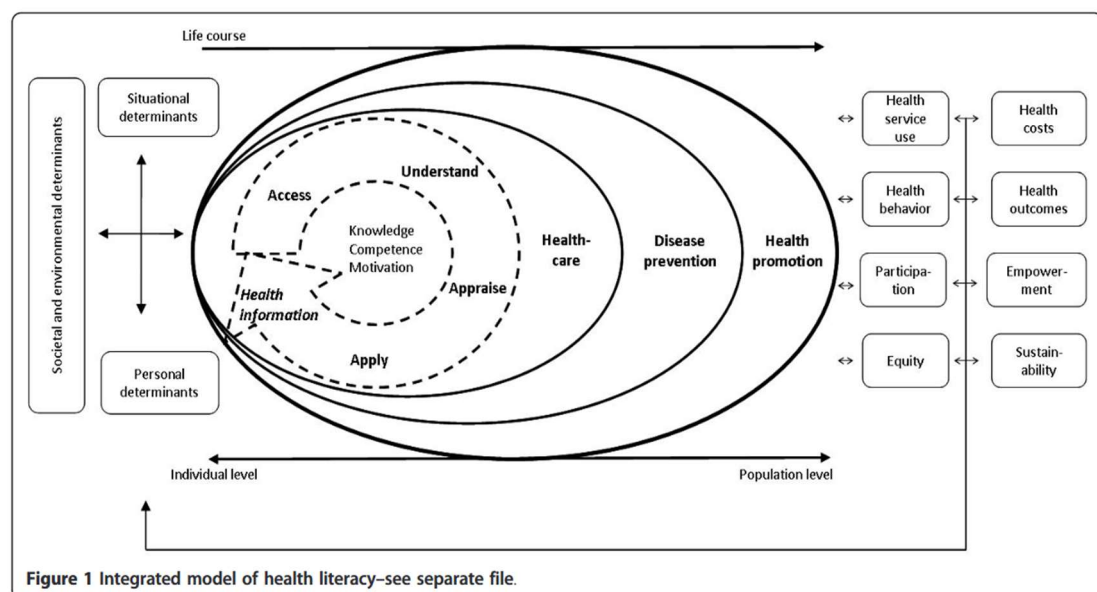


Abbildung 1: Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz (Kristine Sørensen S. V., 2012)

Theoretischer Hintergrund

Der Kern des Modells wird durch vier Kompetenzen gebildet.

- **Beschaffen:** Bezieht sich auf die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden und zu erhalten
- **Verstehen:** Die erhaltenen Informationen werden inhaltlich verstanden
- **Beurteilen:** Die Informationen können gefiltert, interpretiert, beurteilt und ausgewertet werden.
- **Anwenden:** Bezieht sich auf die Fähigkeit die Gesundheitsinformationen zu kommunizieren und Entscheidungen zu treffen, die die eigene Gesundheit verbessern. (eigene Übersetzung nach (Kristine Sørensen S. V., 2012))

Je nach Ausprägung wirken sich diese Kompetenzen auf die gesundheitsrelevanten Bereiche aus, in denen sich eine Person befindet:

- **Gesundheitsförderung:** in der jeweiligen Lebenswelt (Schule, Beruf, Freizeit), in der politischen Gestaltung oder in sozialen Netzwerken.
- **Prävention:** als Person, die einem bestimmten Krankheitsrisiko ausgesetzt ist.
- **Gesundheitsversorgung/Krankheitsbewältigung:** als Person, die von einer Krankheit betroffen ist oder sich als Patient in einem Behandlungskontext befindet.

Die Entwicklung und Ausprägung dieser Kompetenzen hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Diese sind „gesellschaftliche und umweltbezogene Faktoren (z. B. demografische Situation, Kultur, Sprache, politische Kräfte, Sozialsystem), in individuelle Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Bildung, berufliche Tätigkeit, Einkommen) und in situationsbezogene Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, Einfluss von Familie und Freunden, Mediennutzung)“ (Stephan Fousek, 2012).

2.3.2 Health Belief Model

Das Health Belief Modell oder auch Modell gesundheitlicher Überzeugung, ist ein aus den USA stammendes, in den 1950er Jahren entwickeltes Modell, zur Erklärung gesundheitlichen Verhaltens. Es ist eines der am häufigsten genutzten Modell zur Darstellung, weshalb Personen bestimmte gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen bzw. ein bestimmtes Gesundheitsverhalten aufweisen (bzga, 2016)

Theoretischer Hintergrund

Das Modell beschreibt die Entscheidungsfindung auf Grund einer Kosten-Nutzen-Abwägung. Grundlage ist eine erkannte Bedrohung. Diese setzt sich zum einen aus einer bestimmten Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit (Übergewicht, Lungenkrebs) und der Schwere dieser Krankheit (Mortalität) zusammen. Es erfolgt nun die Entscheidungsfindung zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens durch eine Abwägung der Vor- und Nachteile. Dabei spielen vor allem gewisse Barrieren eine Rolle, die die Entscheidung zu Gunsten der Krankheit ausfallen lassen können. Beispiele für diese Barrieren sind Kosten einer Behandlung oder unerwünschte Nebenwirkungen hilfreicher Medika-

Abbildung 1 : Das Health-Belief Modell

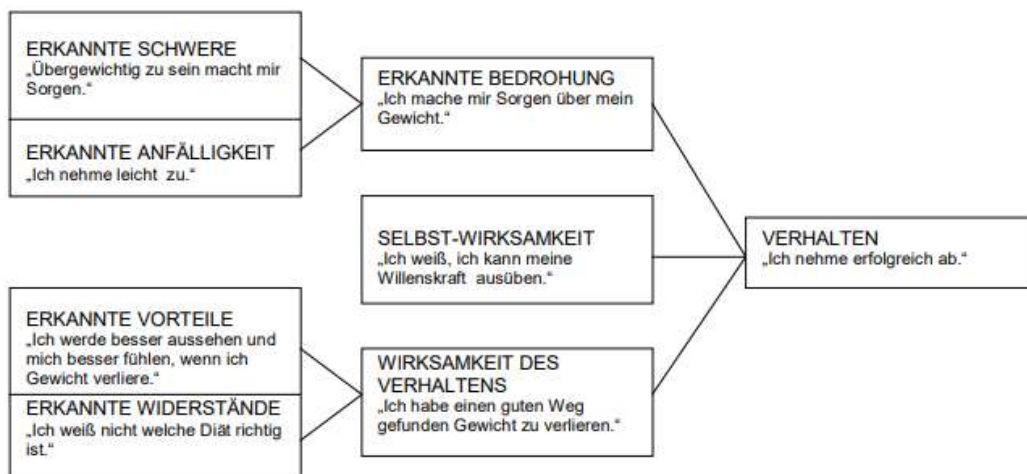


Abbildung 2: Modell gesundheitlicher Überzeugung (Repetico, 2021)

mente. Die Entscheidung wird rein subjektiv getroffen und wird somit neben den individuellen Voraussetzungen (Bildungsstand, Einkommen) auch von äußeren Eindrücken beeinflusst (Gesundheitsinformationen, öffentliche Gesundheitsförderung). (vgl. (bzga, 2016) nach (Skinner, 2015); (NIH, 2005); (Schwarzer, 2004); (Nutbeam, 2010))

2.4 Studienlage

2.4.1 HLS-EU und HLS-EU-Q47

Da die Gesundheitskompetenz wie angesprochen ein neues Konstrukt war, gab es zu Beginn der 2000er nur vereinzelte empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz in Europa (Kristine Sørensen J. M., 2015). Da die Gesundheitskompetenz zunehmend an Relevanz gewann, wurde das European Health Literacy Project gegründet, mit dem Ziel, eine ausreichende Datenbasis

Theoretischer Hintergrund

zu generieren, um die Thematik der Gesundheitskompetenz in Europa zu etablieren.

Im Rahmen dieses Projekt wurde 2011 die European Health Literacy Survey durchgeführt (HLS-EU). Dabei wurde, mit Hilfe eines auf dem Modell der Gesundheitskompetenz (siehe Abb.1) basierenden Fragebogens, die Gesundheitskompetenz acht Europäischer Länder erfasst (Kristine Sørensen J. M., 2015). Der Fragebogen basiert auf der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz der Befragten und ist das derzeit am meisten verwendete Befragungsinstrument zur Erfassung der Gesundheitskompetenz. Der HLS-EU-Q47 (European Health Literacy Questionnaire) umfasst 47 Items, die sich sowohl in die Indizes Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung, als auch Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden unterteilen lassen. Mit Hilfe einer Skala, können die Befragten angeben wie schwer bzw. leicht ihnen bestimmte gesundheitsbezogene Aktivitäten fallen. Anhand der Antworten kann ein Summenscore gebildet werden der die Gesundheitskompetenz in die Wertebereiche ungenügend, problematisch, ausreichend und ausgezeichnet einordnet (Kristine Sørensen S. V., 2012).

Die Ergebnisse zeigten, dass fast jeder zweite Befragte eine unzureichende Gesundheitskompetenz aufwies. Deutlich wurde auch, dass die Ergebnisse der einzelnen Kategorien stark zwischen den Ländern variierten. Der Anteil der Personen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz in Deutschland lag bei ca. 46% und somit im Länder Durchschnitt. Die Untersuchung konnte außerdem feststellen, dass ein besonders niedriger Wert häufiger bei Personen auftrat, die einen schlechten Gesundheitszustand, einen niedrigen sozioökonomischen Status, niedrige Bildung und ein hohes Alter aufwiesen (Kristine Sørensen S. V., 2012)

2.4.2 HLS-GER und HLS-GER-2 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

Um das Forschungsfeld der Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung auszuweiten, wurde in Anlehnung an die HLS-EU eine erste Querschnittsbefragung in Deutschland durchgeführt (2014). Neben der Langfassung des HLS-EU-Q47, wurde das Befragungsinstrument um verschiedene soziodemografische Determinanten ergänzt. Zusätzlich zum Alter und

Theoretischer Hintergrund

Geschlecht, wurden auch Bildungsniveau, Versicherungsstatus, Sozialstatus, Migrationshintergrund und funktionale Literalität einbezogen, um Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz zu prüfen.

Die Studie ergab eine sehr hohe eingeschränkte Gesundheitskompetenz (54,3%) und davon zeigten fast 10% der Befragten eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf. Des Weiteren konnte Assoziationen einer schlechten Gesundheitskompetenz mit einem niedrigen Sozialstatus, geringer funktionaler Literalität, dem Migrationshintergrund und dem Fortschritt des Alters hergestellt werden. (vgl. (Schaeffer D, 2017))

2020 erfolgte dann die jüngste Überprüfung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ziel war es die Ergebnisse zu vergleichen, aber auch den Forschungsstand erneut zu ergänzen. Dafür wurde das Befragungsinstrument neben den Fragen des HLS-EU-Q47 um drei Teilbereiche ergänzt. Diese bildeten die digitale GK, die navigationale GK und die kommunikative GK ab. Des Weiteren erfolgte nach einiger Zeit eine zusätzliche Befragung, um Unterschiede vor und während der Covid-19-Pandemie zu untersuchen.

Im Vergleich zur Studie von 2014 hat sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stark verschlechtert. Insgesamt weisen nun 64% der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Die größten Probleme finden sich noch immer im Bereich der Bevölkerung fortgeschrittenen Alters, jedoch schnitt die junge Bevölkerung im Vergleich zur ersten Befragung deutlich schlechter ab. (Vgl. (Hurrelmann, 2020))

„Besonders große Probleme bereitet den Befragten die Beurteilung von Informationen zu Gesundheitsfragen in den Medien. Hier fällt es ihnen 2020 noch schwerer als 2014, die Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen und Konsequenzen für das eigene Verhalten daraus abzuleiten“ (Hurrelmann, 2020)

Theoretischer Hintergrund

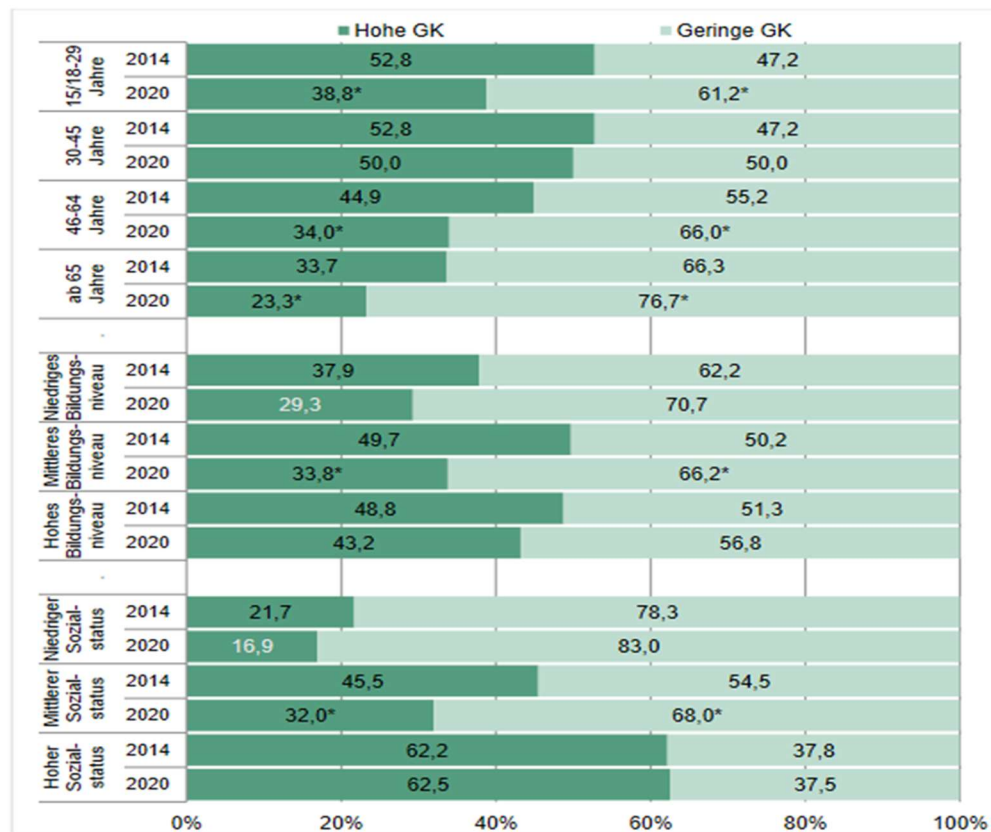


Abbildung 3: Darstellung GK Bev. (Hurrelmann, 2020)

2.4.3 HLS-EU-Q16 Gesundheitskompetenz Studierender

Neben dem HLS-EU-Q47 wurde der HLS-EU-Q16 entwickelt. Der Fragebogen stellt eine Kurzform des ursprünglichen Instrumentes dar und enthält lediglich 16 Items. Dabei sind diese so ausgewählt worden, dass sie die vorhandenen Indizes ausreichend abdecken, um dennoch aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können (Röthlin & Ganahl, 2013)

Mit Hilfe dieses Instrumentes wurden in den letzten Jahren erste Untersuchungen der Gesundheitskompetenz Studierender durchgeführt. Dabei spielten neben der allgemeinen Ermittlung eines konkreten Wertes der Gesundheitskompetenz, auch die Verknüpfung mit dem Gesundheitszustand eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse nach Sørensen et al. zeigen negative Werte bei niedrigem Bildungsniveau und schlechtem Gesundheitszustand auf. Studierende gelten allgemein als bildungsnahe Bevölkerungsgruppe, weisen in diversen Studien aber schlechte Werte in ihrem Gesundheitsverhalten auf (Grützmaker, Gusy, Lesener, Sudheimer, & Willige, 2018)

An der Technischen Universität Dortmund fanden diesbezüglich Untersuchungen statt, die einerseits soziale Unterschiede der Gesundheitskompetenz Studierender betrachten, als auch Verbindungen zum Gesundheitsverhalten

Theoretischer Hintergrund

Studierender sichtbar machen sollten. Insgesamt wiesen über die Hälfte der Studierenden (58,5%) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass der Wert tendenziell schlechter ausfiel, je ungesünder das Gesundheitsverhalten der Studierenden war. Da dieser Abfall auch mit anderen Faktoren begründet werden kann, ist ein direkter Zusammenhang nicht belegbar (Schricker, 2020)

An der Hochschule für Gesundheit in Bochum wurde 2018 eine Untersuchung durchgeführt, die nur die Gesundheitskompetenz der Studierenden betrachten sollte. Es wurde ebenfalls der HLS-EU-Q16 verwendet, jedoch unterschied sich das Setting zur Untersuchung in Dortmund, denn die Studierenden an der HS Bochum besuchten fast ausschließlich gesundheitliche Studiengänge und hatten teilweise bereits Berufe im Gesundheitswesen erlernt. Ziel der Untersuchung war es deshalb, einen Zusammenhang der Gesundheitskompetenz Studierender und beruflichen bzw. wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Themen des Gesundheitswesens. Die Ergebnisse der Studie zeigten auch hier eine problematische Gesundheitskompetenz bei dem Großteil der Studierenden. Des Weiteren konnte kein direkter Zusammenhang zwischen dem Erlernen eines Gesundheitsberufes und der GK hergestellt werden. (Reick, 2018)

An der Hochschule in Fulda wurde nun versucht die Gesundheitskompetenz mit dem subjektiven Gesundheitszustand zu verknüpfen. Wie bei der Studie in Dortmund wurde zudem das Gesundheitsverhalten erfasst und ausgewertet. Tatsächlich konnten hier ein Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitsstatus und der Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Beide Befragungskomplexe basierten rein auf der Selbsteinschätzung der Studierenden. So war der Anteil Studierender mit einer hohen Gesundheitskompetenz und einem guten Gesundheitsstatus größer als derer mit einem niedrigen Gesundheitsstatus. Ein Zusammenhang zum Gesundheitsverhalten konnte jedoch ebenfalls nicht festgestellt werden. (Schultes, 2018)

3. Fragestellung

Nach Sichtung der Studienlage, wurde deutlich, dass Studierende als Bevölkerungsgruppe weniger betrachtet werden, als gesundheitlich relevantere Zielgruppen (Schricker, 2020).

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, diesen Kenntnisstand durch die Erfassung der Gesundheitskompetenz Studierender für die Westsächsische Hochschule in Zwickau zu erweitern und in Ansätzen mit der vorhandenen Studienlage vergleichbar zu machen. Die Umfrage begründet sich neben der beschriebenen Relevanz auch mit der eigenen Erfahrung des Autors. Während der Covid-19-Pandemie wurden sowohl im privaten, als auch im Hochschulumfeld (Gespräche mit Kommilitoninnen und Kommilitonen); Wissens- sowie Verständnislücken in Bezug auf die Bewertung gesundheitlicher Informationen deutlich.

In Betrachtung der genannten Faktoren, ergeben sich folgende Fragestellung, die es mit Hilfe der Umfrage zu beantworten gilt:

- *Wie gesundheitskompetent sind die Studierenden der Westsächsischen Hochschule Zwickau?*
- *Weisen die Studierenden der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften, im Vergleich zu den anderen Fakultäten, wesentliche Unterschiede in ihren Antworttendenzen auf?*
- *Ergeben sich aus dem Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit der allgemeinen Studienlage mögliche Änderungsmöglichkeiten für den Studienalltag an der WHZ?*

Aus dem untersuchten Forschungskontext, ergeben sich in Bezug auf die Fragestellung folgende (Hypo-)Thesen, die im Rahmen der Auswertung verifiziert, bzw. falsifiziert werden sollen:

- I. Die Studierenden der WHZ weisen einen hohen Wert im Bereich „Gesundheitsinformationen finden“ auf.
- II. Der Wert in den Dimensionen „Gesundheitsinformationen verstehen“, sowie „Gesundheitsinformationen beurteilen“ wird niedrig ausfallen.
- III. Die Studierenden der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften weisen durchschnittlich höhere Werte auf als Studierende anderer Fakultäten.

Methodik

- IV. Personen, denen es wichtig ist über gesundheitliche Themen gut informiert zu sein, erzielen tendenziell bessere Ergebnisse.
- V. Die Werte für die Gesundheitskompetenz stimmen mit den Ergebnissen ähnlicher Studien überein.

4. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Methodik der Untersuchung erläutert. Kernpunkte sind das Vorgehen bei der Erstellung des Befragungsinstrumentes, der Durchführung der Erhebung, sowie der Auswertung. Des Weiteren wird zu Beginn, zum allgemeinen Verständnis, das Forschungsdesign erläutert.

4.1 Forschungsdesign

Die Untersuchung wurde an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau durchgeführt. Diese besitzt neben dem Hauptstandort Zwickau, noch Einrichtungen in Reichenbach, Schneeberg und Markneukirchen. Verteilt auf die Standorte werden ca. 50 Studiengänge in acht verschiedenen Fakultäten angeboten. Diese Fakultäten sind: Angewandte Kunst Schneeberg (AKS), Angewandte Sprachen und interkulturelle Kommunikation (ASIK), Automobil- und Maschinenbau (AMB), Elektrotechnik (ET), Kraftfahrzeugtechnik (KFT), Gesundheits- und Pflegewissenschaften (GPW), Physikalische Technik/Informatik (PTI) und Wirtschaftswissenschaften (WiWi). Neben Bachelor- und Masterabschlüssen werden an der WHZ auch Diplomstudiengänge (FH) angeboten. Derzeit fasst die Hochschule ca. 3300 Studierende (WHZ, 2021).

Als Erhebungsmethode wurde sich für eine Online-Befragung entschieden. In Bezug auf die Thematik, wäre eine qualitative Interviewbefragung ebenfalls denkbar gewesen, jedoch war die persönliche Kontaktaufnahme durch die anhaltende Covid-19-Pandemie erschwert und nur eingeschränkt möglich. Des Weiteren existieren bereits standardisierte quantitative Befragungsinstrumente, die eine umfängliche Abbildung der Thematik ermöglichen (Bezugnahme im nächsten Kapitel).

In Bezug auf die Beantwortung und anschließende Auswertung der Stichprobe, bietet eine quantitative Datenanalyse ebenfalls Vorteile:

- Möglichkeit, eine große Stichprobe zu untersuchen und damit repräsentative Ergebnisse zu erhalten

Methodik

- geringere Kosten, sowie ein geringerer Zeitaufwand
- hohe externe Validität durch große Stichprobe
- größere Objektivität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse

(Heinke Rübken, 2020)

4.2 Aufbau der Datenerhebung

Neben eigenen Fragen zur Erfassung soziodemografischer Angaben, sowie zwei allgemeinen Einstiegsfragen zu Gesundheitsinformationen, bildete der Fragebogen des EHLC die Grundlage der Umfrage. Verwendet wurde die gekürzte, deutschsprachige Version mit 16 Items (Röthlin & Ganahl, 2013). Diese Version des Fragebogens gilt als validiert (Jürgen Pelikan, 2017).

Um die Erkenntnisse zu erweitern, wurde das Befragungsinstrument um vier Items zur digitalen Gesundheitskompetenz ergänzt. Diese wurden dem Fragebogen der Health-Literacy-Germany – Studie entnommen (Schaeffer D. B.-M., 2021)

Der Fragebogen ist in die Teilbereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsbewältigung und digitale Gesundheitskompetenz gegliedert. Die ersten drei Kategorien entstammen dem HLS-EU-Q16 und können zusätzlich in die Dimensionen Gesundheitsinformationen finden, verstehen, umsetzen und bewerten gegliedert werden, was für die Auswertung und den anschließenden Ergebnisvergleich wichtig ist. Der Itemblock zur digitalen Gesundheitskompetenz, orientiert sich ebenfalls an den vier Dimensionen der HLS-EU-Survey, wird durch die ergänzende Rolle jedoch nur bedingt vergleichbar sein.

Nach der Begrüßung und der, für das Fortfahren verpflichtenden, Zustimmung der Datensicherheitserklärung, erfolgte der Einstieg durch zwei allgemeine Fragen zu Gesundheitsinformationen. Folgend mussten die vier Fragenblöcke (Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsbewältigung, digitale Gesundheitskompetenz) beantwortet werden und anschließend folgte die Abfrage soziodemografischer Daten. Diese wurden gewählt, um eine genügende Darstellung der Stichprobe zu gewährleisten und eine Beantwortung der Thesen zu ermöglichen.

Methodik

Insgesamt bestand das Befragungsinstrument aus 24 Pflichtfragen, die nicht übersprungen werden konnten. Am Ende des Fragebogens hatten die Studierenden die Möglichkeit, eigene Bemerkungen beizufügen. Diese Angaben waren jedoch nicht verpflichtend und der Fragebogen auch ohne sie vollständig. Sie dienten dem persönlichen Feedback und der Möglichkeit besondere Leichtigkeiten / Schwierigkeiten in Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen darzustellen.

4.3 Durchführung der Datenerhebung

Um die Fragen den Studierenden zugänglich zu machen, wurde das Umfrageprogramm LimeSurvey.net genutzt. Dieses wird von der Hochschule zur Verfügung gestellt und ist mit einem Studierendenaccount nutzbar. Damit jeder Studierende gleichzeitig Zugriff erhalten kann wurde eine E-Mail mit dem Internet-Link zur Umfrageseite verschickt. Da es datenschutzrechtlich nicht gestattet ist, diese E-Mail mit einsehbaren Empfänger-Adressen zu versenden, musste ein E-Mail-Verteiler genutzt werden. Die Nutzung dieses Verteilers wurde beim Zentrum für Kommunikationstechnik und Informationsverarbeitung der WHZ (ZKI) beantragt. Zusätzlich holte der Autor das Einverständnis des Rektorats ein, die Umfrage durchführen zu dürfen. Nach dem die Nutzungsberechtigung des E-Mail-Verteilers „alle.Studenten“ erteilt worden war, konnte die Umfrage an sämtliche Studierende der WHZ geschickt werden. Aufgrund der Abfrage sensibler, sowie gesundheitsbezogener Daten und Arbeit mit fremden E-Mail-Adressen, fand im Vorhinein ein Belehrungs- und Beratungsgespräch mit dem Datenschutzbeauftragten der WHZ statt. Aus diesem Gespräch ergab sich zudem die Datensicherheitserklärung, die zu Beginn des Fragebogens einsehbar war. Hier wurden den Studierenden die Umstände der Befragung dargelegt und ihre Rechte aufgelistet.

Für die Beantwortung des Fragebogens gab es keinen vorgegebenen Zeitraum. Nach ca. 3 Wochen wurde deshalb eine Erinnerungsmail verschickt, um die Antwortrate zu erhöhen. Des Weiteren war die Beantwortung des Fragebogens, mit einem freiwilligen Gewinnspiel verbunden. Um ebenfalls eine Vermehrung der Antworten zu fördern, hatten die Studierenden erst im Anschluss an den eigentlichen Fragebogen Zugriff darauf.

Methodik

4.3.1 Durchführung eines Pretests

Um ein Befragungsinstrument vor der eigentlichen Durchführung zu prüfen, bieten sich Pretests an, die möglichen Fehlern vorbeugen (Baur N., 2019).

Zu testende Kategorien eines Pretests sind unter anderem:

- „die Verständlichkeit der Fragen?
- Probleme der Befragungsperson mit ihrer Aufgabe
- Interesse und Aufmerksamkeit des Befragten bei einzelnen Fragen
- Häufigkeitsverteilungen der Antworten
- Kontexteffekte und Probleme mit der Reihenfolge der Fragen
- Technische Probleme mit Fragebogen und Befragungshilfen
- die Zeitdauer der Befragung“

(Lenzner, 2015)

Da das Befragungsinstrument aus standardisierten Umfragen entnommen wurde und somit bereits geprüft war, wäre ein ausführlicher Pretest nicht sinnvoll gewesen. Dennoch war das Konstrukt eine Kombination aus zwei Befragungen und zusammen mit den eigenen Items noch nicht als Gesamtheit validiert. Es wurde sich somit für die Durchführung eines kleineren Pretests entschieden. Dafür wurden neben Personen aus dem familiären Umkreis auch auswärtige Studierende befragt, die zum einen unabhängig zur späteren Befragung und der Zielgruppe zum anderen sehr ähnlich waren.

Der Pretest ergab:

- Änderung der Schriftgrößen
- Hinweis auf wechselnde Anreden, „Du“ und „Sie“
- Verbesserung der Rechtschreibung
- Umformulierung der Einstiegsfragen

Die von den Testern angemerkten Verbesserungsvorschläge wurden umgesetzt. Des Weiteren dienten die Tests zur Erfassung der Bearbeitungszeit. Diese lag nach Angaben der Personen zwischen fünf und zehn Minuten. Daher wurde im Anschreiben der eigentlichen Umfrage die Formulierung „weniger als zehn Minuten“ als Richtwert gesetzt, an dem sich die Studierenden orientieren konnten.

Methodik

4.3.2 Beschreibung der Stichprobe

An der WHZ sind derzeit (SoSe 20/21) 3300 Studierende immatrikuliert (Grundgesamtheit = N) (WHZ, 2021).

Eine Einladung zur Umfrage erhielten alle Studierende der WHZ. Am Ende des Untersuchungszeitraumes lagen 576 bearbeitete Fragebögen vor; das entspricht einer response rate von 17,5%. Durch den Ausschluss unvollständiger, bzw. fehlerhaft ausgefüllter Fragebögen, waren 421 geeignet für die Auswertung.

Welcher Fakultät gehören Sie an?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Angewandte Kunst Schneeberg	15	3,6	3,6	3,6
	Angewandte Sprachen und Interkulturelle Kommunikation	47	11,2	11,2	14,7
	Automobil- und Maschinenbau	24	5,7	5,7	20,4
	Elektrotechnik	29	6,9	6,9	27,3
	Gesundheits- und Pflégewissenschaften	89	21,1	21,1	48,5
	Kraftfahrzeugtechnik	45	10,7	10,7	59,1
	Physikalische Technik/Informatik	71	16,9	16,9	76,0
	Wirtschaftswissenschaften	97	23,0	23,0	99,0
	keine Angaben	4	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	421	100,0	100,0	

Abbildung 4: Stichprobenübersicht

4.4 Auswertung der Daten

Nach einem Monat wurde die Umfrage geschlossen. Anschließend wurden unvollständige Datensätze ausgeschlossen, um möglichen Verfälschungen bei den anschließenden Auswertungen vorzubeugen. Somit lagen 421 verwertbare Datensätze vor. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte anonym. Somit lassen sich die gegebenen Antworten nicht auf die Teilnehmer zurückführen. Um eine statistische Auswertung zu ermöglichen, wurde durch LimeSurvey eine Nutzer-ID festgelegt. Diese lässt eine zusammenhängende Einsicht der Antworten einer Person zu, ohne deren Identität freizugeben.

Ergebnisse

Die Ergebnisse können nun über die Statistikfunktion von LimeSurvey gebündelt und exportiert werden. Zuerst werden diese in das Programm Microsoft Excel übertragen um erste allgemeine Aussagen über die Stichprobe, sowie die Antwortverteilungen einzusehen. Anschließend wurde die Statistik-Software SPSS (Statistical Package for the Social Science) hinzugezogen, um detailliertere Analysen durchzuführen und konkrete Aussagen zu treffen. Um eine Auswertung mit SPSS durchführen zu können, ist es notwendig alle Variablen von „Zeichenfolge“ in „Numerisch“ zu ändern, da LimeSurvey diese Kategorisierung nicht von allein vorgenommen hat. Dafür wurden neue Variablenamen mit dem Zusatz „_codiert“ angelegt. Um die richtigen Tests auswählen zu können, müssen für die einzelnen Variablen Skalenniveaus definiert werden. Die Unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht und Fakultät sind nominalskaliert, da keine Abstufung der Kategorien möglich ist. Die (abhängigen) Variablen des HLS-EU-Q16, sowie die Fragen zur digitalen Gesundheitskompetenz und des Stellenwerts der Gesundheit wurden als ordinal eingestuft, da bei den Antwortmöglichkeiten die Abstufung von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“ vorgenommen werden kann.

5. Ergebnisse

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse der Untersuchung zu Gesundheitskompetenz Studierender der WHZ dar. Neben der Auswertung der einzelnen Fragebogenkategorien, wird der Wert der Gesundheitskompetenz nach den Richtlinien des HLS-EU-Q16 berechnet. Dafür werden nur die Fragen der Kategorien Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet, da diese Teil des ursprünglichen Instruments waren. Anschließend werden die Thesen geprüft.

5.1 Stellenwert Gesundheitsinformationen

Zu Beginn des Fragebogens wurden den Studierenden Einstiegsfragen zur Thematik Gesundheitsinformationen gestellt, die einen ersten Eindruck des persönlichen Stellenwerts darstellen sollten. Die erste Frage sollte erfassen, wie wichtig es den Befragten ist, über gesundheitsbezogene Themen informiert zu sein.

Ergebnisse

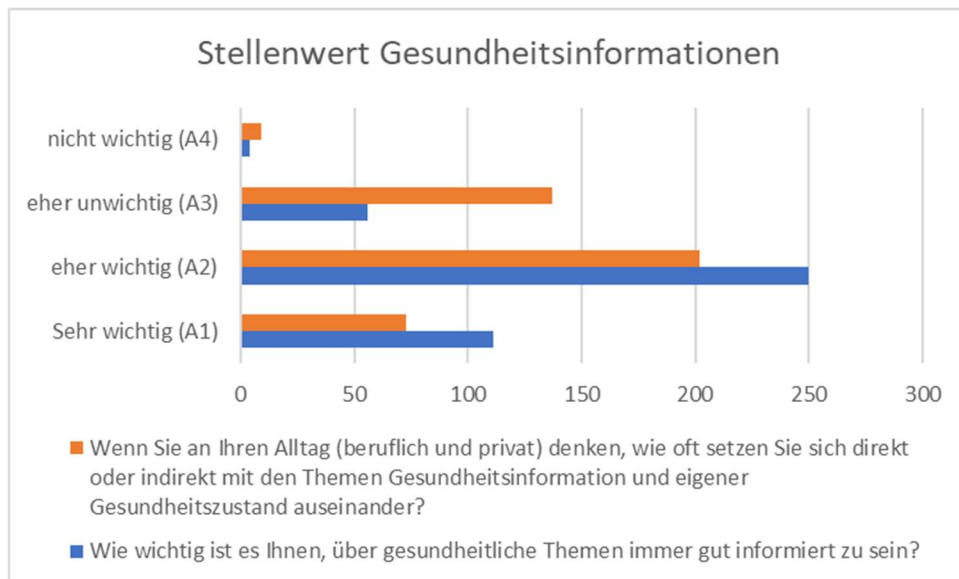


Abbildung 5: Einstiegsfragen

- 26,4% gaben an, diese Thematik als „sehr wichtig“ zu betrachten.
- Die Mehrheit wählte die Antwort „eher wichtig“ (59,4%),
- 13,3% „eher unwichtig“ und
- 1% aller Befragten entschied sich die Frage mit „nicht wichtig“ zu beantworten.

Im Folgenden wurde gefragt, inwieweit sich die Studierenden direkt oder indirekt in ihrem beruflichen und privaten Alltag mit dem Thema Gesundheit (allgemein) auseinandersetzen. Die Antwortverteilung weicht in Teilen von der ersten Frage ab.

- 17,3% setzten sich „sehr oft“ mit dem Thema Gesundheit auseinander.
- Die häufigsten Antworten waren „ziemlich oft“ (48%) und
- „eher selten“ (32,5%).
- Lediglich 9% der Studierenden gab „sehr selten“ als Antwort an.

5.2 Krankheitsbewältigung

Im Fragebereich der Krankheitsbewältigung lassen sich klare Antworttendenzen erkennen. Zur Beschreibung der Ergebnisse erfolgt die Aufteilung der Fragegruppen in die Kategorien „Informationen finden“, „Informationen verstehen“, „Informationen beurteilen“ und „Informationen anwenden“.

Ergebnisse

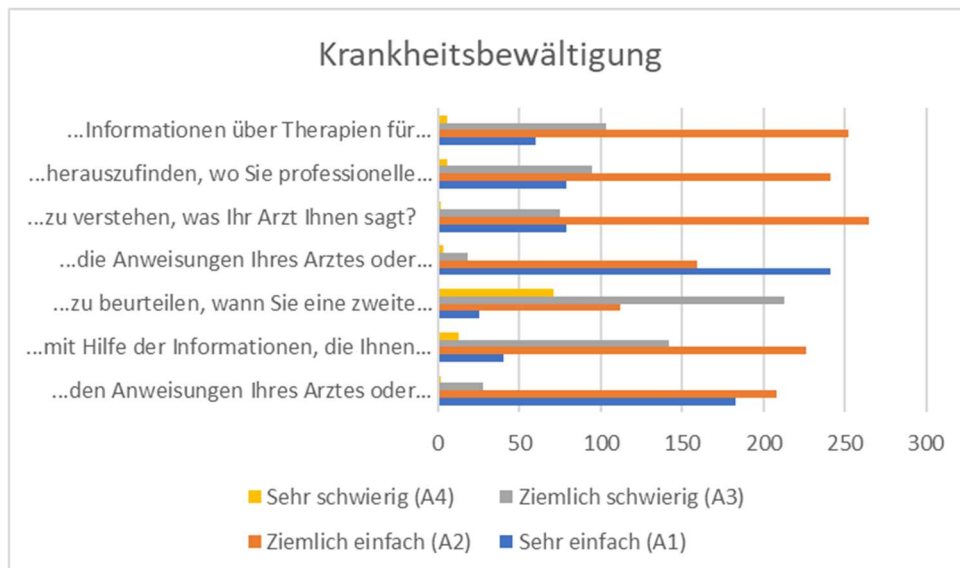


Abbildung 6: Fragenblock Krankheitsbewältigung

Die Fragen eins und zwei lassen sich der Kategorie „Informationen finden“ zu ordnen. 59,9% schätzten es als „ziemlich einfach“ ein, Informationen über Therapien für Krankheiten, die sie betreffen, zu finden. Als „sehr schwierig“ empfanden dies nur 1,4%, was einer Zahl von 6 Studierenden entspricht. Die gegebenen Antworten der zweiten Frage sind fast identisch. 57,2% der Studierenden finden es „ziemlich einfach“ herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten, wenn sie krank sind. Erneut sechs Personen schätzen diesen Sachverhalt als „sehr schwierig ein“.

Die Antworttendenzen der Kategorie „Informationen verstehen“ (Fragen drei und vier) fallen differenziert zur ersten Kategorie aus. Die Mehrheit empfindet es als „ziemlich einfach“ zu verstehen, was ihre Ärztin oder ihr Arzt ihnen sagt. Die Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme verschiedener Medikamente zu verstehen, empfindet die Mehrheit der befragten Personen als „sehr einfach“ (57,2%), sowie 37,8 % als „ziemlich einfach“.

Schwierigkeiten lassen sich bei der Kategorie „Informationen beurteilen“ erkennen. Dieser ist lediglich die Frage fünf zugeordnet. Die Mehrheit der befragten Personen (50,5%) schätzt es als „ziemlich schwierig“ ein, zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem Arzt einholen sollte. Nur 6% empfinden dies als „sehr einfach“)

Ergebnisse

„Informationen anzuwenden“ fällt den meisten Studierenden, verglichen mit den vorherigen Kategorien, leicht. 53,7% empfinden es als „ziemlich einfach“ mit Hilfe der Informationen, die ihnen ihr Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen. Den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen, bezeichnen 43,4% als „sehr einfach“ und fast 50% als „ziemlich einfach“.

5.3 Prävention

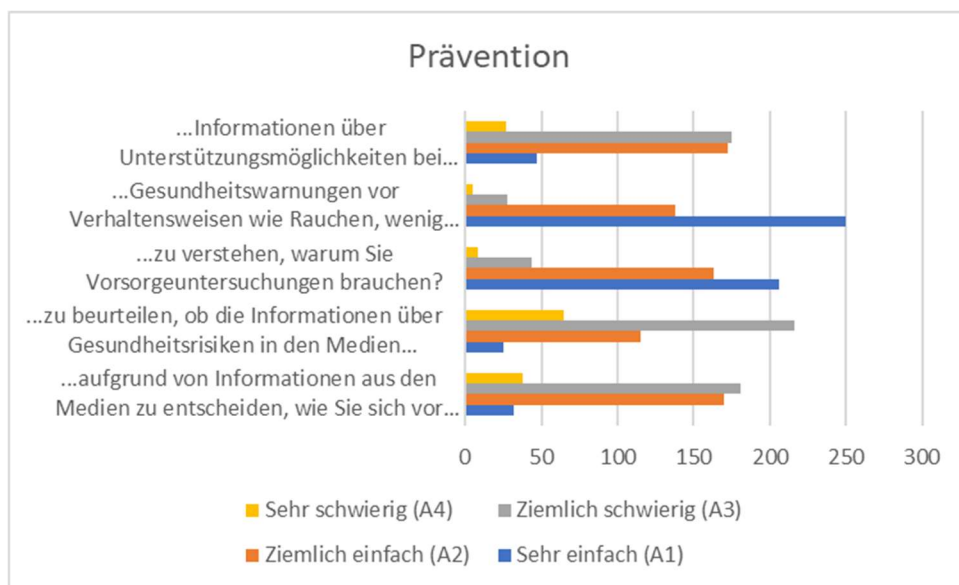


Abbildung 7: Fragenblock Prävention

Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden empfindet die Mehrheit der Studierenden als „ziemlich schwierig“ (41,5%). 40,8% gaben „ziemlich einfach“ an. Diese Frage ist der Kategorie „Informationen finden“ zuzuordnen und fällt tendenziell negativer aus als die Krankheitsprävention.

Positive Tendenzen sind im Bereich des Verstehens von Informationen zu erkennen. 92% der Studierenden empfinden es als „sehr einfach“ (59,3%) oder „ziemlich einfach“ (32,7%), Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen. 86% gaben bei der Frage, wie leicht es ihnen fallen würde zu verstehen, warum sie Vorsorgeuntersuchungen benötigen, „sehr einfach“ (48%) oder „ziemlich einfach“ (38%) an.

Ergebnisse

Mehrheitlich schwer fällt den befragten Personen die Beurteilung von präventiven Informationen. 51,3% fällt es „ziemlich schwer“ zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind; 15,4% sogar „sehr schwer“. Nur 6% gaben „sehr einfach“ an.

Diese Informationen anzuwenden empfinden 43% als „ziemlich schwierig“. Aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können bezeichneten 7% als „sehr einfach“ und 40% als „ziemlich einfach“.

5.4 Gesundheitsförderung

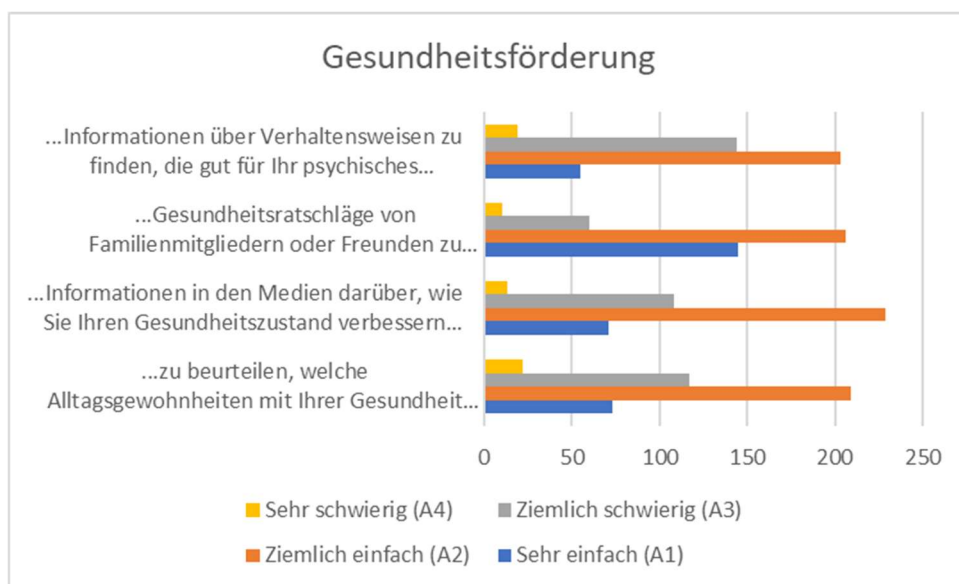


Abbildung 8: Fragenblock Gesundheitsförderung

Um einen Wert für das Finden gesundheitsförderlicher Informationen zu ermitteln, wurden die Teilnehmenden gefragt, wie schwer oder leicht es ihnen fällt Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für ihr psychisches Wohlbefinden sind. Die Mehrheit von 48,2% antwortete mit „ziemlich einfach“. Ein großer Teil schätzte diesen Sachverhalt mit „eher schwierig ein“ (34,2%).

Leicht fiel den Studierenden der Bereich „Informationen verstehen“. 34,4% bezeichnen es als „sehr einfach“ Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern zu verstehen. Fast die Hälfte der Befragten gab „ziemlich einfach“ an (49%).

Der Bereich „Informationen beurteilen“ ergab erneut tendenziell etwas negativere Ergebnisse. 50% der Studierenden empfinden es demnach als „ziemlich

Ergebnisse

einfach“ und fast 30% als „ziemlich schwierig“, den Zusammenhang von Alltagsgewohnheiten und ihrer persönlichen Gesundheit zu beurteilen.

5.5 Digitale Gesundheitskompetenz

Der Bereich der digitalen Gesundheitskompetenz wird separat betrachtet und dient bei der Auswertung nur zu Anschauungszwecken. Bei der genaueren Betrachtung der Ergebnisse wird dieser Teil nicht direkt mit den vorangegangenen Ergebnissen in Verbindung gesetzt, um der Vergleichbarkeit nicht zu schaden. Dennoch können die Fragen den Bereichen „Informationen finden, verstehen und beurteilen“ zugeordnet werden.

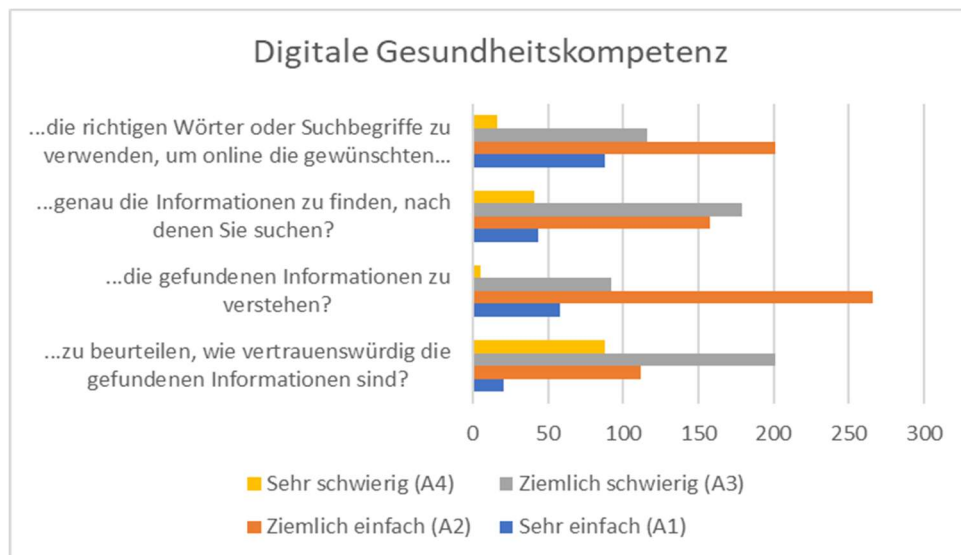


Abbildung 9: Fragenblock Digitale Gesundheitsförderung

Die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden, wurde mehrheitlich mit „ziemlich einfach“ beantwortet (47,7%). Ein weiterer großer Teil (27,5%) gab „ziemlich schwierig“ an. Genau die Informationen zu finden, nach denen man gesucht hatte ist laut Untersuchungsteilnehmenden schwieriger. Fast die Hälfte (42,5%) gab „ziemlich schwierig“ an.

63,2% der Studierenden schätzen im Internet gefundenen Informationen als verständlich ein. Lediglich 1% fällt dies sehr schwer.

Die letzte Frage zielte darauf ab die Studierenden die Vertrauenswürdigkeit digitaler Gesundheitsinformationen einschätzen zu lassen. Mehrheitlich wurde

Ergebnisse

angegeben, dass dies nur bedingt möglich sei (47,7% „ziemlich schwierig“ & 20,9% „sehr schwierig“)

5.6 Gesundheitskompetenz

Um Aussagen über die Gesundheitskompetenz der Studierenden der WHZ treffen zu können, müssen die einzelnen Antwortwerte der Umfrage zusammengefasst werden. Dafür werden die vier Antwortmöglichkeiten dichotomisiert; „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“ werden zur Kategorie „einfach“ zusammengefasst und bekommen den Wert 1, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“ wird die Kategorie „schwer“, sowie der Wert 0 zugeordnet (Schriker, 2020). Aus den zwei Werten wird der Summenscore errechnet und Gruppen gebildet. 0 – 8 Punkte ergeben demnach eine inadäquate Gesundheitskompetenz, 9 – 12 Punkte eine problematische GK und 13- 16 Punkte eine ausreichende Gesundheitskompetenz (Jürgen Pelikan, 2017). Diese Werte berechnen sich ausschließlich aus den 16 Items des HLS-EU-Q16, da dieses Instrument geeignet ist, Aussagen über die allgemeine Gesundheitskompetenz zu treffen. Zuerst wurden die 16 Items (*Variablenname_codiert*) zu neuen Variablen umcodiert (*Variablenname_dicho*). Diese umfassten nur noch die oben genannten Werte 1 (einfach) und 0 (schwer). Die noch fehlende Variable für den Wert der Gesundheitskompetenz wurde nun aus der Summe der einzelnen dichotomisierten Variablen berechnet und in *GK_gesamt* umbenannt und bildet die Gesundheitskompetenz der Studierenden mit den Werten 0 – 16 ab.

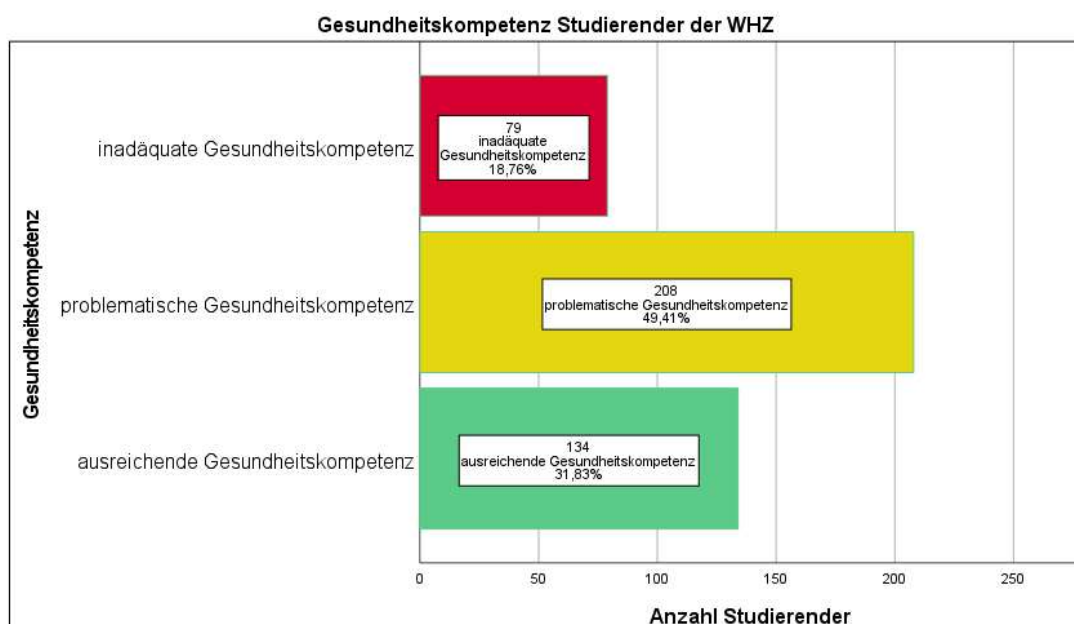


Abbildung 10: Die Gesundheitskompetenz Studierender der WHZ

Ergebnisse

Der Großteil der Studierenden befindet sich in den Bereichen 10 (11,9%), 11(14,7%) und 12 (14,5%) und weist somit eine problematische Gesundheitskompetenz auf. 7,1% (30 Studierende) erreichen den Höchstwert von 16 Punkten und niemand liegt unter 2.

Anschließend erfolgte die Kategorisierung der Gesundheitskompetenz. Dafür wurde eine neue Variable berechnet (GK_final), die die Werte 0 (inadäquate Gesundheitskompetenz), 1 (problematische Gesundheitskompetenz) und 2 (ausreichende Gesundheitskompetenz) besitzt. 31,8% der Studierenden der WHZ weisen eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf. Der größte Teil (49,4%) besitzt eine problematische Gesundheitskompetenz. Fast 20% der Teilnehmenden fallen in den Bereich der inadäquaten Gesundheitskompetenz (18,8%), das entspricht 79 Personen.

5.7 Prüfung der Hypothesen

Zur Überprüfung der Hypothesen wird ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Die Hypothesen I und II können ohne statistische Tests überprüft werden. Um eine bessere Darstellung zu ermöglichen, erfolgte die Neuberechnung der Variablen „finden“, „verstehen“, „beurteilen“ und „anwenden“. Diese wurden aus den dichotomisierten Variablen des Fragebogens erstellt, die die Werte „einfach“ (1) und „schwierig“ (0) besitzen. Die neuen Variablen entstehen nun aus dem Summenscore dieser alten Variablen. Die Interpretation der Ergebnisse ist nun nur bedingt möglich, da durch die unterschiedliche Anzahl der jeweiligen Variablen („verstehen“ besteht aus 6 Variablen; „anwenden“ nur aus 3) auch andere Ergebnisse möglich sind. Es lassen sich dennoch Trends erkennen.

Die Diagramme zeigen, je höher der Wert, desto leichter ist die Einschätzung gefallen. Die besten Werte erzielten die Studierenden in den Kategorien „Gesundheitsinformationen finden“ und „Gesundheitsinformationen verstehen“ (fast die Hälfte erreichte die Maximalpunktzahl von 6). Am niedrigsten fallen die Werte in der Kategorie „Gesundheitsinformationen beurteilen“ aus; 12,8%

Ergebnisse

erreichten den Maximalwert von 3 (alle Fragen mit „leicht“ beantwortet); 58% nur einen Wert von 0 oder 1.

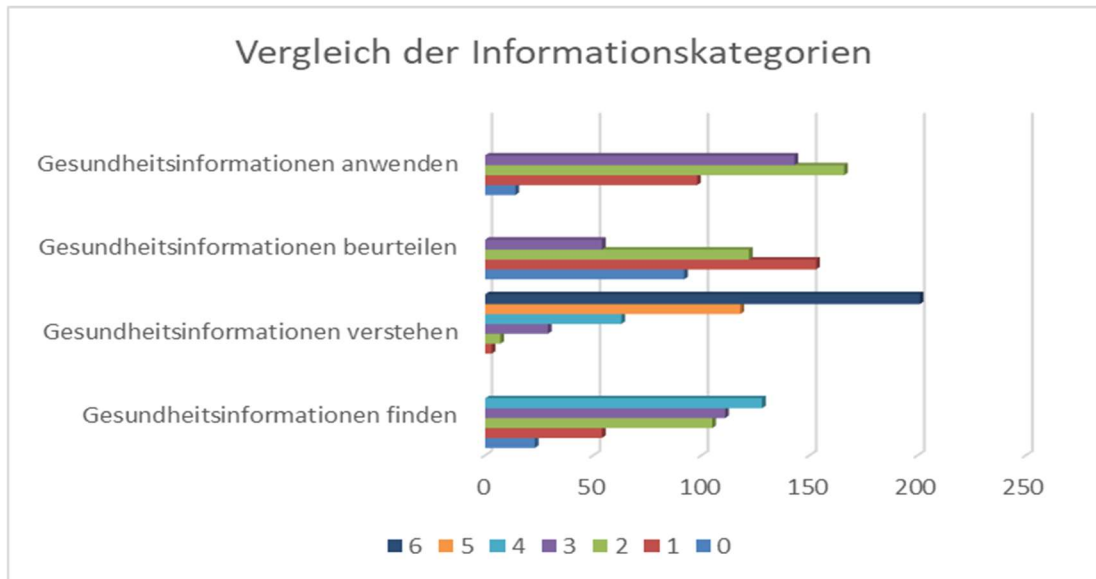


Abbildung 11: Dimensionen der Gesundheitsinformationen

Zur Überprüfung der III. Hypothese wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet, der zur Bestimmung eines Zusammenhangs dient. Um festzustellen, ob Studierende der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften tendenziell bessere Werte aufweisen als die anderen Fakultäten, müssen die Variablen „fakultaet“ (Zuordnung der Fakultäten) und die zu überprüfenden abhängigen Variablen auf einen statistischen Zusammenhang untersucht werden. Der Test ist geeignet, da die zu untersuchenden Variablen nominal und ordinal skaliert sind und nur ein Chi-Quadrat-Test genutzt werden kann. Der Test prüft den Zusammenhang auf die Nullhypothese „es besteht kein Zusammenhang zwischen den Variablen“. Zusätzlich wird der Wert für den Kontingenzkoeffizienten (C) ermittelt, der Aussage über die Stärke des Zusammenhangs treffen soll.

Stellenwert von Gesundheitsinformationen

Prüft man nun einen Zusammenhang zwischen den Variablen „fakultaet_codiert“ und „stellenwert1_codiert“ (Wie wichtig ist es Ihnen, über gesundheitliche Themen immer gut informiert zu sein?), sowie „stellenwert2_codiert“ (Wenn Sie an Ihren Alltag (beruflich und privat) denken, wie oft setzen Sie sich direkt oder indirekt mit den Themen Gesundheitsinformation und eigener Gesundheitszustand auseinander?) ergibt sich ein Signifikanzniveau von $<0,05$.

Ergebnisse

Folglich wird die Nullhypothese abgelehnt; ein Zusammenhang beider Variablen besteht. Der Kontingenzkoeffizient bei der Überprüfung der Variable „Stellenwert1_codiert“ ergibt einen Wert von 0,356, was den Zusammenhang als eher schwach darstellt.

Kreuztabelle

Wie wichtig ist es Ihnen, über gesundheitliche Themen immer gut informiert zu sein?

			Sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	nicht wichtig	Gesamt
Welcher Fakultät gehören Sie an?	Angewandte Kunst Schneeberg	Anzahl	5	10	0	0	15
		Erwartete Anzahl	4,0	8,9	2,0	,1	15,0
	Angewandte Sprachen und Interkulturelle Kommunikation	Anzahl	9	31	7	0	47
		Erwartete Anzahl	12,4	27,9	6,3	,4	47,0
	Automobil- und Maschinenbau	Anzahl	6	12	6	0	24
		Erwartete Anzahl	6,3	14,3	3,2	,2	24,0
	Elektrotechnik	Anzahl	5	14	10	0	29
		Erwartete Anzahl	7,6	17,2	3,9	,3	29,0
	Gesundheits- und Pflegewissenschaften	Anzahl	32	54	2	1	89
		Erwartete Anzahl	23,5	52,9	11,8	,8	89,0
	Kraftfahrzeugtechnik	Anzahl	8	26	10	1	45
		Erwartete Anzahl	11,9	26,7	6,0	,4	45,0
	Physikalische Technik/Informatik	Anzahl	19	44	7	1	71
		Erwartete Anzahl	18,7	42,2	9,4	,7	71,0
	Wirtschaftswissenschaften	Anzahl	26	57	14	0	97
		Erwartete Anzahl	25,6	57,6	12,9	,9	97,0
	keine Angaben	Anzahl	1	2	0	1	4
		Erwartete Anzahl	1,1	2,4	,5	,0	4,0
	Gesamt	Anzahl	111	250	56	4	421
		Erwartete Anzahl	111,0	250,0	56,0	4,0	421,0

Abbildung 12: Häufigkeiten "stellenwert1_codiert"

Die Überprüfung der Variable "stellenwert2_codiert" ergab ebenfalls ein Signifikanzniveau $<0,05$, was einen Zusammenhang der Variablen bestätigt. Der Kontingenzkoeffizient tendiert mit einem Wert von 0,376 ebenfalls gegen 0, was auf eine schwache Ausprägung des Zusammenhangs hindeutet. Die

Kreuztabelle

Wenn Sie an Ihren Alltag (beruflich und privat) denken, wie oft setzen Sie sich direkt oder indirekt mit den Themen Gesundheitsinformation und eigener Gesundheitszustand auseinander?

			sehr oft	ziemlich oft	ziemlich selten	sehr selten	Gesamt
Welcher Fakultät gehören Sie an?	Angewandte Kunst Schneeberg	Anzahl	0	13	2	0	15
		Erwartete Anzahl	2,6	7,2	4,9	,3	15,0
	Angewandte Sprachen und Interkulturelle Kommunikation	Anzahl	4	26	17	0	47
		Erwartete Anzahl	8,1	22,6	15,3	1,0	47,0
	Automobil- und Maschinenbau	Anzahl	3	7	13	1	24
		Erwartete Anzahl	4,2	11,5	7,8	,5	24,0
	Elektrotechnik	Anzahl	1	11	17	0	29
		Erwartete Anzahl	5,0	13,9	9,4	,6	29,0
	Gesundheits- und Pflegewissenschaften	Anzahl	32	45	11	1	89
		Erwartete Anzahl	15,4	42,7	29,0	1,9	89,0
	Kraftfahrzeugtechnik	Anzahl	4	18	22	1	45
		Erwartete Anzahl	7,8	21,6	14,6	1,0	45,0
	Physikalische Technik/Informatik	Anzahl	13	36	20	2	71
		Erwartete Anzahl	12,3	34,1	23,1	1,5	71,0
	Wirtschaftswissenschaften	Anzahl	16	44	33	4	97
		Erwartete Anzahl	16,8	46,5	31,6	2,1	97,0
	keine Angaben	Anzahl	0	2	2	0	4
		Erwartete Anzahl	,7	1,9	1,3	,1	4,0

Abbildung 13: Häufigkeiten "stellenwert2_codiert"

Ergebnisse

Betrachtung der einzelnen Antworten und der erwarteten Werte zeigt, dass im Vergleich zu anderen Fakultäten die Werte der Studierenden der Gesundheits- und Pflegewissenschaften positiver ausgefallen sind, als angenommen wurde. Die Werte der anderen Fakultäten befinden sich eher im angenommenen Bereich.

Gesundheitskompetenz

Um die Gesundheitskompetenz der Fakultäten zu bestimmen und zu vergleichen, wurde in einer Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Test durchgeführt, sowie der Kontingenzkoeffizient C bestimmt. Verglichen wurden die Variablen „fakultaet“ und „GK_final“.

Das Signifikanzniveau ergab sowohl beim Chi-Quadrat-Test, als auch bei C einen Wert von 0,108. Demzufolge wird die Nullhypothese angenommen; es ist kein signifikanter Zusammenhang nachweisbar.

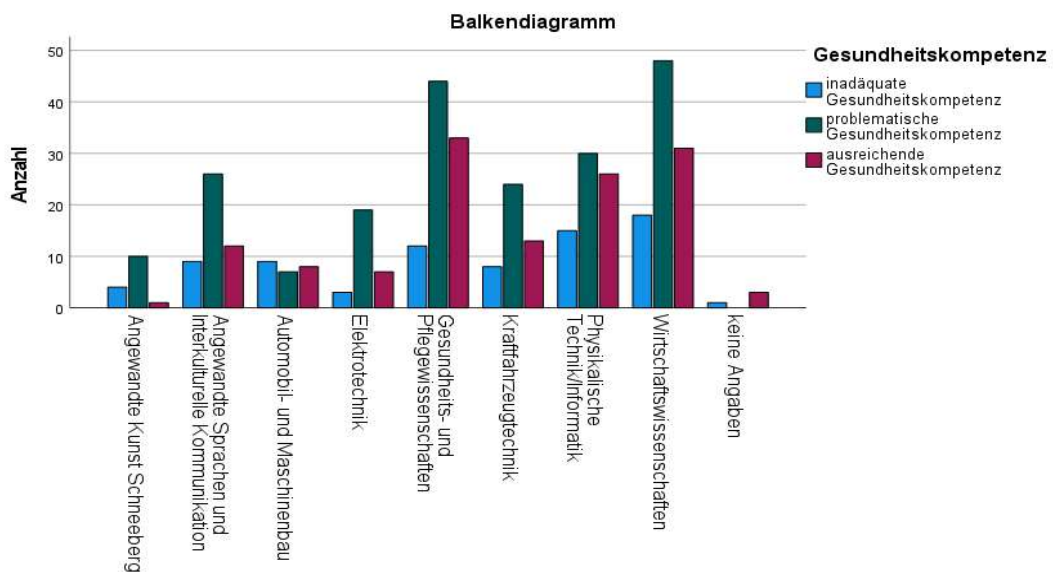


Abbildung 14: Vergleich der Fakultäten

Bei Betrachtung der Stichprobe ist erkennbar, dass die Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften den höchsten Wert der ausreichenden Gesundheitskompetenz im Verhältnis zur Anzahl der Teilnehmenden der entsprechenden Fakultät besitzt (37,1% Studierende der Fakultät GPW besitzen eine ausreichende GK). Die Studierenden der Fakultät PTI liegen mit einem Wert von 36,6 Prozent nur knapp dahinter. Den niedrigsten Werten erreichten die Studierenden der Fakultät AKS. 26,7% weisen eine inadäquate GK auf und 6,7% eine ausreichende GK.

Ergebnisse

Zur Überprüfung der Hypothese IV wurde der Kendal-Tau-C Test herangezogen. Dieser Test ist geeignet, da beide Variablen ordinal skaliert sind und eine unterschiedliche Anzahl an Ausprägungen besitzen. Überprüft wurden die unabhängige Variable „stellenwert1_codiert“ und die abhängige Variable „GK_final“. Damit sollte festgestellt werden, ob ein Zusammenhang zwischen Personen, denen es wichtig ist über gesundheitliche Themen gut informiert zu sein und tendenziell besseren Ergebnissen besteht. Die Überprüfung durch SPSS ergab ein Signifikanzniveau von 0,696, was deutlich zeigt, dass es sich um keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen handelt. Der Kendall-Tau-C-Test ergab einen Wert von -0,018. Die Überprüfung der beiden Variablen ergibt demnach keinen signifikanten Zusammenhang; in dieser Stichprobe sind sogar negative Tendenzen erkennbar.

Zur Überprüfung der Hypothese V werden die Ergebnisse anderer vergleichbarer Studien herangezogen. Die Studierenden der Studie in Bochum erreichen nach HLS-EU-Q16 einen Mittelwert von 30 Punkten (max. 50). Die Berechnung erfolgte ebenfalls aus dem Summenscore der Variablen, allerdings ohne vorherige Dichotomisierung. Somit liegen sie durchschnittlich im Bereich der „problematischen Gesundheitskompetenz“ (>25-33). Der Anteil der Studierenden mit einer ausreichenden, beziehungsweise ausgezeichneten Gesundheitskompetenz liegt bei 30,8%. Die Studierenden der WHZ erreichten einen fast identischen Wert mit 31,8%. Der Mittelwert liegt, der 50-Punkte Kategorisierung der HS Bochum angepasst, bei 34,7 (hier: 11,11) (Reick, 2018).

Die Ergebnisse der TU Dortmund wurden erneut dichotomisiert. Inadäquate GK und problematische GK wurden zur limitierten GK zusammengefasst. 58,8% der Studierenden wiesen demnach eine limitierte GK auf. Der Wert der Studierenden der WHZ liegt deutlich höher. Ca. 68% der Teilnehmenden zeigen eine limitierte Gesundheitskompetenz. Bei beiden Hochschulen fiel die Kategorie „Gesundheitsinformationen beurteilen“ am schlechtesten aus (Schrickler, 2020).

Für die Hochschule Fulda ergab sich Durchschnittswert von 33,45. Die Beurteilung der Gesundheitskompetenz erfolgte zweifach. Die Studierenden wurden in die Bereiche „hohe Gesundheitskompetenz“ und „niedrige

Diskussion

Gesundheitskompetenz“ eingeteilt. 54% erreichten dabei eine hohe Gesundheitskompetenz (Schultes, 2017)

6. Diskussion

Ziel der Untersuchung war es, einen Wert für die Gesundheitskompetenz der Studierenden der WHZ zu ermitteln. Die Antworten der einzelnen Fakultäten sollten auf Unterschiede geprüft werden, um gegebenenfalls herauszufinden, ob Studierende der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften positivere Werte erzielen. Um Schlüsse ziehen zu können und die Ergebnisse interpretierbar zu machen, sollten sie mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen werden.

6.1 Methodenkritik

6.1.1 Datenerhebung

Um eine ausreichend große Stichprobe zu bearbeiten, wurde sich für eine Befragung aller Studierenden der Hochschule entschieden. Diese Auswahl machte die Untersuchung zudem mit anderen Studien vergleichbar, die dasselbe Befragungsinstrument nutzten. Um alle Studierenden erreichen zu können, war die Kontaktaufnahme via E-Mail notwendig. Diese erfolgte durch den hochschulinternen E-Mail-Verteiler „alle.Studenten“. Durch den Verteiler können alle Studierenden der WHZ benachrichtigt werden, ohne die E-Mail-Adressen sichtbar zu machen oder speichern zu müssen. Der Nachteil dieser Methode liegt darin, dass exmatrikulierte Studierende noch vier Wochen nach der Exmatrikulation auf die E-Mail-Adresse der Hochschule zurückgreifen können und somit die Stichprobe teilweise verfälschen könnten. Da die Umfrage zum Ende des Semesters durchgeführt wurde, ist dies aber sehr unwahrscheinlich. Des Weiteren hätte dieser Umstand nur mit Hilfe einer zusätzlichen Datei des ZKI umgangen werden können. Diese enthält sämtlich Hochschul-Mail-Adressen der aktuell immatrikulierten Studierenden in einer CSV-Datei (Excel abrufbar). Allerdings muss diese auf dem Computer gespeichert werden, bevor sie in das E-Mail-Programm eingespeist werden kann, was die Datensicherheit beeinträchtigt hätte.

Diskussion

Die Umfrage wurde mit Hilfe des Programms „LimeSurvey“ eingerichtet und verbreitet. Da das Programm eine eigene Umfrageseite öffnet, ist sie auch abrufbar, wenn der Empfänger das Programm selbst nicht installiert hat. Lediglich eine Internetverbindung ist notwendig, um die Umfrage durchführen zu können. Die Rücklaufquote betrug 17,5% (576), jedoch konnten nur 421 vollständig ausgefüllte Fragebögen bearbeitet werden. Dennoch ist dieses Ergebnis als gut zu betrachten. Durch technische Schwierigkeiten zu Beginn der Umfrage, wurde die Umfrageseite bereits nach wenigen Antworten geschlossen und erst ca. eine Stunde danach wieder geöffnet. Dieser Umstand kann ein Grund für die etwas geringere Rücklaufquote sein. Des Weiteren kann sich nicht jeder mit dem Thema Gesundheitskompetenz identifizieren, was einige der Abbrüche erklären könnte. Ein weiterer Grund ist der hohe Anteil an internationalen Studierenden. Das Befragungsinstrument ist mit Ausnahme einiger allgemeinen Anweisungen in der deutschen Sprache konzipiert worden, was Studierende ausschließt, die aufgrund sprachlicher Barrieren nicht teilnehmen konnten. Der Befragungszeitraum befand sich in der Anfangsphase der Prüfungsvorbereitung und hätte somit günstiger gewählt werden können, da so die Bereitschaft Umfragen auszufüllen bei vielen Studierenden nicht hoch ist.

Um die Antwortrate zu erhöhen, wurde nach ca. vier Wochen eine Erinnerungs-Mail verschickt. Diese stellte sich als erfolgreich dar, Da in kurzer Zeit ein letzter Anstieg der beantworteten Fragebögen erkennbar wurde. Des Weiteren zeigten viele der Studierenden Interesse an der Verlosung, die an die Bearbeitung des Fragebogens gekoppelt war. Diese erst zugänglich zu machen, wenn der Fragebogen vollständig ausgefüllt worden war, trug sehr wahrscheinlich auch zu einer Erhöhung der Rücklaufquote bei.

6.1.2 Datenerhebungsinstrument

Das Befragungsinstrument war ein teilstandardisierter Online-Fragebogen. Der Hauptteil zur allgemeinen Gesundheitskompetenz bestand aus den Fragen des HLS-EU-Q16. Zusätzlich wurde das Thema erweitert, um die digitale Gesundheitskompetenz nicht zu vernachlässigen. Dieser Schritt ist zeitgemäß, weicht aber vom eigentlichen Aufbau vergleichbarer Studien ab. Um bei der späteren Auswertung Verfälschungen vorzubeugen wurde der letzte Teil separat ausgewertet und Aussagen zur Gesundheitskompetenz der Studierenden nur anhand der Fragen des Q16 getroffen. Zu Beginn wurden des

Diskussion

Weiteren zwei Einstiegsfragen gestellt, die die Studierenden in die Thematik einführen sollten. Thema war die Einordnung des persönlichen Stellenwerts von Gesundheitsinformationen und eigener Gesundheit. Ziel dieser Fragen war es ebenfalls erste Antworttendenzen zu erfassen und gegebenenfalls Zusammenhänge zu späteren Ergebnissen herzustellen.

Die Hinweise des Pretests wurden umgesetzt und diesbezüglich keine weiteren negativen Anmerkungen auffällig. Hauptkritikpunkt seitens der Befragten war das Fehlen einer zusätzlichen Antwortmöglichkeit „keine Angaben“. Diese wurde bewusst ausgelassen, da es im HLS-EU-Q16 ebenfalls so umgesetzt wurde und eine Berechnung eines Wertes für die Gesundheitskompetenz nur bei genügend vollständigen Antwortsätzen möglich ist. Dennoch kann das Fehlen dieser Antwortmöglichkeit zu Wahllosantworten oder Tendenzen zur Mitte aufweisen (Döring, 2016), da sie sich mit der Fragestellung nicht identifizieren können. Betreffen könnte dies beispielsweise Fragen zur psychischen Gesundheit oder die Inanspruchnahme bestimmter gesundheitlicher Dienstleistungen.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Dieser Teil dient zur Diskussion der Ergebnisse der Studie. Er soll Erkenntnisse beschreiben und begründen. Dabei ist es wichtig anzumerken, dass die Studierenden der WHZ erstmalig zur Gesundheitskompetenz befragt wurden. Durch das querschnittliche Design der Untersuchung sind kausale Interpretationen nicht möglich. Des Weiteren ist die Repräsentativität der Untersuchung ebenfalls limitiert und kann nicht auf die Gesamtpopulation Studierender in Deutschland bezogen werden. Des Weiteren muss angemerkt werden, dass der verwendete Fragebogen zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz die Kurzversion der originalen Variante war. Zwar ist dessen Zuverlässigkeit erwiesen, Ungenauigkeiten lassen sich dennoch nicht ausschließen. Durch die Zusammenfassung der Ergebnisse und Dichotomisierung der Antworten zur Errechnung der Gesundheitskompetenz, sind die Ergebnisse als gerundet zu betrachten und in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

Um in die Thematik einzusteigen, wurden die Studierenden gebeten den persönlichen Stellenwert von Gesundheitsinformationen einzuordnen. Fast 87% der Studierenden betrachtet es als (sehr) wichtig immer gut über

Diskussion

gesundheitliche Themen informiert zu sein. Allerdings setzen sich viele nicht täglich mit der Thematik Gesundheit auseinander. Diese Antwortverteilung war zu vermuten. Fast allen Studierenden ist die Wichtigkeit der Gesundheit bewusst, weshalb sie den Informationen eine hohe Priorität beipflichten. Trotzdem ist die Thematik Gesundheit allgemein sehr komplex und die Beschäftigung damit sehr zeitintensiv. Da die meisten Studierenden täglich vielen neuen Informationen verschiedener Thematiken ausgesetzt sind, ist die Motivation wahrscheinlich nicht sehr hoch sich zusätzlich aktiv mit der Thematik Gesundheit auseinanderzusetzen. Eine Ausnahme sind dabei die Studierenden der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften, da das Thema in ihre Lehre integriert ist. Sie stellen den Großteil derer dar, die mit „sehr oft“ bzw. „oft“ auf die zweite Frage geantwortet hatten.

Auffällig einfach fällt den Studierenden das Finden von Gesundheitsinformationen. Die Möglichkeit, Gesundheitsinformationen zu erhalten ist in der heutigen Zeit sehr leicht. Vor allem das Internet bietet eine Vielzahl an Portalen, Foren und Nachschlagewerken zur allgemeinen Information. Da Studierende sich mit zunehmender Digitalisierung, häufiger im Internet bewegen, ist der Zugang meist schon gegeben. Im Bereich der Krankheitsbewältigung gab es für diesen Bereich die wenigsten Probleme. Informationen über bestimmte Therapien zu finden, schätzen fast 60% aller Studierenden als „ziemlich einfach“ ein; eine fast identische Antwortverteilung findet sich bei der Frage wie schwer/leicht es Studierenden fällt herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe bei bestimmten Problemen/Krankheiten erhalten können. Bei der Prävention und der Gesundheitsförderung, beziehen sich die Fragen der Dimension „finden“ vor allem auf die psychische Gesundheit. Zwar beantworteten die meisten die Fragen mit einfach, jedoch gibt es dennoch einen großen Teil an Studierenden, die schwierig angegeben haben. Eine Schwierigkeit der Fragestellung ergibt sich wie bereits angemerkt daraus, dass einige Studierende sich möglicherweise nicht angesprochen fühlen, durch die fehlende Möglichkeit keine Angaben zu machen aber eine Antwort auswählen mussten (Tendenz zur Mitte erkennbar). Dennoch kann es durch Belastungen im Studium zu psychischen Leiden kommen, die Antworten könnten darauf hindeuten, dass die Auseinandersetzung mit dieser Thematik einigen Studierenden nicht leicht zu fallen scheint.

Diskussion

Information zu verstehen, fällt den meisten Studierenden leicht. Im Bereich der Prävention (Warnungen vor gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen verstehen; Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen verstehen) gaben die meisten Studierenden „sehr einfach“ an, was für ein gutes Präventionsbewusstsein spricht.

Die Größte Schwierigkeit ergab sich bei Fragen der Kategorie Gesundheitsinformationen beurteilen. Im Bereich der Gesundheitsförderung schätzt die Mehrheit der befragten Personen (50,5%) es als „ziemlich schwierig“ ein, zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem Arzt einholen sollten. Nur 6% empfinden dies als „sehr einfach“. Die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien empfinden 51% als „ziemlich schwierig“ und 15% als „sehr schwierig“. Die Antworten zeigen, dass vielen Studierenden die Gesundheitsinformationensuche im Internet sehr leicht zu fallen scheint und Gefundenes ebenfalls gut verstanden wird; die Beurteilung empfinden die meisten jedoch als Schwierigkeit.

Die Gesundheitsinformationen anzuwenden, gelingt den Studierenden recht gut. 93% schätzen es als „sehr einfach“ bzw. „ziemlich einfach“ ein den Anweisungen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen und über der Hälfte gelingt es „ziemlich einfach“ Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit, aufgrund von Informationen ihres Arztes, zu treffen. Ein wenig verteilter vielen die Antworten wieder im Bereich der Prävention aus. 43% beantworteten die Frage wie sie sich aufgrund von Informationen aus den Medien schützen könnten als „ziemlich schwierig“, was die Schwierigkeit bei digitalen Informationsmedien erneut aufzeigt. Der separate Fragenblock für die digitale Gesundheitskompetenz zeigte ebenfalls eine Limitation der Vertrauenswürdigkeit digitaler Gesundheitsinformationen auf. 68% schätzen die Beurteilung der Glaubwürdigkeit als „sehr schwierig“, bzw. „ziemlich schwierig“ ein.

Die These I konnte somit belegt werden, da die Studierenden die höchsten Werte im Bereich des Findens von Gesundheitsinformationen aufwiesen. Die These II wurde nur teilweise bestätigt. Die Werte für das Verstehen von Gesundheitsinformationen waren besser als vermutet. Das Beurteilen von Gesundheitsinformationen fiel den Befragten wie angenommen schwer.

Diskussion

Insgesamt ist die Gesundheitskompetenz der Studierenden der WHZ problematisch. Zwar liegen die Werte dieser Kategorie im angenommenen Bereich, doch ist der Anteil der Personen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz höher als erwartet (fast 20%). Die größten Probleme zeigten die Studierenden im Bereich der Prävention und wie angesprochen, vor allem bei Fragen zu digitalen Gesundheitsinformationen.

Die III. Hypothese sollte einen Unterschied zwischen den Studierenden der Gesundheits- und Pflegewissenschaften und den anderen Fakultäten darstellen. Grundannahme ist hier die fachliche Auseinandersetzung mit der Thematik Gesundheit, die eventuell zu besseren Ergebnissen führen könnte. Der statistische Test ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Fakultät und dem Wert der Gesundheitskompetenz. Auch die tatsächlich erreichten Werte wiesen in ihrer Verteilung keine Unterschiede zu den anderen Fakultäten auf. Dies kann verschiedene Gründe haben. Einer der Wahrscheinlichsten (Reick, 2018) ist, dass Studierende dieser Fakultät ein kritischeres Verständnis von Gesundheitsinformationen besitzen könnten und daher auch kritischer antworten als Studierende, die sich weniger mit der Thematik auseinandersetzen. Es könnte zudem sein, dass die Ausbildung einer Gesundheitskompetenz nicht mit den allgemein gelehrten Kompetenzen eines Gesundheitsberufes bzw. gesundheitlichen Studienganges einhergeht. Diese Vermutung lässt sich derzeit aufgrund der geringen Studienbelege nicht beantworten. Auch die IV. Hypothese konnte nicht bestätigt werden, da kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte. Betrachtet man die Ergebnisse der Stichprobe scheint es keine positiven Auswirkungen auf die Ergebnisse zu haben, wenn es als wichtig empfunden wird, über gesundheitliche Themen gut informiert zu sein.

Die letzte Hypothese beinhaltete den Vergleich der Ergebnisse mit bisherigen Studien zur Gesundheitskompetenz Studierender. Da die finalen Werte der Gesundheitskompetenz je nach Universität differenziert berechnet bzw. dargestellt wurde, ist ein Vergleich teilweise nur begrenzt möglich. Dennoch zeigen die Werte große Ähnlichkeiten auf. Bei allen Hochschulen weisen die Studierenden eine eher problematische Gesundheitskompetenz auf, was die Ergebnisse der WHZ gut in die aktuelle Studienlage einordnen lässt. Des Weiteren zeigten die Studierenden der Fakultät Gesundheits- und

Diskussion

Pflegewissenschaften keine signifikanten Unterschiede auf. Eine ähnliche Feststellung wurde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum gemacht; dort konnte ebenfalls kein Zusammenhang zwischen dem Erlernen eines Gesundheitsberufes und der Gesundheitskompetenz festgestellt werden.

7. Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Bachelorthesis war es, die Gesundheitskompetenz der Studierenden der WHZ zu erfassen und damit einen ersten Eindruck der Situation an der Hochschule zu erwirken, um Vergleiche zur Studienlage herstellen zu können. Die für die Untersuchung formulierten Forschungsfragen konnten dabei weitestgehend beantwortet werden. Für die Gesundheitskompetenz der Studierenden wurde ein konkreter Wert errechnet. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Studierenden eine problematische Gesundheitskompetenz aufweist; einige liegen sogar im Bereich der inadäquaten Gesundheitskompetenz. Diese Erkenntnis wurde zu Beginn der Untersuchung zwar vermutet, zeigt jedoch die Relevanz der Thematik der Gesundheitskompetenzbildung auf. Die Werte der Studierenden der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften wichen nicht signifikant von den Werten der anderen Fakultäten ab. Schon die Studie der Hochschule für Gesundheit in Bochum wies ähnliche Ergebnisse auf; dort schien das Erlernen eines Gesundheitsberufes ebenfalls keine Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz zu haben. Die Gründe dafür können nur vermutet werden. Daher kann die letzte Forschungsfrage nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Die Studienlage zur Gesundheitskompetenz Studierender ist noch zu klein und Zusammenhänge nicht vollständig begründbar. Dieser Arbeit gelang es dennoch eine erste Einschätzung der Gesundheitskompetenz Studierender zu treffen, die sich größtenteils mit den Ergebnissen anderer Studien deckten.

Um klare Aussagen über die Zusammenhänge der Lebenswelt Studium und der Gesundheitskompetenzbildung treffen zu können, werden jedoch noch weitere Untersuchungen nötig sein. Den bisher durchgeführten Studien, die den Fokus auf die Einordnung der Gesundheitskompetenz legten, sollten spezifischere Untersuchungen folgen. Weshalb weisen bestimmte Personen außergewöhnlich hohe Werte auf? Inwieweit verändert sich die Gesundheitskompetenz mit zunehmender Digitalisierung? Wie unterscheidet sich die Ausbildung einer guten Gesundheitskompetenz von der sonstigen Gesundheitsbildung und welche Zusammenhänge lassen sich erkennen? Das Verständnis von gesundheitlichen Informationen und die Fähigkeit diese beurteilen und korrekt anwenden zu können wird zunehmend vorausgesetzt. Da diese Untersuchung, wie auch andere vorangegangene Studien zeigen konnte, dass die

Fazit und Ausblick

Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen keinen befriedigenden Wert ergibt, ist die ist eine Erweiterung des Forschungsfeldes umso wichtiger.

Quellenverzeichnis

Quellenverzeichnis

- Baur N., B. J. (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_1.
- bzga. (2016). *bzga*. Von Erklärungs- und Veränderungsmodelle I: Einstellungs- und Verhaltensänderungen: doi:10.17623/BZGA:224-i012-1.0 abgerufen
- Döring, N. &. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg.
- ebm-Netzwerk. (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf.
- EHL. (2021). *Health Literacy Europe*. Von <https://www.healthliteracyeurope.net/> abgerufen
- Gesundheit, B. f. (2019). *Begriffe A-Z*. Von Prävention: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html> abgerufen
- Hajji, T. (Juni 2016). Der informierte Patient im Krankenhaus: Wunschbild oder Wirklichkeit? 6(06):Artikel 09_016(06):Artikel 09_01.
- Hambrock, U. (2018). Die Suche nach Gesundheitsinformationen. *Patientenperspektiven und Marktüberblick*. Bertelsmann Stiftung.
- Heinke Rübken, K. W. (2020). *Qualitative und Quantitative Forschungsmethoden*. Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Center für lebenslanges Lernen C3L.
- Hurrelmann, K. K. (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Verleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/29503>.
- Jürgen Pelikan, K. G. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe Verlag.
- Kristine Sørensen, J. M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 6: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
- Kristine Sørensen, S. V. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- Lenzner, T. N. (2015). *Kognitives Pretesting*. Mannheim, : GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESISurvey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- NIH. (2005). National Institute of Health. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. USA: National Cancer Institute.
- North, K. R.-S. (2013). *Kompetenzentwicklung in der Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler.

- Nutbeam, H. W. (2010). *Theory in a Nutshell - A practical guide to health promotion theories*. Sydney.
- Peter Franzkowiak, K. H. (2018). *Gesundheit*. Von <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i023-1.0> abgerufen
- Reick, H. T. (2018). *Gesundheitskompetenz Studierender–Ergebnisse einer On-line-Befragung an der Hochschule für Gesundheit Bochum*.
- Repetico. (2021). *Repetico GmbH*. Von <https://www.repetico.de/card-68020303> abgerufen
- RKI. (2020). *Robert Koch Institut*. Von Gesundheitsförderung: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_node.html abgerufen
- Röthlin, P. J., & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie. Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger*.
- Schaeffer D, B. E. (2017). Health literacy in the German population-results of a representative survey. . *dtsh. Arztebl. Int* ; 114: 53–60. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0053.
- Schaeffer, D. B.-M. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pan-*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305> .
- Schaeffer, D. H. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D. H. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart 2018.
- Schricker, K. C.-M. (2020). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Studierenden: Assoziationen mit der Gesundheitskompetenz. . *Präv Gesundheitsf*. 2020;15(4):354–62. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00764-2>.
- Schultes, K. (2018). *Gesundheitskompetenz, subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Studierenden* . *Health literacy, self-assessed health status and health behaviour among students* . DOI 10.1515/pubhef-2016-211.
- Schwarzer. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3., überarb. Auflage*. Berlin.
- Skinner, T. C. (2015). *The Health Belief Model*. in: *Glanz, Rimer, Viswanath, eds. Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass.
- Stephan Fousek, B. D. (2012). *Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“*. *Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Wien, Österreich: Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit.
- Thomas Abel, K. S. (2015). *Gesundheitskompetenz/Health Literacy Das Konzept und seine Operationalisierung*. Springer.

- WHO. (1986). *Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung*. Von https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf abgerufen
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.
- WHO. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Von https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf abgerufen
- WHO. (2021). *WHO/Europa*. Von <https://www.euro.who.int/de/about-us> abgerufen
- WHZ. (2021). *Westfälische Hochschule Zwickau*. Von ueber uns: <https://www.fh-zwickau.de/hochschule/ueber-uns/profil/> abgerufen

Anhang

Anhang

a) Befragungsinstrument

Section A: Teil I: Einstieg Gesundheit	
A1. Wie wichtig ist es Ihnen, über gesundheitliche Themen immer gut informiert zu sein? <i>Aktueller Forschungsstand; allgemeine Gesundheitsfragen der Bevölkerung, sowie eigene Befindlichkeiten/Gesundheitssituation</i>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> eher wichtig <input type="checkbox"/> eher unwichtig <input type="checkbox"/> nicht wichtig <input type="checkbox"/>
A2. Wenn Sie an Ihren Alltag (beruflich und privat) denken, wie oft setzen Sie sich direkt oder indirekt mit den Themen Gesundheitsinformation und eigener Gesundheitszustand auseinander?	sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> ziemlich selten <input type="checkbox"/> sehr selten <input type="checkbox"/>
Section B: Teil II: Allgemeine Gesundheitskompetenz	
II a: Krankheitsbewältigung Wie einfach/schwierig ist es ...	
B1. ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	Sehr einfach <input type="checkbox"/> Ziemlich einfach <input type="checkbox"/> Ziemlich schwierig <input type="checkbox"/> Sehr schwierig <input type="checkbox"/>
B2. ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	Sehr einfach <input type="checkbox"/> Ziemlich einfach <input type="checkbox"/> Ziemlich schwierig <input type="checkbox"/> Sehr schwierig <input type="checkbox"/>

Anhang

B3. ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

B4. ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

B5. ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

B6. ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zutreffen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

B7. ...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

Section C: Teil II: Allgemeine Gesundheitskompetenz

II b: Prävention

Wie einfach/schwierig ist es...

C1. ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

C2. ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

C3. ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

C4. ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

C5. ...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

Section D: Teil II: Allgemeine Gesundheitskompetenz

II c: Gesundheitsförderung

Wie einfach/schwierig ist es...

D1. ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

D2. ...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

D3. ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?

Sehr einfach

Ziemlich einfach

Ziemlich schwierig

Sehr schwierig

Anhang

D4. ...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

Section E: Teil III: Digitale Gesundheitskompetenz

Wie einfach/schwierig ist es...

E1. ...die richtigen Wörter oder Suchbegriffe zu verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

E2. ...genau die Informationen zu finden, nach denen Sie suchen?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

E3. ...die gefundenen Informationen zu verstehen?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

E4. ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

Section F: Teil IV: Soziodemografische Angaben

Die folgenden Daten dienen nur als Unterstützung, die Auswertung differenziert durchführen zu können. Die Antworten werden anonymisiert und lassen sich nicht auf Personen zurückverfolgen.

F1. Wie alt sind Sie?

- unter 18 Jahre
- 18 - 21 Jahre
- 22 - 25 Jahre
- 26 - 29 Jahre
- 30 - 33 Jahre
- älter als 33 Jahre
- keine Angabe

F2. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- weiblich
- männlich
- divers
- keine Angabe

F3. Welcher Fakultät gehören Sie an?

- Angewandte Kunst Schneeberg
- Angewandte Sprachen und Interkulturelle Kommunikation
- Automobil- und Maschinenbau
- Elektrotechnik
- Gesundheits- und Pflegewissenschaften
- Kraftfahrzeugtechnik
- Physikalische Technik/Informatik
- Wirtschaftswissenschaften
- Keine Angaben

Section G: Teil V: Anmerkungen und Auslosung

Alle Angaben auf dieser Seite sind freiwillig.

- G1. Im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen fällt mir besonders leicht...**

- G2. Im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen fällt mir besonders schwer...**

- G3. Hier können Sie mir gern ein kurzes Feedback zum Fragebogen hinterlassen.**

- G4. Wenn Sie an der Auslosung für den Gutschein teilnehmen möchten, tragen Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse ein.**

Die hier eingetragenen E-Mail-Adressen erscheinen bei der Auswertung in einem separaten Feld und stehen nicht mit den gegebenen Antworten in Zusammenhang.

Ich danke vielmals für Ihre Teilnahme!

Anhang

b) Teilbereiche des Befragungsinstruments/Dimensionen

Gesundheitskompetenz = Fähigkeit	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
Krankheitsbewältigung	Q1...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	Q3...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	Q5...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	Q6...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?
	Q2...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	Q4...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?		Q7...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?
Prävention	Q8...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	Q9...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?	Q11...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	Q12...aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?
		Q10...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?		
Gesundheitsförderung	Q13...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	Q14...Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	Q16...zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	
		Q15...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?		

(Röthlin & Ganahl, 2013)

Tabelle A-4: Digitale Gesundheitskompetenz: Anteil (sehr) schwierig nach Bevölkerungsgruppen (gültige Prozent) (HLS-GER 2)

Wie einfach/schwierig ist es	Gesamt	Geschlecht		Bildungsniveau			Sozialstatus			Alter in Jahren				chronische Erkrankung		Migrationshintergrund	
		männlich	weiblich	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch	18-29	30-45	46-64	ab 65	ohne	mind. eine	nein	ja
DGK1 Die richtigen Wörter oder Suchbegriffe verwenden, um online die gewünschten Informationen zu finden	38,7	37,8	39,5	58,0	40,6	26,8	54,9	37,7	22,6	32,9	30,3	33,0	59,1	32,8	44,1	38,0	41,3
DGK2 Genau die Informationen finden, nach denen ich suche	59,0	58,8	59,1	70,1	61,6	49,6	68,6	60,4	42,3	53,3	55,4	54,5	72,8	53,9	63,2	59,9	53,1
DGK3 Die gefundenen Informationen verstehen	47,6	48,7	46,6	64,9	50,2	36,1	59,6	47,3	32,3	40,6	41,1	43,3	65,5	42,6	51,7	48,0	44,7
DGK4 Beurteilen, wie vertrauenswürdig die gefundenen Informationen sind	82,5	82,3	82,7	82,7	84,7	78,4	83,5	83,9	76,1	78,1	79,8	81,6	89,5	81,4	83,5	83,6	76,5
DGK5 Beurteilen, ob hinter den angebotenen Informationen kommerzielle Interessen stehen	82,0	82,1	81,8	86,6	84,2	76,5	85,2	83,8	71,2	80,4	80,8	78,9	88,9	80,6	82,9	82,3	79,8
DGK6 Unterschiedliche Internetseiten aufsuchen, um zu prüfen, ob dort gleiche Informationen über ein Thema stehen	38,0	35,1	41,1	54,0	38,4	30,6	50,2	37,4	25,9	24,5	28,1	35,4	61,9	31,1	44,2	37,7	39,1
DGK7 Beurteilen, ob die Informationen auf mich zutreffen	56,3	55,3	57,4	70,9	57,2	49,5	59,0	58,3	44,3	56,8	49,6	51,1	69,6	54,9	57,2	56,5	55,7
DGK8 Die gefundenen Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems nutzen	61,9	62,4	61,4	75,9	62,8	54,3	69,6	61,7	52,7	61,5	53,8	60,1	72,8	58,3	65,2	61,5	64,6

(Schaeffer D. B.-M., 2021)

Anhang

c) Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz

(Schaeffer D. H., 2018)

Der Nationale Aktionsplan

Die Empfehlungen im Überblick

Empfehlungen 1-5

Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

1. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen
2. Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern
3. Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken
4. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern
5. Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken

Empfehlungen 6-10

Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

6. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern
7. Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen
8. Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten
9. Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten
10. Die Partizipation von Patienten erleichtern und stärken

**Empfehlungen
11–14**

**Gesundheitskompetent mit chronischer
Erkrankung leben**

11. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren
12. Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen
13. Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken
14. Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern

**Empfehlung
15**

**Gesundheitskompetenz systematisch
erforschen**

15. Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen

Prinzipien

**Grundlegende Prinzipien für die Umsetzung der
Empfehlungen in gute Praxis**

1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern
2. Sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen verändern
3. Partizipation und Teilhabe ermöglichen
4. Chancen der Digitalisierung nutzen
5. Die Kooperation von Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft herstellen

d) Datensicherheitserklärung

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz für eine Umfrage zum Thema „Gesundheitskompetenz der Studierenden der Westsächsischen Hochschule Zwickau“

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen Fragen zum Thema "Gesundheitskompetenz der Studierenden der Westsächsischen Hochschule Zwickau" gestellt. Ziel der Umfrage ist es, die Gesundheitskompetenz der Studierenden der unterschiedlichen Fakultäten zu erfassen und anhand ähnlicher Studienergebnisse zu bewerten.

Zudem werden nähere Informationen zu Ihrer Person abgefragt, um dadurch bei den Ergebnissen auch soziale Faktoren (Alter, Geschlecht, Fakultät) einzubeziehen und so die Bewertung verbessern zu können. Die Umfrage wird anonymisiert, um eine Zuordnung von Antworten und Personen zu verhindern.

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig und ohne die Nennung Ihres Namens möglich. Eine Registrierung ist für die Teilnahme nicht erforderlich.

Auch bei einer Umfrage haben Sie gemäß Datenschutz gegenüber dem Informationsträger das Recht auf Auskunft sowie Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Sie können diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werden Ihre Daten gelöscht und unzugänglich aufbewahrt.

Diese Umfrage wird durch Herr Jonas Buder (Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften; Matrikelnummer [REDACTED]) ausgewertet. Dabei können die Fragebögen nicht in ihrer Gesamtheit eingesehen werden, sondern liegen nur in reiner Ergebnisform vor, sodass kein Bezug zur Person hergestellt werden kann.

Anhang

e) Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit zum Thema „Gesundheitskompetenz Studierender der WHZ“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Limberg, 03.09.2021

Ort, Datum


Unterschrift