



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Das Gesundheitsbewusstsein von Studierenden der
Fachhochschulen Wien, Krems und St. Pölten im
Vergleich - eine empirische Untersuchung

Verfasser

Peter Stuppnig, Bakk. rer. nat.

angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im April 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 066 826
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Sportwissenschaften
Betreuer:	Mag. Dr. Otmar Weiß

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.

Wien, im April 2013

Peter Stuppnig

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz besonders bei meinen Eltern für die Unterstützung während meines gesamten Studiums und bei allen meinen Entscheidungen bedanken und dafür. Sie waren mir sowohl finanziell als auch mental eine Stütze.

Ein besonderer Dank gilt natürlich Univ. Prof. Dr. Otmar Weiß, der es mir möglich machte, die vorliegende Magisterarbeit zu verfassen, und Mag^a. Christina Mogg, die immer da war um Fragen zu beantworten.

Außerdem möchte ich allen meinen Freunden danken, die mich auf diesem Weg begleitet haben und mir diese Zeit mit vielen schönen Erinnerungen zu einer unvergesslichen werden haben lassen.

Zusammenfassung

Die folgende Arbeit setzt sich mit dem Thema „Gesundheitsbewusstsein“ auseinander. Dabei soll das Gesundheitsbewusstsein von Studierenden der Physiotherapie und Studierenden der Unternehmensführung untersucht und verglichen werden. Dies soll durch den Vergleich verschiedener Indikatoren, welche das Gesundheitsbewusstsein operationalisierbar machen, geschehen und dabei soll erhoben werden, welche der beiden Studiengruppen ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein besitzt.

Die beiden Gruppen werden zu folgenden Bereichen befragt: Ärztliche Untersuchungen, Ernährung, Trink- und Rauchgewohnheiten, Schlafgewohnheiten und Sportliche Betätigung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Student/innen des Studienganges Physiotherapie bei den Indikatoren Body Mass Index, Vorsorgeuntersuchungen, Trinkverhalten und Sportverhalten gesundheitsbewusster handeln und ihre Gesundheit durch ihr Handeln aktiv positiver beeinflussen als der zu vergleichende Studiengang Unternehmensführung.

Abstract

The following paper deals with the topic "health consciousness". It is the health awareness of students of physiotherapy and students of entrepreneurship which should be examined and compared. This is by comparing different indicators that make the health awareness operationalized, and it happened to be ascertained which of the two study groups has a more pronounced awareness of health.

The two groups will be consulted on the following areas, medical screenings, diet, drinking and smoking habits, sleeping habits and exercising.

In summary it can be stated that the students of physiotherapy act in the indicators body mass index, health screenings, drinking behavior and sport behavior more health-conscious and influence their health through their actions more active positive than the comparative study program entrepreneurship.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Begriffsdefinitionen	3
2.1 Gesundheit	3
2.2 Gesundheitsbewusstsein	4
3. Methodik	7
3.1 Onlinefragebogen	7
3.2 Pretest	8
3.3 Aufbau des Fragebogens	8
3.4 Untersuchungsdesign.....	9
3.5 Hypothesen	11
4. Befragte Fachhochschulen	13
4.1 FH Wien-Studiengänge der WKW	13
4.2 FH St. Pölten	14
4.3 FH Krems	15
5. Ergebnisdarstellung.....	16
5.1 Demographische Daten.....	16
5.2 Body Mass Index	20
5.2.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertung	22
5.3 Vorsorgeuntersuchung.....	27
5.3.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertung	28
5.4 Alkohol	31
5.4.1 Grundbegriffe	32
5.4.2 Ergebnisse der quantitativen Auswertung	35
5.5 Rauchgewohnheiten.....	41
5.5.1 Zusammenhang von Rauchen und Bildung	43
5.5.2 Gesundheitsschäden.....	43
5.5.3 Ergebnisse der quantitativen Auswertung	44
5.6 Körperliche Betätigung und Sport.....	47
5.6.1 Ausdauertraining	48

5.6.2	Kraft.....	49
5.6.3	Beweglichkeit.....	50
5.6.4	Koordination.....	51
5.6.5	Schnelligkeit.....	52
5.6.6	Krankheitsrisiken durch Bewegungsmangel.....	53
5.6.7	Heilende Wirkung von Bewegung.....	54
5.6.8	Ergebnisse der quantitativen Auswertung.....	56
5.7	Ernährung.....	61
5.7.1	Obst und Gemüse.....	63
5.7.2	Getreide.....	64
5.7.3	Fleisch und Wurst.....	64
5.7.4	Fisch.....	65
5.7.5	Soziale Unterschiede im Ernährungshandeln.....	66
5.7.6	Ergebnisse der quantitativen Auswertung.....	67
5.8	Schlaf.....	72
5.8.1	Ergebnisse der quantitativen Auswertung.....	76
6.	Zusammenfassung.....	79
7.	Literatur.....	84
8.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	88
9.	Anhang.....	90

1. Einleitung

*Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an
Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten,
hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden
(Hippokrates, ca. 460 – 377 v. Chr.)*

In dieser Arbeit soll das Gesundheitsbewusstsein von Studierenden der Physiotherapie und Studierenden der Unternehmensführung untersucht und verglichen werden. Dies soll durch den Vergleich verschiedener Indikatoren, welche das Gesundheitsbewusstsein operationalisierbar machen, geschehen und dabei soll erhoben werden, welche der beiden Studiengruppen ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein besitzt. Da es sich um Gruppen mit ähnlichem sozialen Hintergrund und Bildungsstand handelt, liegt das Augenmerk auf dem Studiengang und wie die Proband/innen in den beiden Studiengängen ihre Gesundheit bewusst beeinflussen. Nachfolgend ergibt sich daraus die Forschungsfrage: Unterscheidet sich das Gesundheitsbewusstsein der Studierenden der FH Wien im Studiengang Unternehmensführung von dem der Studierenden der FH St. Pölten und FH Krems im Studiengang Physiotherapie? Um die gewonnenen Ergebnisse greifbarer zu machen, werden Sie jeweils mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 verglichen.

Im Folgenden wird der Aufbau der Arbeit dargestellt.

In dem zweiten Kapitel der Arbeit werden die Begriffe „Gesundheit“ und „Gesundheitsbewusstsein“ genauer definiert. Dies ist nötig da Gesundheit nicht mehr nur das Fernbleiben von Krankheiten ist, sondern ein vieldimensionales Gerüst, welches wissenschaftlich schwer zu definieren ist. Durch mehr Aufmerksamkeit und Beachtung, die man dem Körper schenkt, entsteht ein individuelles Gesundheitsbewusstsein (Faltermaier, 1994, S 158).

Das Gesundheitsbewusstsein wurde durch Weiß (1999, S. 26) operationalisiert und dabei stellen sich Sport und Bewegung, Vorsorgeuntersuchung, Ernährung und Alkohol/ Nikotin als die bedeutendsten Gesundheitskomponenten heraus.

Aufgrund dieser Komponenten wurde auch der Fragebogen erstellt mit dem die oben angeführten Parameter erhoben werden sollen. Als Untersuchungspersonen wurden Fachhochschulstudierende aus den Studiengängen Unternehmensführung und Physiotherapie gewählt. Dabei ist es von Forschungsinteresse, ob sich diese sehr unterschiedlichen Studiengänge im Gesundheitsbewusstsein unterscheiden. Der Studiengang Unternehmensführung an der FH Wien wurde deshalb gewählt, weil der Autor diesen selbst besuchte und die Studiengänge Physiotherapie an der FH Krems und St. Pölten, weil er persönlichen Kontakt zu Studierenden dieser Studiengänge hat.

Im dritten Kapitel werden die Methodik sowie die Forschungshypothese mit den dazugehörigen Arbeitshypothesen formuliert. Die Arbeitshypothesen beinhalten die Komponenten Body Mass Index (BMI), Vorsorgeuntersuchung, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Sport und Bewegung und Schlafgewohnheiten. Diese orientieren sich an der Operationalisierung des Begriffes „Gesundheitsbewusstsein“. Die erhobenen Parameter sollen es ermöglichen, das Gesundheitsbewusstsein der Studierenden in den einzelnen Indikatoren vergleichbar zu machen und damit dazu beitragen, die Forschungsfrage zu beantworten. Die Parameter wurden durch eine Online-Befragung erhoben. Insgesamt nahmen 143 Studierende der Unternehmensführung und 97 Studierende der Physiotherapie an der Befragung teil. Ausgewertet wurden die Fragebögen mit dem Statistikprogramm SPSS 19.

In den Kapiteln 4 bis 7 werden zuerst theoretische Inhalte und dann die Ergebnisse der Erhebung dargestellt.

Den Abschluss der Arbeit bildet die Zusammenfassung, bei der noch einmal die wichtigsten Ergebnisse festgehalten werden sollen.

2. Begriffsdefinitionen

In diesem Teil der Arbeit wird ein Überblick zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Gesundheitsbewusstsein“ gegeben. Dies dient dazu, ein einheitliches Bild und Verständnis der beiden Begriffe zu formen. Dafür werden die Meinungen verschiedener Autor/innen miteinander verglichen. Diese Gegenüberstellung soll dabei helfen, mögliche aufkommende Widersprüche vorwegzunehmen und beide Ansätze einheitlich zu verstehen..

2.1 Gesundheit

Die Definition des Begriffes „Gesundheit“ der World Health Organization (WHO) aus dem Jahre 1948 lautet:

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

Die Definition im Roche Lexikon für Medizin (2003, S.701) scheint eine Übersetzung der Definition der WHO in das Deutsche zu sein. „Gesundheit“ ist demnach der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Bei der Beschreibung der Gesundheit reicht nicht mehr nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Eine Definition auf dieser Grundlage wäre heutzutage unvollständig.

In dem Buch Sozialmedizin von Brüggemann wird neben der Definition der WHO noch ein weiterer Gesundheitsbegriff formuliert:

In diesem Sinne ist Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltägliche Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Sie ist kein statischer Zustand sondern bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen Ressourcen und Belastungen mit dem Ziel, Balance herzustellen oder zu halten. (Brüggemann 2007, S. 195)

Faltermaier (1994, S. 1-2) sieht die Gesundheit zunächst als einen schillernden Begriff, der alltäglich verwendet wird, in der Wissenschaft aber eher gemieden wird, da er schwer zu definieren ist. Dadurch, dass der Begriff in aller Munde ist gilt die Gesundheit auch als hoher Wert für den es sich lohnt einzusetzen und etwas auszugeben. Er sieht die Gesundheit für viele Menschen als das höchste Gut und in gewissem Maße als den Inbegriff von Leben (Faltermaier, 1994, S. 11).

Faltermaier definiert die Gesundheit folgendermaßen:

Gesundheit ist eine bestimmte Befindlichkeit des Körpers und der Psyche, wenn man will ein Wohlbefinden; sie impliziert eine relative Freiheit von Beschwerden, Beeinträchtigungen und Krankheit, aber beschränkt sich nicht darauf. Das Erleben von Gesundheit setzt auf jeden Fall eine Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion des Individuums voraus. Gesundheit bedeutet somit ein bestimmtes Verhältnis des Individuums zu seinem Körper und zu seiner Psyche [...]. (Faltermaier, 1994, S. 57)

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Gesundheit im Vergleich zur Krankheit schwer erkennbar ist, da sie sich nicht bemerkbar macht und nicht auffällt. Und Gesundheit ist kein statischer Zustand, da sie immer wieder hergestellt werden muss (Faltermaier, 1994, S. 57).

Weiß (1997, S. 12) zufolge ist die Gesundheit nicht nur von körperlichen, persönlichen und psychischen Vorgaben abhängig sondern sie ist auch sozial bestimmt, weil eine Beurteilung der Gesundheit von den vorherrschenden Bedingungen in der Lebenswelt abhängt.

2.2 Gesundheitsbewusstsein

Die Definition des Gesundheitsbewusstseins dient einerseits, um zu verstehen, was in der Literatur unter diesem Begriff verstanden wird und andererseits auch um darzustellen, wie man diesen messbar machen kann.

Um das Gesundheitsbewusstsein ausreichend verstehen zu können, muss man das Körperbewusstsein kennen, das heißt, Gesundheitsbewusstsein baut auf Körperbewusstsein auf und ist gewissermaßen ein Ergebnis dieses

Bewusstseins. Es ist die Aufmerksamkeit und Beachtung, die man dem Körper widmet, um ihn gesund zu erhalten. Das Körperbewusstsein ließe sich als Summe der bewussten und unbewussten Beziehungen zum Körper bezeichnen, z.B. Wahrnehmung von Körperäußerungen, Art der instrumentellen Beziehung zum Körper, Selbsteinschätzung, Umgang und Kontrolle. (Weiß & Russo, 1997, S.30)

Aus dieser Definition lässt sich erkennen, dass das Gesundheitsbewusstsein die aktiven Handlungen inkludiert, die gesetzt werden, um den eigenen Körper gesund zu halten.

Faltermaier (1994, S.163) sieht die Definition des Gesundheitsbewusstseins als „ein komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biographischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden.“

Weiß setzte sich auch mit der Operationalisierung des Begriffes Gesundheitsbewusstsein auseinander. Als Hauptvariablen stellten sich Bewegung und Sport, Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen und Alkohol und Nikotin heraus. Daraus ergeben sich weitere Indikatoren, die in Erhebung eingearbeitet werden sollten um effektive Ergebnisse zu erhalten. Die Ergebnisse machen es möglich das Gesundheitsbewusstsein der Studiengruppen zu vergleichen und damit tragen sie dazu bei die Forschungsfrage zu beantworten.

Die unten angeführte Abbildung gibt einen Überblick über die Operationalisierung des Begriffes Gesundheitsbewusstsein nach Weiß.

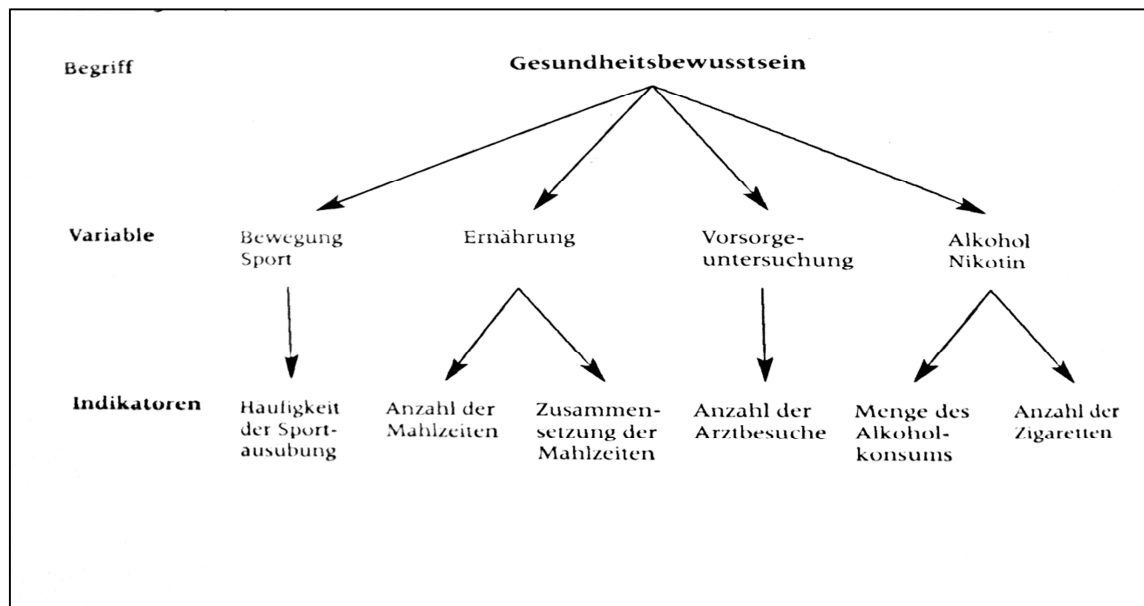


Abb. 1: Operationalisierung Gesundheitsbewusstsein (Weiß, 1999, S. 26)

Nach dieser Strukturierung wurde dann auch der Fragebogen für die Untersuchung erstellt.

3. Methodik

In diesem Teil der Arbeit wird die Methodik der Untersuchung beschrieben und dazu werden auch noch theoretische Inputs gegeben, mit der die Wissenschaftlichkeit sichergestellt wird.

Durchgeführt wurde die empirische Untersuchung mittels einer quantitativen Online-Befragung. Der Fragebogen wurde mit Hilfe des Programmes Globalpark erstellt. Dabei handelt es sich um eine Online Befragungssoftware für Student/innen sowie Dozent/innen an Universitäten und Fachhochschulen. Um auch unangenehme Fragen beantworten zu können, wurde die Befragung anonym durchgeführt.

3.1 Onlinefragebogen

Für die Erhebung der Daten wurde die Methode des standardisierten Onlinefragebogens gewählt.

Laut Kallus (2010, S. 11) dient ein Fragebogen zur Erfassung von Informationen und zur Beschreibung von Personenmerkmalen.

Standardisiert bedeutet, dass die Antworten auf die Fragen in Kategorien zusammengefasst werden (Atteslander 2010, S. 144). Die Kategorien sind in diesem Fall die Indikatoren, welche das Gesundheitsbewusstsein messbar machen.

Die Wahl zur Erhebung der Daten fiel auf einen Onlinefragebogen, da dieser es ermöglicht, in möglichst kurzer Zeit eine große Anzahl an Proband/innen zu erreichen und dies ohne großen Mehraufwand. Und der zeitliche Aufwand ist geringer als bei qualitativen Interviews. Ein weiterer Vorteil ist die Verarbeitung und die statistische Auswertung der gewonnen Daten.

Weil die Onlinebefragung bzw. Befragung mit Hilfe von Fragebögen nicht nur Vorteile hat, wurden. Nachteile, die in der Literatur gefunden wurden, beispielsweise dass ein Nachfragen nicht möglich ist und somit die Fragen sehr präzise und verständlich gestellt werden müssen, mit Hilfe von Pretests überprüft.

3.2 Pretest

Bei Pretests werden Personen ausgewählt, die den Fragebogen für Testzwecke bereits vor der eigentlichen Erhebung ausfüllen. Dadurch sollen schon im Vorfeld Ungereimtheiten und Unverständlichkeiten bei den Fragestellungen vorgebeugt werden. Dies sollte man bei jeder Erhebung, die mit einem Fragebogen durchgeführt wird, machen. Noch notwendiger ist der Pretest, wenn man keine Erfahrung in der Konstruktion von Fragebögen hat (Kirchhof 2006, S. 24).

Laut Raab- Steiner und Benesch (2008, S. 59) prüft ein Pretest folgende Kriterien:

- Verständlichkeit der Fragen
- Layout
- Länge/ Dauer der Beantwortung
- Platzressourcen bei offenen Fragen
- Richtungsweiser bei manchen Fragen
- Sprachliche Abstimmung auf die Zielgruppe
- Antwortformate

Im Falle des Autors wurden die Pretests mit Studenten und Studentinnen der FH Wien durchgeführt, welche nicht an der Befragung teilnahmen. Insgesamt wurde der Pretest mit 10 Studierenden durchgeführt. Dies stellte sich als sehr sinnvoll heraus, da sich noch einige Unverständlichkeiten im Fragebogen befanden, die dem Autor selbst nicht aufgefallen wären.

Die Unverständlichkeiten wurden ausgebessert und es kam zu einem zweiten Pretest, bei dem keine Missverständnisse auftraten. Dadurch war sich der Autor sicher, dass der Fragebogen für die tatsächliche Erhebung bereit war.

3.3 Aufbau des Fragebogens

Durchgeführt wird die empirische Untersuchung mittels einer quantitativen Online-Befragung. Der Fragebogen wurde mit Hilfe des Programmes Globalpark erstellt. Dabei handelt es sich um eine Online Befragungssoftware für Student/innen und Dozent/innen an

Universitäten und Fachhochschulen. Der Autor entschied sich für eine anonymisierte online Befragung, da dadurch auch unangenehme Fragen beantwortet werden können.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 21 Fragen, die auf das Gesundheitsbewusstsein der befragten Personen abzielen. Natürlich wurde am Anfang des Fragebogens auf die Anonymität hingewiesen.

Als erstes wurden die soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Körpergewicht und Körpergröße) erhoben. Der weitere Fragebogen gliederte sich in die folgenden Themenblöcke:

- Ärztliche Untersuchungen
- Ernährung
- Trink- und Rauchgewohnheiten
- Schlafgewohnheiten
- Sportliche Betätigung

Die einzelnen Themenblöcke entstanden in Anlehnung an die Operationalisierung des Begriffes Gesundheitsbewusstsein nach Weiß (1999, S.26). Die Fragestellungen zu den einzelnen Themenblöcken entstanden in Anlehnung an diverse frühere Diplomarbeiten zum Thema Gesundheitsbewusstsein (Berneder, 1992, Gatterer, 2005, Haidn, 1993) und wurden speziell an die zu untersuchenden Studierenden angepasst.

Bei den Fragen handelt es sich zum Großteil um geschlossene Fragen, die sich je nach Angabe zwischen Einfach- und Mehrfachauswahl unterscheiden. Die Druckversion des Fragebogens lässt sich im Anhang wiederfinden.

3.4 Untersuchungsdesign

Der Fragebogen wurde unter Rücksprache mit Prof. Dr. Otmar Weiß und Mag^a. Christina Mogg und nach Einarbeitung der Verbesserungsvorschläge fertiggestellt und in die Online-Befragungssoftware Globalpark eingegeben. Sobald die Erstellung des Online-Fragebogens vollständig erledigt war, wurde der Link zu dem Fragebogen zuerst auf die Moodle-Plattform des Studienganges Unternehmensführung Jahrgang 2012 gestellt. Dies hatte zur Folge, dass jede und jeder Studierende eine Benachrichtigung via Email bekommt

in dem erläutert wird, dass ein neues Thema in dem Forum erstellt wurde. Dieses Email enthält auch den Link zu dem Online-Fragebogen.

Für die Student/innen der Physiotherapie wurde der Link mit dem Fragebogen und Begrüßungstext an die Sekretariate der Studienleitung der FH Krems und FH St. Pölten geschickt. Von dort wurden diese dann an die Physiotherapiestudenten per Mail weitergeleitet.

Um ein wissenschaftlich fundiertes Ergebnis zu erzielen, wurde angestrebt, 100 ausgefüllte Fragebögen aus beiden Studienrichtungen zu haben. Dies wurde bei den Student/innen der Unternehmensführung nach nicht einmal 48 Stunden erreicht. Insgesamt waren es 143 Fragebögen, die komplett ausgefüllt wurden. Bei den Studierenden der Physiotherapie wurde der Angestrebte Wert mit 97 leider knapp verfehlt. Dies hat aber keinen Einfluss auf die Gültigkeit der Daten.

Ausgewertet wurden die gesammelten Daten mit dem Statistikprogramm SPSS. Durchgeführt wurden Häufigkeitsverteilungen getrennt nach Studiengängen und Geschlecht, sowie statistische Test zur Signifikanzüberprüfung von Unterschieden.

Es wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,5$ gewählt.

3.5 Hypothesen

Bei Hypothesen handelt es sich um den Bezugsrahmen der Forschung. Sie stellen den Grund dar, warum bestimmte Fragen gestellt werden. Das Ziel ist es, Antworten zu bekommen, die als Daten zur Überprüfung der Hypothesen dienen sollen (Kromrey 2009, S. 347).

Das Ziel dieser Arbeit ist, zu untersuchen welcher der beiden Studiengänge ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein besitzt.

Um den Begriff Gesundheitsbewusstsein messbar zu machen, wird dieser in unterschiedliche Variablen aufgeteilt, aus denen sich auch die Gliederung des Fragebogens ergibt. Da es mehrere Variablen gibt, ergeben sich auch weitere Arbeitshypothesen, aus denen sich am Ende auf das Gesundheitsbewusstsein der Studierenden schließen lässt. Deshalb stellte der Autor für jedes Teilgebiet des Fragebogens eine eigene Hypothese auf.

- Body Mass Index

H02: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Body Mass Index zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Vorsorgeuntersuchungen

H03: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Ernährung

H04: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Ernährung zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Trinkverhalten

H05: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Trinkverhaltens alkoholischer Getränke zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Rauchverhalten

H06: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Rauchverhaltens zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Schlafgewohnheiten

H07: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Schlafgewohnheiten zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

- Sportverhalten

H08: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Sportverhaltens zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

4. Befragte Fachhochschulen

In diesem Teil sollen die Fachhochschulen an denen die Online Befragungen durchgeführt worden sind, sowie deren Studiengänge vorgestellt werden. Wie schon einleitend erwähnt wurde die Befragung an der FH Wien-Studiengänge der WKW, an der FH St. Pölten und an der FH Krems durchgeführt.

4.1 FH Wien-Studiengänge der WKW

Die FH Wien eine der führenden Fachhochschulen im Bereich Management und Kommunikation. Angefangen hat die FH mit dem Studiengang Tourismus-Management, mittlerweile wurde auf die folgenden acht Studiengänge ausgebaut:

- Finanz-, Rechnungs- & Steuerwesen
- Immobilienwirtschaft
- Journalismus & Medienmanagement
- Kommunikationswirtschaft
- Marketing & Sales
- Personal- & Wissensmanagement
- Tourismus
- Unternehmensführung - Entrepreneurship

Diese Studiengänge werden jeweils als Bachelor- und Masterstudiengang angeboten. Die Bachelorstudiengänge werden als Vollzeit und Berufsbegleitend, die Masterstudiengänge nur mehr berufsbegleitend angeboten.

2011 studierten insgesamt 2.037 Personen an der FH Wien, davon 1.331 berufsbegleitend und 976 als Vollzeit-Studierende. Die Geschlechterverteilung liegt ungefähr bei 60% weiblichen Studierenden und 40% männlichen Studierenden.

Im Studiengang Unternehmensführung, in welchem auch die Befragung durchgeführt wurde, ist die Verteilung der Student/innen mit 367 männlichen und 293 weiblichen

Studierenden anders verteilt als in der gesamten FH. Für den Bachelorstudiengang werden jährlich ca. 100 Vollzeit-Studierende und 70 berufsbegleitend Studierende aufgenommen.

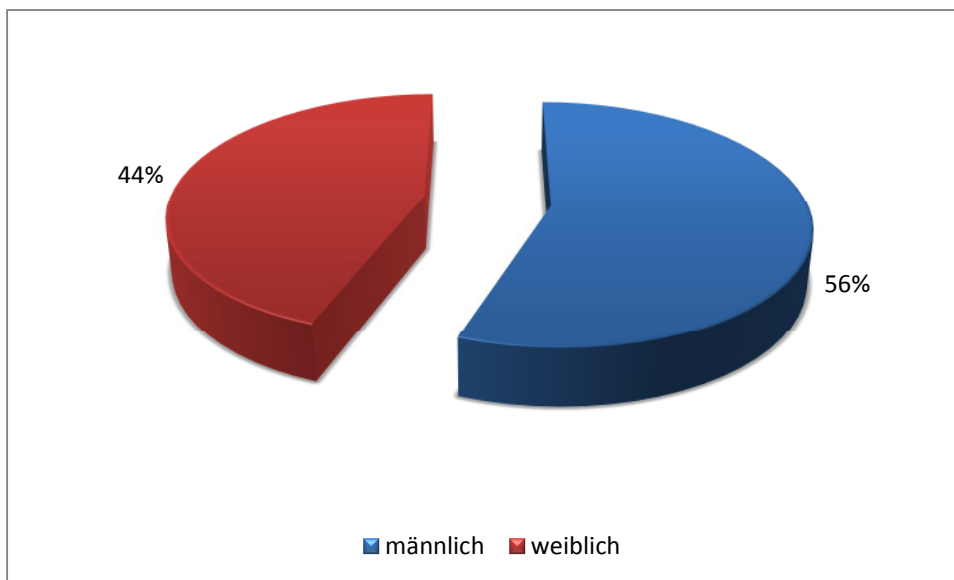


Abb. 2: Geschlechterverteilung im Studiengang Unternehmensführung an der FH Wien

Insgesamt haben am Institut für Unternehmensführung bisher 1613 Studierende ihre Ausbildung positiv abgeschlossen (FH Wien)

4.2 FH St. Pölten

Auf der Fachhochschule St. Pölten werden insgesamt neun Bachelor- und 7 Masterstudiengänge angeboten. Die Studiengänge, die mit einem Bachelor abgeschlossen werden, sind:

- Medienmanagement
- Media- und Kommunikationsberatung
- Medientechnik
- Industrial Simulation
- IT Security
- Eisenbahn- Infrastrukturtechnik
- Diätologie
- Physiotherapie
- Soziale Arbeit

Bis auf Diätologie und Physiotherapie werden alle Studiengänge auch als Masterstudien angeboten.

Die Befragung wurde im Studiengang Physiotherapie durchgeführt, in dem sich zum Befragungszeitpunkt ca. 100 Studentinnen und Studenten befanden. Aufgenommen werden pro Studienjahr jeweils 40 Personen. Die Verteilung der Geschlechter kann in diesem Studiengang leider nicht ermittelt werden, weil die Daten dazu nicht zugänglich waren. Insgesamt studierten 1.804 Personen an der FH St. Pölten, davon waren 952 weibliche und 852 männliche Studierende. Die Geschlechterverteilung liegt daher bei 53% weiblichen Studierenden und 47% männlichen Studierenden

4.3 FH Krems

Gegründet wurde die Fachhochschule Krems im Jahre 1994. Seither werden Studien in den folgenden Bereichen angeboten.

- Wirtschaftswissenschaften
- Gesundheitswissenschaften
- Life Sciences

Insgesamt gibt es 11 Bachelor- und 10 Masterstudiengänge mit insgesamt 2.050 Studentinnen und Studenten.

Auch hier wurde die Befragung im Studiengang Physiotherapie durchgeführt. Jedes Jahr stehen 40 Studienplätze zur Verfügung, was bedeutet, dass zum Zeitpunkt der Befragung in etwa 100 bis 120 Studierende diesen Studiengang besuchten (FH Krems).

5. Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen

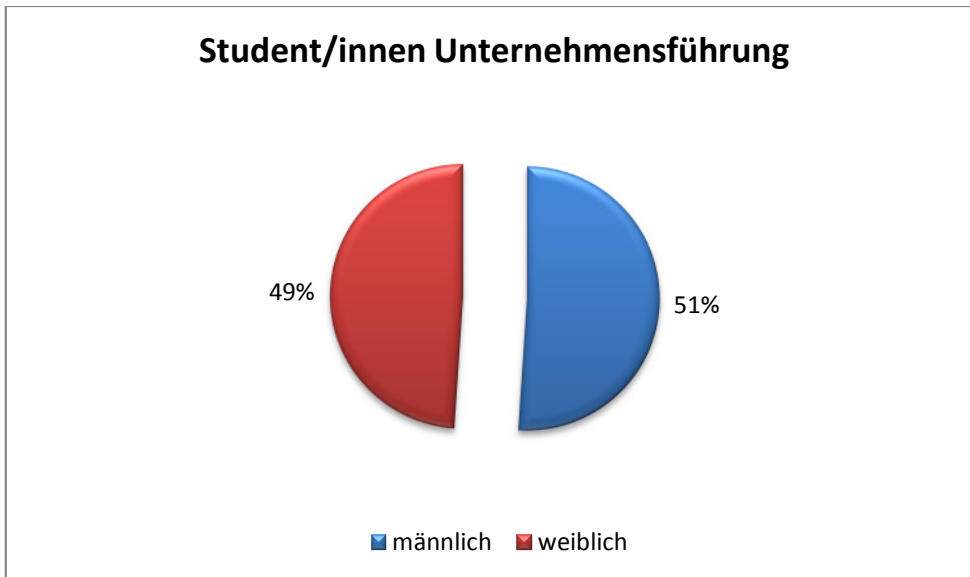
- Demographische Daten
- Body Mass Index
- Vorsorgeuntersuchungen
- Alkohol
- Rauchen
- Körperliche Betätigung und Sport
- Ernährung
- Schlafgewohnheiten

vorgelegt und durch graphische Darstellungen veranschaulicht. Außerdem werden zu jedem Punkt theoretische Hintergründe geliefert, durch welche die Ergebnisse bewertet werden können.

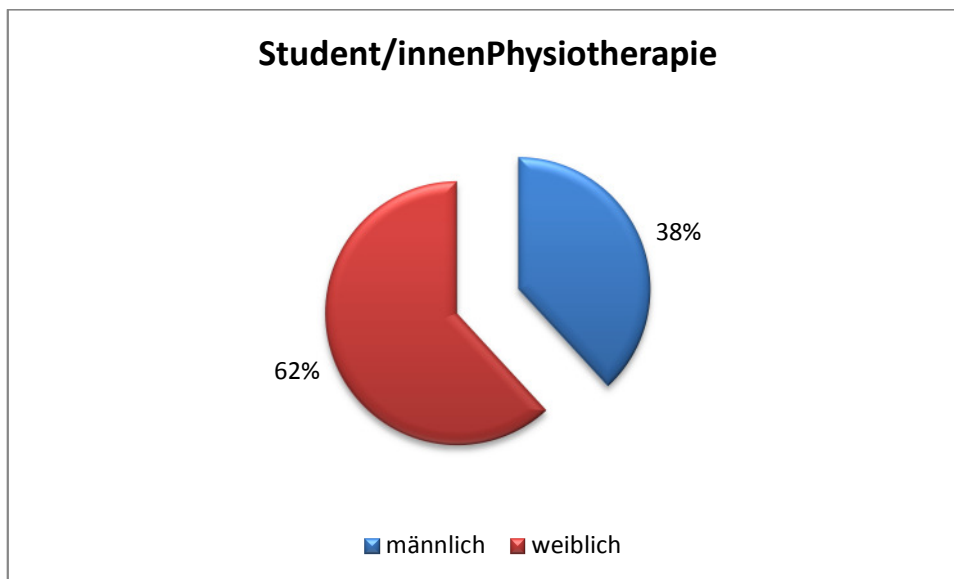
5.1 Demographische Daten

Am Beginn des Fragebogens wurde die Frage nach der Fachhochschule, an der die jeweilige Person studiert, gestellt. Wurde FH Wien ausgewählt, kam auch noch eine Frage zu der Studienform, sprich Vollzeit oder Berufsbegleitend. Zur Erhebung der demographischen Daten wurde nach dem Geburtsjahr, der Körpergröße, dem Gewicht und dem Geschlecht gefragt. Aus dem Geburtsjahr wurde das Alter errechnet und die Körpergröße und das Körpergewicht waren notwendig, um in weiterer Folge den Body Mass Index errechnen zu können.

In den folgenden Abbildungen sieht man die Geschlechterverteilung in den Studiengängen Unternehmensführung und Physiotherapie.



**Abb. 3: Geschlechterverteilung Studiengang Unternehmensführung der FH Wien
(n= 143, Angaben in gültigen Prozent)**

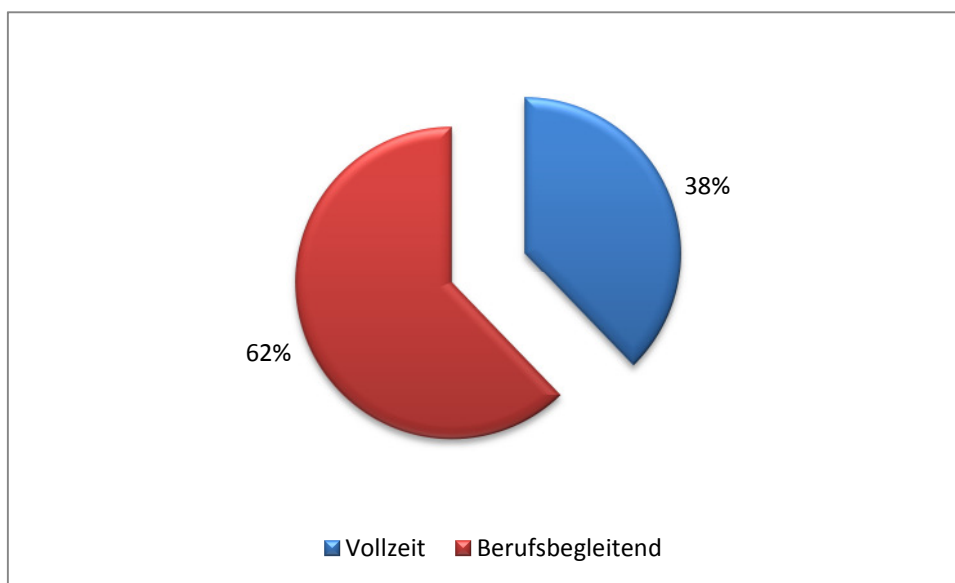


**Abb. 4: Geschlechterverteilung Studiengang Physiotherapie
(n= 97, Angaben in gültigen Prozent)**

Bei den Studierenden der Unternehmensführung lässt sich eine Ausgewogenheit bezüglich der Geschlechterverteilung erkennen. Dies ist eher zufällig und spiegelt nicht ganz das Verhältnis des gesamten Studienganges wieder, der, wie schon im letzten Kapitel erwähnt wurde, bei 44% weiblichen und 56% männlichen Studierenden liegt. Insgesamt haben 147 Studentinnen und Studenten der Unternehmensführung an der Befragung teilgenommen.

Bei den Studierenden der Physiotherapie zeigt sich ein nicht ganz so ausgewogenes Bild. 62% der Befragten waren weiblich und 38% männlich. Dies war aber aufgrund des hohen weiblichen Anteils an Studierenden zu erwarten. Insgesamt nahmen 97 angehende PhysiotherapeutInnen an der Online-Befragung teil. Wenn man davon ausgeht, dass in Krems und St. Pölten jeweils maximal 120 Studierende in diesem Studiengang vertreten sind, ist eine Beteiligung von ca. 40% sehr zufriedenstellend.

Die nächste Abbildung zeigt, wie die Verteilung zwischen Vollzeitstudierenden und berufsbegleitend Studierenden aussieht.



**Abb. 5: Verteilung vollzeit und berufsbegleitend Studierende der FH Wien
(n= 143, Angaben in gültigen Prozent)**

Der hohe Anteil an Berufsbegleitenden lässt sich darauf zurückführen, dass der Masterstudiengang Unternehmensführung nur Berufsbegleitend angeboten wird.

Bei der Berechnung des Alters lässt sich erkennen, dass hier die Ausgewogenheit in den einzelnen Gruppen nicht so groß ist. Eingeteilt wurden die befragten Personen in Altersgruppen von 18 – 20 Jahren als Studienbeginner/innen, 21 – 23 als Student/innen die sich in der Mitte des Studiums befinden, 24 – 26 Jahren als die Gruppe, die gerade mit dem Studium fertig wird und sich auf Jobsuche begibt und die beiden letzten Gruppen 27 – 29 und älter als 30 entstanden, da Unternehmensführung auch berufsbegleitend angeboten wird. Die Gruppe der Langzeitstudent/innen gibt es in diesem Fall nicht, da das durch das System der Fachhochschulen nicht möglich ist. Das bedeutet, dass jedes Semester spätestens mit Beginn des darauffolgenden positiv abgeschlossen werden muss. In der

untenstehenden Abbildung sind die Altersgruppen der beiden Studiengänge graphisch dargestellt.

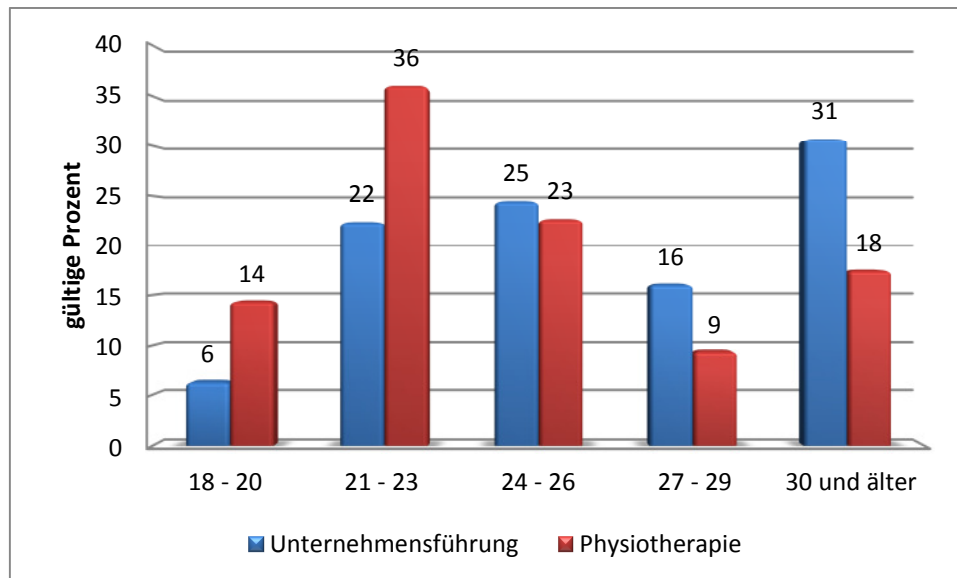


Abb. 6: Altersgruppen im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Wie sich aus der Abbildung erkennen lässt, sind 36% der Personen des Studienganges Physiotherapie zwischen 21 und 23 Jahren. Bei dem Studiengang Unternehmensführung ist die größte Altersgruppe jene, die 30 Jahre und älter sind. Dies lässt sich auf den hohen Anteil der berufsbegleitend Studierenden zurückführen. Der Altersdurchschnitt im Studiengang Unternehmensführung beträgt 27,9 Jahre und bei Physiotherapie 24,9 Jahre. Das bedeutet, dass die Studierenden der Unternehmensführung im Schnitt drei Jahre älter sind als ihre Studienkolleginnen und –kollegen aus dem Bereich Physiotherapie. Der älteste Teilnehmer bzw. die älteste Teilnehmerin war bei Unternehmensführung 59 Jahre alt und bei Physiotherapie 44 Jahre. Dem gegenüber stehen die jüngsten Teilnehmer/innen mit jeweils 19 Jahren in beiden Gruppen.

5.2 Body Mass Index

Voraussetzungen für Lebensqualität stellen die Faktoren Gesundheit und Wohlbefinden dar. Durch sie wird auch Konstitution und Leistungsfähigkeit bestimmt. Insgesamt sind aber alle diese Größen in bestimmtem Maße von dem individuellen Körpergewicht des jeweiligen Menschen abhängig. Um das beurteilen zu können, eignet sich der Body Mass Index, auch BMI genannt, besonders gut. Der BMI ist eine weltweit anerkannte Methode, um das Körpergewicht objektiv und wissenschaftlich zu bewerten. Der errechnete BMI-Wert eines Menschen stellt den Ist-Zustand für sein Körpergewicht dar. Bestehen große Unterschiede zwischen dem Soll- und dem Ist-Gewicht, kann dies zu Gefährdungen durch Krankheiten und eine verringerte Lebenserwartung führen (Martin, 2005, S. 5).

Um Unterschiede beim Körpergewicht von Vergleichsgruppen aufzuzeigen könnte, auch die Berechnung des Normalgewichtes nach BROCA verwendet werden, die lautet:

$$\text{Normalgewicht in kg} = \text{Körpergröße in cm} - 100$$

Die bessere Methode stellt aber die Berechnung des BMI dar und dient auch einer schnellen Beurteilung von Über- und Untergewicht und dadurch ausgelösten Gesundheitsrisiken. Besonders bedeutend ist aber der Zusammenhang zwischen BMI und Körperfettgehalt, welcher aus der Körperdichte berechnet wird. Die Korrelation beträgt in etwa 0,7 bis 0,8 (Elmadfa & Leitzmann, 2004, S. 26).

Zur Berechnung des BMI wird die allgemein gültige Formel verwendet:

Körpergewicht

Körpergröße²

Um zu einem korrekten Ergebnis zu kommen, müssen das Körpergewicht in Kilogramm und die Körpergröße in Meter angegeben werden. Er gilt als das beste indirekte Maß für die Körperfettmasse. Allerdings wird der BMI durch den Körperbau und die Muskelmasse beeinflusst, sodass Personen mit einer großen Muskelmasse nach dieser Formel als übergewichtig gelten können (Statistik Austria 2007, S.32).

Als Einteilungsgrundlage für die unterschiedlichen Kategorien des BMI dienten die Vorgaben der World Health Organisation (WHO) und jene die bei der österreichischen Gesundheitsbefragung im Jahre 2006/2007 verwendet wurden, die kurz dargestellt werden.

Tab. 1: Klassifikation BMI nach WHO

Kategorisierung	BMI (kg/m²)
Kritisches Untergewicht	<16,0
Untergewicht	16,0 – 18,4
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25,0 – 29,9
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9
Adipositas Grad III	>40,0

Quelle: www. apps.who.int 2012

Für die weitere Auswertung wird die Einteilung verwendet, die bei der Gesundheitsbefragung angewendet wurde, um die Ergebnisse gut vergleichbar zu machen.

Tab. 2: Klassifikation BMI bei der Gesundheitsbefragung

Kategorisierung	BMI (kg/m²)
Untergewicht	<18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25,0 – 29,9
Adipositas	≥30,00

Quelle: Gesundheitsbefragung 2006/2007

Laut Elmadfa und Leitzmann (2004, S.26) liegt der Wert des BMI mit der geringsten Mortalität bei Männern zwischen 20 und 25 kg/m² und bei Frauen zwischen 19 und 24 kg/m².

Die oben angeführten Grenzen gelten für jüngere Menschen. Für Volkert (1997, S. 164) ist es klar, dass sich die vorhersagbare Bedeutung des Körpergewichts mit dem Alter ändert und das anzustrebende Gewicht im Alter höher liegt als bei Personen im jüngeren und mittleren Lebensalter. Studien zeigten, dass ein niedriges Körpergewicht bei älteren Menschen mit erhöhter Morbidität und Mortalität in Zusammenhang steht. Hingegen scheint leichtes Übergewicht keine medizinischen noch körperlichen Nachteile nach sich zu ziehen sondern eher von Nutzen zu sein. Im Falle von Krankheiten oder Zeiten unzureichender Nahrungsaufnahme wird der Energiebedarf durch die vorhandenen Fettspeicher gedeckt. Trotzdem sollte betont werden, dass deutliches Übergewicht auch im höheren Alter nicht angestrebt werden soll, da es auch hier das Risiko für Gesundheitsstörungen wie Diabetes, Bluthochdruck und Arthrose erhöht.

5.2.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Um den Body Mass Index der einzelnen Personen zu ermitteln, wurde nach dem Körpergewicht und der Körpergröße gefragt. Dadurch konnte eine neue Variable mit dem BMI jeder befragten Person ermittelt werden. Danach wurden die einzelnen Werte noch in die oben angeführten Kategorien eingeteilt. So konnte der BMI der Student/innen der Unternehmensführung jenen der Physiotherapeuten gegenübergestellt werden. Das Ergebnis ist in der nächsten Abbildung ersichtlich.

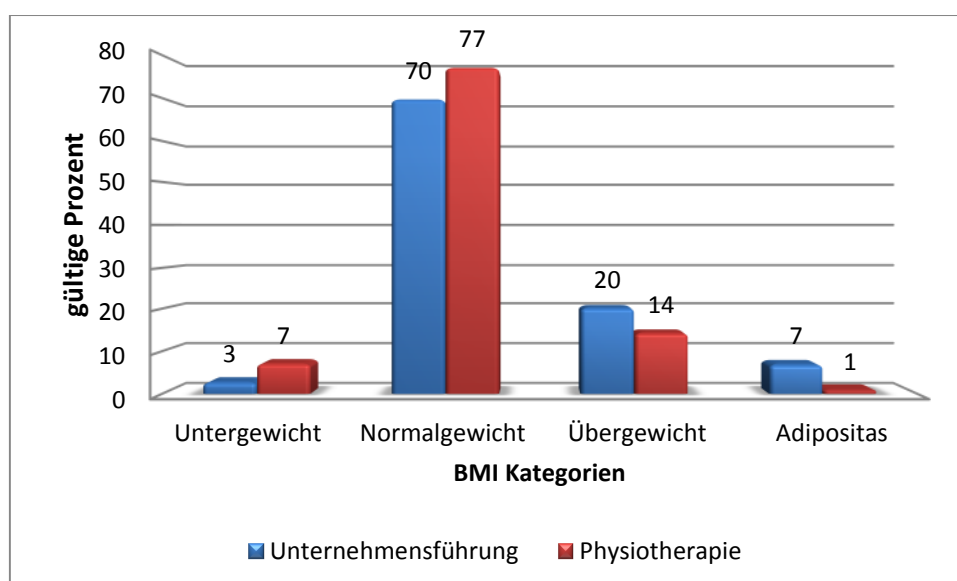


Abb. 7: BMI im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Wie Abbildung 7 zeigt, fallen 70% der Befragten im Studiengang Unternehmensführung und 77% der Physiotherapie Studierenden in die Kategorie Normalgewicht. Erschreckend ist, dass 20 bzw. 14 Prozent der Studentinnen und Studenten übergewichtig sind und dazu 7% der Unternehmensführung an Adipositas leiden und bei den Physiotherapeuten nur 1 Prozent, was in diesem Fall nur einer Person entspricht. Untergewichtig sind dafür nur 3% der Studierenden von Unternehmensführung und 7 Prozent des Studienganges Physiotherapie. Dies kann aber damit zusammen hängen, dass rund 2/3 der Befragten Physiotherapie Studierenden weiblichen Geschlechtes sind und dadurch eher zu Untergewicht neigen als Männer.

Um diese Ergebnisse mit der österreichischen Bevölkerung vergleichen zu können, wurden die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria verwendet. Dabei wurde auch der BMI erhoben, dargestellt in der Abbildung 8.

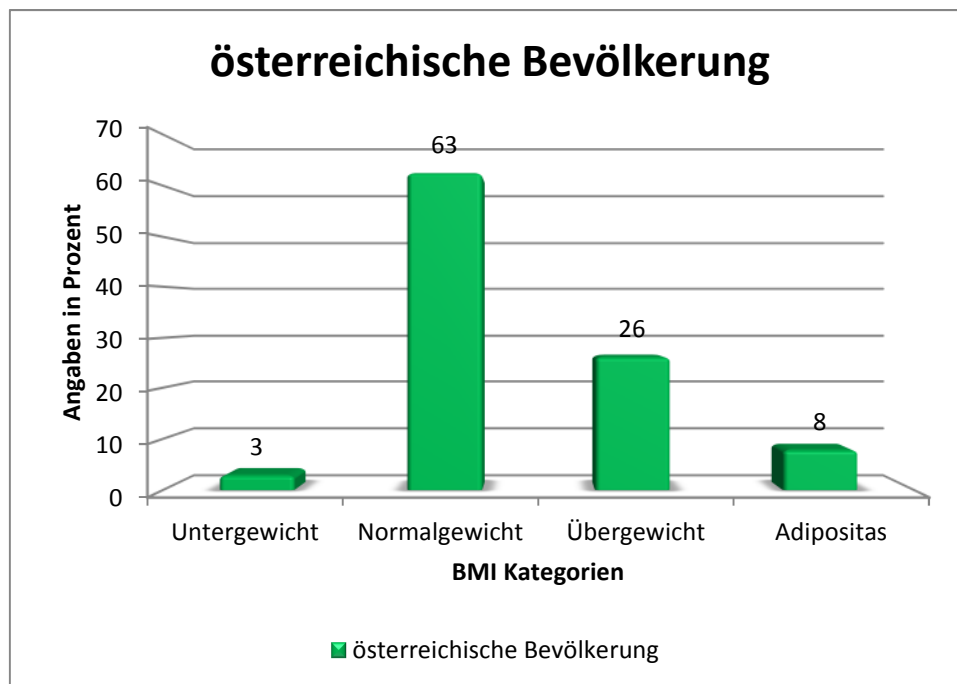


Abb. 8: BMI Verteilung Österreich
(Gesundheitsbefragung 2006, S.34)

In der oberen Abbildung wird der BMI der österreichischen Frauen und Männer im Alter von 20 bis 44 Jahren dargestellt. Die Berechnung wurde mit den Daten aus der Gesundheitsbefragung aus dem Jahre 2006/2007 gemacht. Der BMI wurde deshalb für diesen Altersabschnitt berechnet, da auch die untersuchten Studiengruppen in diesen Altersbereich fallen. Dadurch kann man die Studentinnen und Studenten mit den

Österreicherinnen und Österreichern vergleichen. Dies folgt in den beiden unten angeführten Abbildungen. Zuerst werden die männlichen BMI-Werte verglichen und im Anschluss die der Frauen.

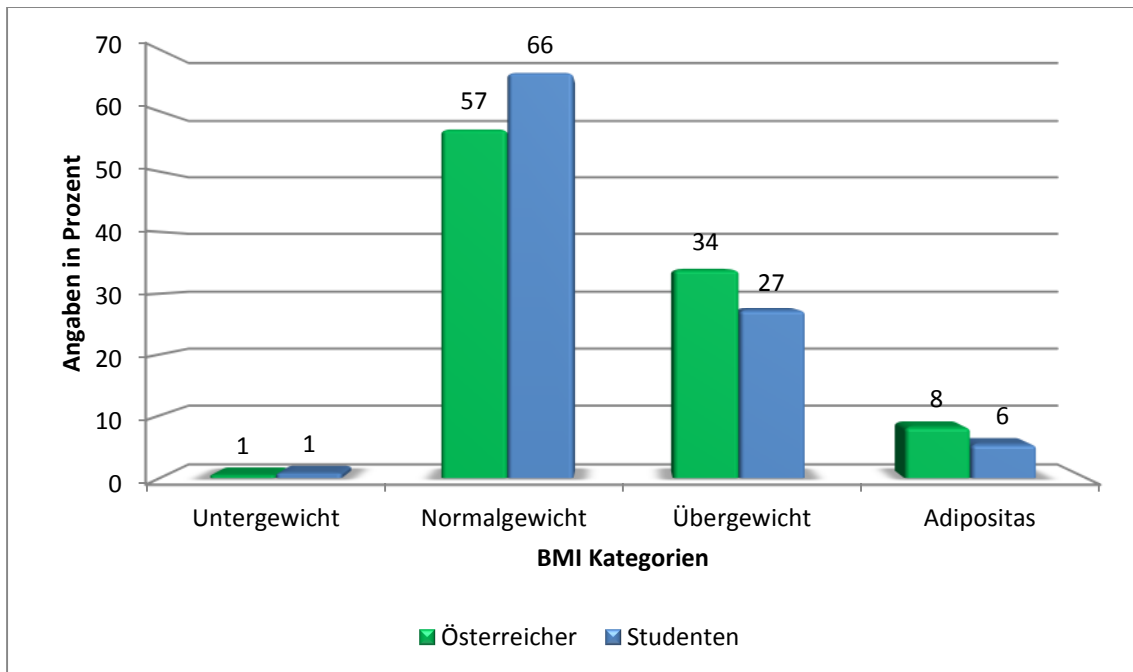


Abb. 9: Vergleich BMI Studenten (n=110) und Österreicher

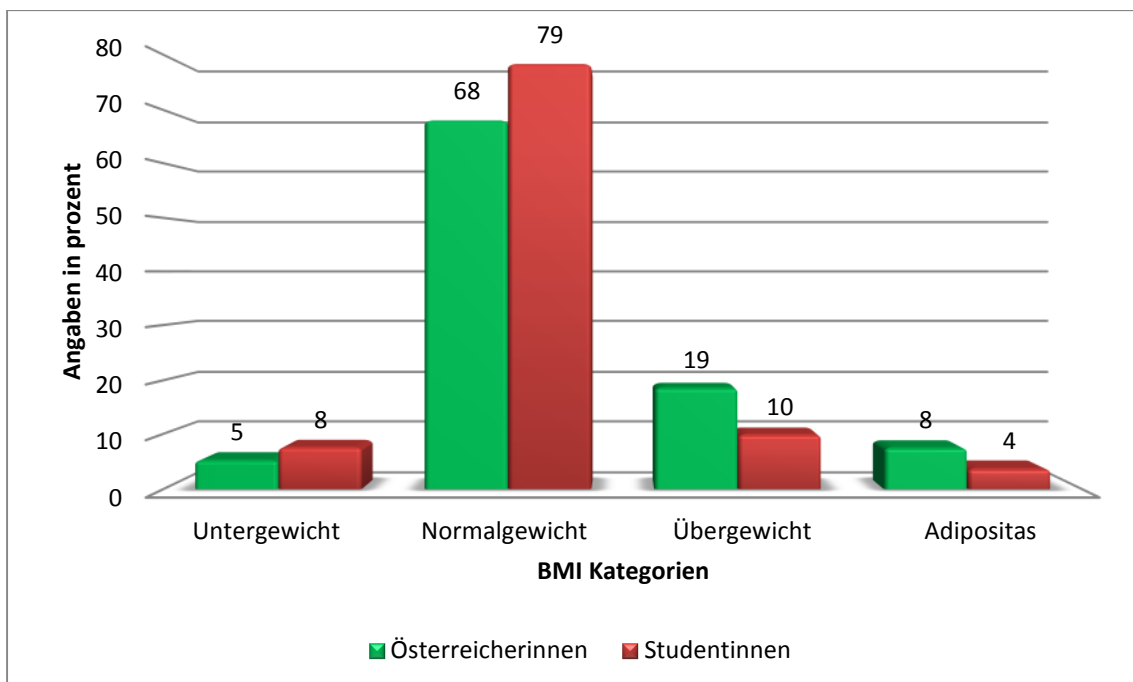


Abb. 10: Vergleich BMI Studentinnen (n=130) und Österreicherinnen

Wie die Abbildungen 9 und 10 zeigen, sind die Werte ähnlich verteilt. Bei den Studentinnen und Studenten ist die Prozentzahl der Normalgewichtigen allerdings in beiden Fällen um ungefähr 10 Prozent höher. Außerdem fallen auch weniger Personen in den Bereich des Übergewichtes im Vergleich zu der österreichischen Bevölkerung. Trotzdem weisen die Österreicher im Alter von 20 bis 44 Jahren und die Studierenden eine ähnliche Verteilung auf.

Laut Statistik Austria (2007, S. 32) weisen Männer in allen Altersgruppen öfter Übergewicht auf als Frauen. Dafür gibt es in der Kategorie Adipositas bei den Frauen und Männern im Alter von 15 bis 59 Jahren keine großen Unterschiede, was bedeutet, dass Adipositas in diesem Altersabschnitt bei Frauen und Männern gleich häufig auftritt.

Insgesamt fallen 44% der Männer und 55% der Frauen in Österreich in den Bereich des Normalgewichtes. Bei den Männern sind 43% übergewichtig und sogar 12% adipös. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte in die Kategorien des Übergewichtes fallen. Bei der weiblichen Bevölkerung sind zwar nur 29% übergewichtig dafür leiden 13% unter Adipositas. Bei den Frauen ist der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen in allen Altersgruppen gestiegen, während bei den Männern der Anteil an Übergewichtigen zwar um 10 Prozent sank aber bei den Adipösen um 3% zunahm (Statistik Austria, 2007, S. 32-34).

Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im Mittelfeld und kann sich mit Ländern wie Island, Slowenien, Polen oder Spanien vergleichen (Statistik Austria, 2007, S. 34).

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H02: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Body Mass Index zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

lieferte folgende Ergebnisse:

Da die beiden Gruppen nicht normalverteilt waren, wurde mittels des Mann-Whitney-U-Testes ein p-Wert von 0,003 berechnet. Dadurch ergibt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Body Mass Index. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen mit einem Mittleren Rang von 104,30 einen geringeren BMI als die Studierenden der Unternehmensführung mit einem Mittleren Rang von 131,49.

Aus diesem Grund wird H02 verworfen und H12 angenommen:

Es besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich des Body Mass Index zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Student/innen des Studienganges Physiotherapie einen geringeren BMI aufweisen. Dies kann dazu führen, dass Student/innen der Unternehmensführung häufiger unter diversen körperlichen Beschwerden und Erkrankungen leiden, die auf Übergewicht zurückzuführen sind. Auswirkungen des Übergewichtes können sich in folgenden Formen bemerkbar machen, Diabetes, Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Bluthochdruck und Wirbelsäulenbeschwerden (Statistik Austria 2007, S.33).

Allen diesen Risiken ist durch ein Normalgewicht und damit einem BMI im Bereich von 18,5 – 24,9 entgegenzuwirken.

5.3 Vorsorgeuntersuchung

Seit 1974 ist es allen krankenversicherten Personen möglich, eine kostenlose Gesundenuntersuchung oder Vorsorgeuntersuchung machen zu lassen. Ab dem 19. Lebensjahr steht diese Untersuchung einmal im Jahr zur Verfügung. Diese besteht aus einem Basisprogramm und zusätzlich für Frauen noch aus einem gynäkologischen Programm. Einerseits ist die Gesundenuntersuchung als Mittel zur Früherkennung von Krankheiten zu sehen und andererseits auch als Instrument zur Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung (Statistik Austria, 2002, S. 48).

Die Erhebung von Statistik Austria ergab, dass nur 17,6% der Bevölkerung in Österreich ab 19 Jahren an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. Dabei gibt es fast keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Bei den Männern sind es 17,4% und bei den Frauen 17,8%. Anzumerken ist, dass die Quote der Teilnahme an der Gesundenuntersuchung mit höherem Alter zunächst zunimmt. Den Höhepunkt findet sie im Alter zwischen 55 und 64 Jahren. Danach nimmt die Beteiligungsquote wieder ab (Statistik Austria, 2002, S. 48).

Unterschiede gibt es nicht nur nach dem Alter, sondern auch nach dem Bildungsgrad. Demnach nehmen Personen mit Pflichtschulabschluss und ohne Lehrabschluss die Gesundenuntersuchung am wenigsten oft in Anspruch. Im Gegensatz dazu nehmen die Absolvent/innen von berufsbildenden höheren Schulen diese am Öftesten in Anspruch. Auffallend ist bei dieser Erhebung, dass die Teilnahmequote von Frauen mit Universitätsabschluss nur minimal über der Quote der niedrigsten Bildungsgruppe liegt. Männer mit Universitätsabschluss lagen knapp über dem Durchschnitt (Statistik Austria, 2002, S. 48).

Aber auch regionale Unterschiede treten auf. Je urbaner der Wohnort, desto höher ist auch die Teilnahme an der Gesundenuntersuchung. Einzige Ausnahme bildet Wien, hier ist die Beteiligung deutlich geringer als in Gemeinden mit hoher Agrarquote. Die höchste Beteiligung an der Gesundenuntersuchung wird bei Männern und Frauen jeweils im Burgenland und in Kärnten erreicht (Statistik Austria, 2002, S. 48).

Über die Häufigkeit einer durchgeführten Vorsorgeuntersuchung in den beiden Studierendengruppen lässt sich aus den vorherigen Informationen keine klare Annahme treffen, da es sich bei den Studiengängen um Gruppen mit vergleichbarer Bildung handelt

und es zwischen Frauen und Männern fast keinen Unterschied gibt. Einziger Punkt der erwähnenswert wäre ist, dass die Teilnahme an der Gesundenuntersuchung geringer ist als in anderen urbanen Orten. Da der Studiengang Unternehmensführung in Wien unterrichtet wird, kann man davon ausgehen, dass die Student/innen der Physiotherapie sich öfter der Gesundenuntersuchung unterziehen, als die Student/innen der Unternehmensführung.

5.3.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Die folgenden Darstellungen sollen zeigen, wie oft die untersuchten Personen die Möglichkeit der Gesundenuntersuchung wahrnehmen. Dabei ergab sich, dass 29% der Studenten und Studentinnen der Unternehmensführung und 21% der Studierenden der Physiotherapie noch nie an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen haben.

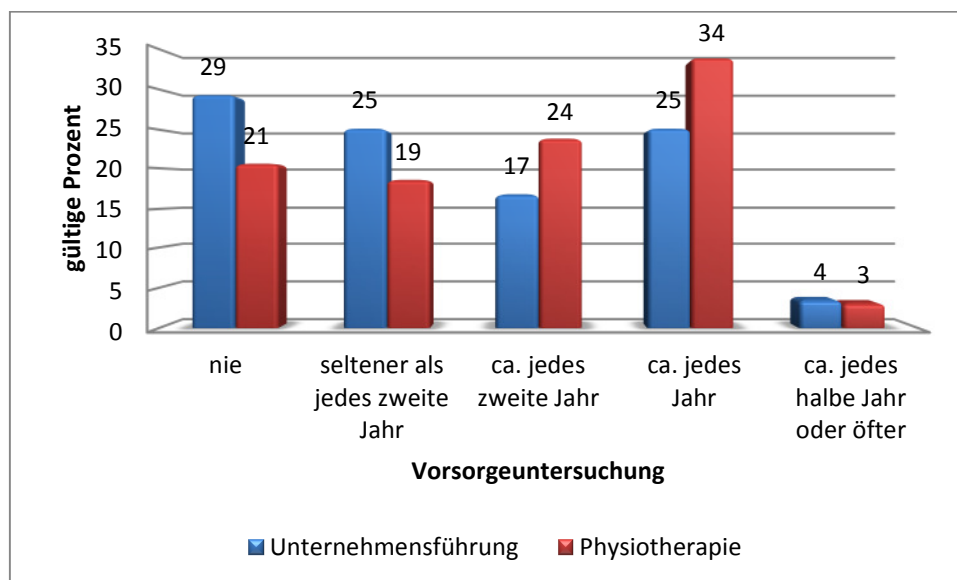


Abb. 11: Vorsorgeuntersuchung im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Wie sich erkennen lässt, machen ungefähr 1/3 der Physiotherapie Studierenden und 1/4 der Studierenden der Unternehmensführung jedes Jahr eine Vorsorgeuntersuchung und immer noch 17% bzw. 24% der Studentinnen und Studenten lassen die Untersuchung noch jedes zweite Jahr durchführen. Insgesamt haben von den Befragten 79% (Physiotherapie) und 71% (Unternehmensführung) schon einmal eine Gesundenuntersuchung gemacht und dieser Wert liegt über dem österreichischen Durchschnitt.

In der nächsten Abbildung wird dargestellt, wie die Häufigkeitsverteilung zwischen Männern und Frauen aussieht. Wie aus den Informationen von Statistik Austria hervorgeht, sollte es dabei keine großen Unterschiede geben.

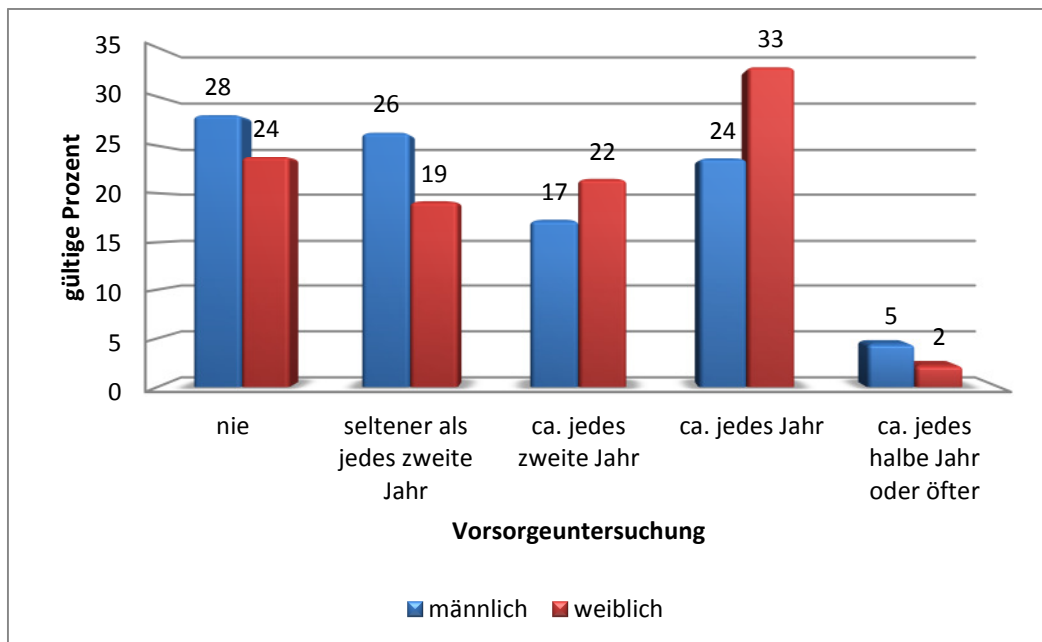


Abb. 12: Vorsorgeuntersuchung Männer/Frauen im Vergleich
(Männer n= 110, Frauen n= 130)

Es ist zu erkennen, dass ca. 10% der Frauen öfter eine jährliche Vorsorgeuntersuchung machen lassen als ihre männlichen Kollegen. Im Vergleich dazu unterscheiden sich die Männer und Frauen, die noch nie eine Vorsorgeuntersuchung gemacht haben nur um 4%. Insgesamt haben 28% der befragten Männer und 24% der Frauen noch nie die Möglichkeit einer kostenlosen Gesundenuntersuchung genutzt.

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H03: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

lieferte folgende Ergebnisse:

Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Testes, da die beiden Gruppen nicht normalverteilt waren, wurde ein p-Wert von 0,047 berechnet. Dadurch ergibt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen einen

Mittleren Rang von 130,97 und die Studierenden der Unternehmensführung einen Mittleren Rang von 113,40.

Aus diesem Grund wird H03 verworfen und H13 angenommen:

Es besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich der Vorsorgeuntersuchungen zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

Studierende des Studienganges Physiotherapie nehmen die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung öfter wahr als die Kolleg/innen des Studienganges Unternehmensführung. Dadurch können Krankheiten früher erkannt und geheilt und Folgekrankheiten vermieden werden. Durch diese präventive Maßnahme wird die Lebensqualität der Studierenden der Physiotherapie erhöht und die Gefahr zu erkranken verringert.

5.4 Alkohol

Schon über einen langen Zeitraum der Menschheitsentwicklung gehört die Konsumation alkoholischer Getränke für viele Menschen zu den festen Lebensgewohnheiten. Zu den kulturgeschichtlich am weitesten verbreiteten und am längsten vorhandenen alkoholischen Genussmitteln zählen Bier, Wein und andere alkoholhaltigen Getränke. Es besteht eine hochentwickelte Kultur der alkoholischen Getränke (non temperate Gesellschaft) in Europa und Amerika, was auch dazu führt, dass abstinent (temperant) lebende Gesellschaften eher die Ausnahme bilden. Dabei haben sich vor allem Bier, Wein und in weit geringerem Ausmaß auch andere Alkoholika über Jahrtausende als beliebte Genussmittel durchgesetzt. Durchgesetzt haben sie sich offenbar deshalb, weil sie wichtige Bedürfnisse befriedigen. Alkoholhaltige Getränke entfalten bei maßvollem Umgang sowohl anregende, als auch entspannende Wirkung, löschen den Durst und helfen auch noch den Flüssigkeitsbedarf zu decken. Neben den angeführten Funktionen kommt dem Alkohol auch noch die Funktion der Förderung des Gemeinschaftsgefühls und der Kommunikation hinzu. Die überwiegende Zahl der mehr oder weniger regelmäßig Alkohol konsumierenden Menschen tut dies aus den vorher genannten Gründen und man geht davon aus, dass diese auch ein Leben lang in kontrollierter Weise mit dem Alkohol umgehen können (Hoffmeister, 1999, S. 5).

Neben den gesellschaftlich akzeptierten Trinkgewohnheiten kommt auch noch der Alkoholgenuss bei besonderen Anlässen. Dazu zählen unter anderem Festtage, Geburtstage oder auch Urlaub. Zu diesen Anlässen hinzu wird auch ein durch Alkohol bedingter Rausch als normales Verhalten toleriert. In diesem Fall verschwimmt aber die Grenze des üblichen Umganges mit Alkohol, denn unkontrolliertes und abhängiges Trinken von Alkohol wird als Missbrauch verstanden, weil es bekannt ist, dass es schwerwiegende Krankheiten mit sich bringt und gesundheitsgefährdende Folgeschäden nach sich zieht (Hoffmeister, 1999, S. 5).

Wie man sieht, hängt die Akzeptanz des Alkoholkonsums von der Situation ab. Die Einstellung zum Alkoholkonsum und die akzeptierte Trinkmenge wurden geschichtlich und kulturell geformt. Während ein erkennbarer Unterschied zwischen europäischen Ländern besteht, ist der internationale Vergleich noch deutlicher. Dabei wird unterschieden zwischen „temperance und nontemperance cultures“. Es werden folgende Unterschiede festgestellt:

- Temperance-culture Länder sind stärker von den Gefahren des Alkoholkonsums betroffen als die nontemperance Länder.
- In den Ländern der temperance Kulturen werden, an der Menge gemessen, deutlich weniger alkoholische Getränke getrunken, dafür häufiger in Form von Spirituosen. In nontemperance Ländern überwiegen Wein und Bier.
- In den temperance Ländern kann man eine stärkere politische Regulierung des Alkoholkonsums feststellen.
- In temperance Ländern ist die Mortalität an koronaren Herzkrankheiten deutlich höher als in nontemperance Ländern (Hoffmeister, 1999, S. 5).

Zu den „temperance cultures“ gehören: die USA, Kanada, Großbritannien, Australien, Neuseeland, Finnland, Schweden, Norwegen und Island. Während Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Irland, Italien, die Niederlande, Portugal, Spanien, die Schweiz und Deutschland zu den „nontemperance cultures“ gehören (Hoffmeister, 1999, S. 5).

5.4.1 Grundbegriffe

Es werden nun die unterschiedlichen Formen des Alkohols sowie Begriffsdefinitionen und Angaben über Alkoholmenge und Alkoholkonzentration beschrieben.

5.4.1.1 Alkohol

Ethylalkohol ist der wesentlichste Alkohol, der bei der alkoholischen Gärung entsteht und auch der zum Genuss am geeignetste. Die zweite Form ist der Methylalkohol. Dieser Alkohol ist zum Genuss ungeeignet (Republik Österreich, 2009, S. 52).

5.4.1.2 Alkoholismus

Die Begriffsdefinition der WHO 1950 lautet wie folgt:

Der Begriff „Alkoholismus“ bezeichnet eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gemeinschaft hinausgeht ohne Rücksicht auf ätiologische Faktoren, die zu einem solchen Verhalten führen. Und ungeachtet des Ausmaßes, in dem derartige Faktoren von Vererbung und Konstitution oder neu entwickelten physiopathologischen und stoffwechselbedingten Einflüssen abhängen. (WHO 1950)

5.4.1.3 Klassifizierung nach Alkoholkonsumverhalten

Es wurden verschiedenste Kategorisierungen vorgenommen um den Alkoholkonsum einzustufen zu können. Doch bevor man auf die einzelnen Kategorien eingeht gilt es zuerst die folgenden Begriffe definieren (Republik Österreich, 2001, S. 64):

- Die Abstinenzgrenze stellt jene Grenze dar, bis zu der man noch als abstinent oder fast abstinent gilt.
- Die Harmlosigkeitsgrenze ist jene Grenze, bis zu der Alkoholkonsum für Gesunde unbedenklich ist.
- Unter Gefährdungsgrenze versteht man jene Grenze, ab der ein eindeutig erhöhtes Gesundheitsrisiko vorherrscht.
- Die Alkoholismusgrenze ist jene Grenze, ab der von chronischem Alkoholkonsum gesprochen wird.

5.4.1.4 Mortalität

Etwa 6 bis 8 Gramm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht stellen für einen Erwachsenen eine tödliche Dosis dar. Dies entspricht in etwa einer Blutalkoholkonzentration zwischen 3 und 6 Promille. Die Menge Alkohol, welche sich im konkreten Einzelfall tödlich auswirkt, hängt aber auch von einigen Faktoren ab:

- Dauer und zeitliche Verteilung des Alkoholkonsums
- Gewöhnung an Alkohol
- Allgemeiner körperlicher Zustand der Person (Republik Österreich, 2009, S. 100).

Aufgrund dieser Faktoren kommt es bei schweren Alkoholvergiftungen nur relativ selten zu akuten Todesfällen. Ein weiterer Grund dafür ist, dass sich der Organismus bei übermäßigem Alkoholkonsums durch Erbrechen und Bewusstlosigkeit selbst schützt. Bei den meisten Todesfällen, die durch akute Alkoholvergiftungen eintreten, wird ein Blutalkoholspiegel zwischen 1,8 und 6,7 Promille zum Todeszeitpunkt nachgewiesen. Dies entspricht aber nicht dem tatsächlichen Höchstwert, da der Tod erst nach fünf bis zwölf Stunden, in Bewusstlosigkeit durch Atemlähmung oder durch Herzversagen und Lungenödem, eintritt. Schätzungen zumute sterben in Österreich jährlich 100 Personen an einer reinen Alkoholvergiftung. Dies entspricht einem Anteil von 0,13% aller Todesfälle in Österreich, die sich auf 75.000 belaufen (Republik Österreich, 2009, S. 100).

5.4.1.5 Morbidität

Es wurde in vielen epidemiologischen Untersuchungen über Gesundheitseinflüsse von Alkohol festgestellt, dass leichter, moderater und selbst stärkerer Alkoholkonsum, die Morbiditätsrate an Herzinfarkt und an ischämischen Herzkrankheiten positiv beeinflusst. Weitere günstige Effekte wurden auch für infektiöse und psychische Krankheiten entdeckt (Hoffmeister, 1999, S. 76).

Diese Schutzwirkung lässt sich durch mehrere Einflüsse, die in unterschiedlichem Maße dazu beitragen, erklären. Den gewichtigsten Anteil dürfte die Auswirkung des Alkohols auf den Cholesterinspiegel haben. Der Wert für das herzscheidende HDL-Cholesterien liegt bei nicht Abstinerten im Durchschnitt um 10 bis 20 Prozent höher als bei Abstinerten und verringert so das Risiko für eine koronare Herzkrankheit. Ein weiterer Grund liegt in der günstigen Beeinflussung der Blutgerinnung. Studien zufolge bewirkt Alkohol, dass die Blutplättchen weniger leicht zum Verklumpen neigen und somit die Thrombusgefahr sinkt. Dies ist aber durch widersprüchliche Befunde noch nicht restlos bewiesen. Bewiesen ist aber, dass das Risiko an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, durch mäßigen Alkoholkonsum um fast ein Drittel gesenkt werden kann (Klatsky, 2004, 78).

Trotz dieser Ergebnisse, erscheint die Situation für chronische Krankheiten der Leber und Verdauungsorganen konträr. Diese treten bei starkem und sehr starkem Alkoholkonsum häufiger auf als bei Abstinenz oder mäßigem Konsum. Ein eindeutiger Zusammenhang mit Alkoholkonsum konnte auch für eine Reihe von Krebserkrankungen nachgewiesen werden (Hoffmeister, 1999, S. 76).

5.4.2 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Als Erstes soll festgehalten werden, dass laut Statistik Austria (2007, S. 39) die angegebenen Konsummengen bei dem Thema Alkohol nur etwas mehr als ein Drittel des tatsächlichen Konsums ausmachen. Dies zeigt, dass das Problem unterschätzt wird.

Bei den Befragten ergab sich auf die Frage, ob sie Alkohol trinken folgende Ergebnisse.

Tab. 3: Alkoholkonsum im Vergleich

	Unternehmensführung	Physiotherapie
Alkohol	94%	96%
Bier	58%	53%
Wein	70%	73%

Quelle: Eigene Darstellung (Unternehmensführung n= 134, Physiotherapie n= 93)

Wie bereits weiter oben erwähnt, sind primär Abstinente oder fast abstinente Personen, Personen welche nie oder maximal viermal im Jahr Alkohol konsumieren. In Österreich betrifft das 26% der männlichen und 45% der weiblichen Bevölkerung ab 15 Jahren. Daraus lässt sich auch schließen, dass drei Viertel der Männer und ein wenig mehr als die Hälfte der Frauen öfter als viermal im Jahr Alkohol trinken (Statistik Austria, 2007, S. 39).

Wenn man dies mit den Ergebnissen der Befragung vergleicht, erkennt man, dass die Student/innen um einiges über dem Durchschnitt liegen und von insgesamt 240 Befragten nur 13 angaben keinen Alkohol zu trinken. Das sind nur 5,4% der befragten Personen und damit im Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung sehr wenige. Trotzdem lässt sich feststellen, dass das Konsumverhalten der beiden Student/innengruppen ziemlich ausgeglichen ist und es auf den ersten Blick keine größeren Unterschiede gibt.

Die Abbildung zeigt eine genauere Aufschlüsselung des Konsumverhaltens von Alkohol in den befragten Gruppen.

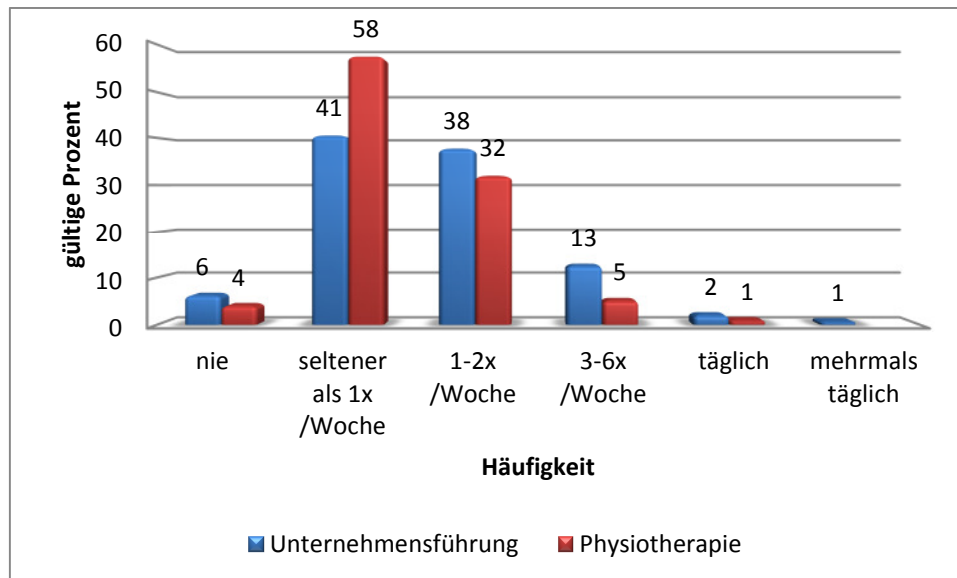


Abb. 13: Alkoholkonsum im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Es gaben nur 6% bzw. 4% der Studierenden an, nie Alkohol zu trinken. Bei den Studentinnen und Studenten der Physiotherapie trinken 58% seltener als einmal in der Woche Alkohol, bei den Studierenden der Unternehmensführung sind es 41%. 13 Prozent der Personen die den Studiengang Unternehmensführung besuchen gaben an, dass sie 3-6-mal in der Woche Alkohol konsumieren und nur ein Prozent gab an, mehrmals täglich Alkohol zu sich zu nehmen.

Wurde die Frage nach dem Alkoholkonsum damit beantwortet, dass Alkohol konsumiert wird, wurden die Teilnehmer/innen zu den Fragen nach Bier- und Weinkonsum weitergeleitet. Die nächsten Abbildungen zeigen wieder denn Vergleich zwischen Unternehmensführung und Physiotherapie, wobei in weiterer Folge auch auf die geschlechterspezifischen Unterschiede eingegangen wird.

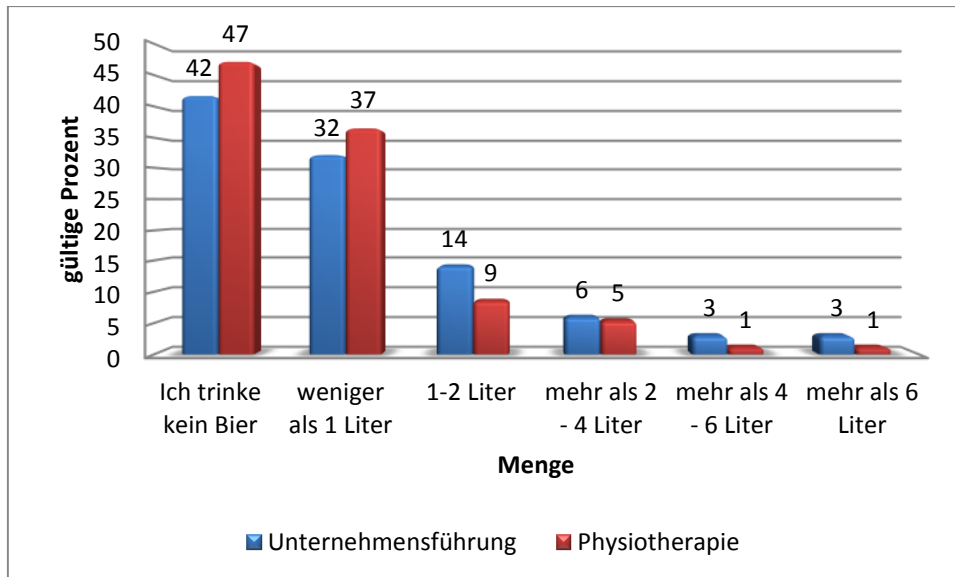


Abb. 14: Bierkonsum im Vergleich
(Unternehmensführung n= 134, Physiotherapie n=93)

Aus der Abbildung 14 kann man keinen großen Unterschied in dem Konsumverhalten von Bier erkennen. Man könnte zu dem Schluss kommen, dass die Studierenden der Unternehmensführung mehr Bier trinken als die Kolleginnen und Kollegen der Physiotherapie.

Auch beim Weinkonsum lässt sich kein großer Unterschied erkennen.

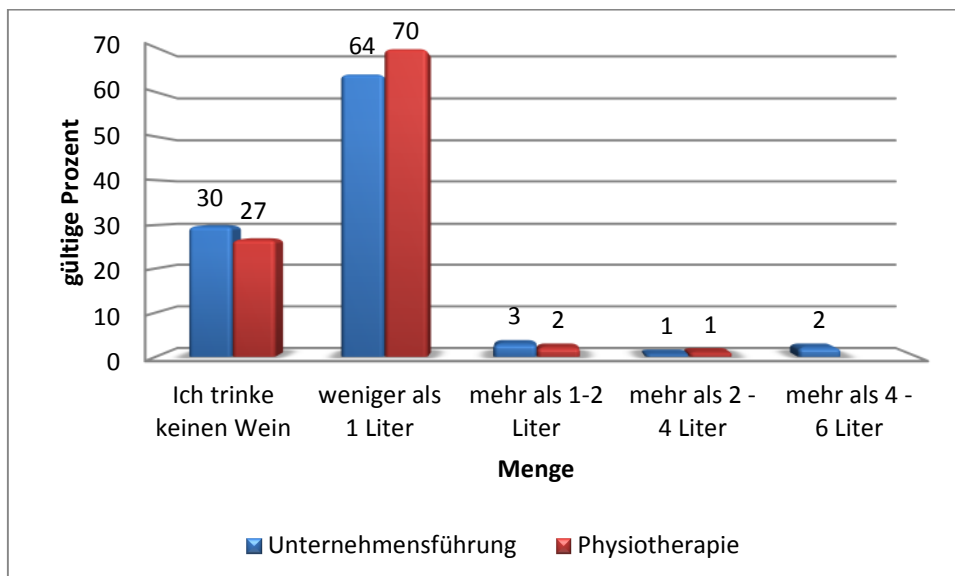


Abb. 15: Weinkonsum im Vergleich
(Unternehmensführung n= 134, Physiotherapie n=93)

Interessanter wird es, wenn man den geschlechterspezifischen Unterschied im Konsumverhalten von Wein und Bier betrachtet.

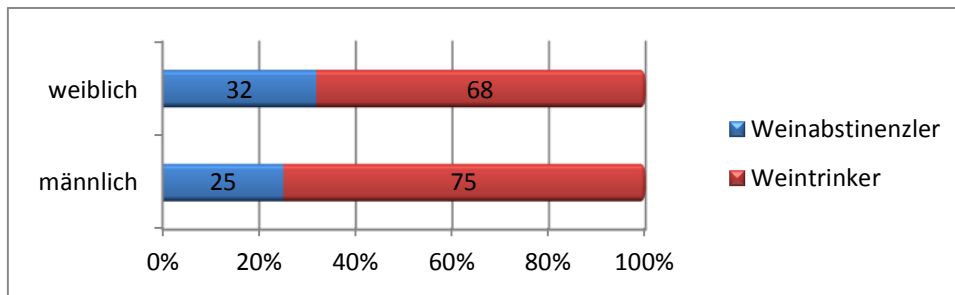


Abb. 16: Weinkonsum Frauen/ Männer im Vergleich
(Männer n= 104, Frauen n= 123)

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen im Konsumverhalten von Wein ist nicht sonderlich groß. So trinkt nur ein Viertel der Männer, die angegeben haben Alkohol zu trinken, keinen Wein. Bei den weiblichen Kolleginnen hingegen gab mit 32% knapp ein Drittel an keinen Wein zu trinken.

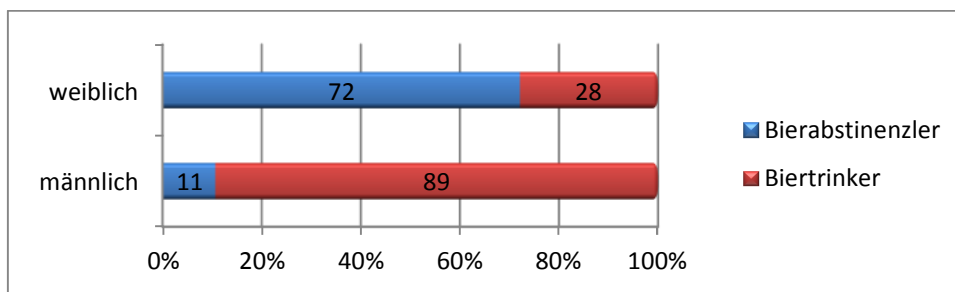


Abb. 17: Bierkonsum Frauen/ Männer im Vergleich
(Männer n= 104, Frauen n= 123)

Während man bei dem Konsumverhalten von Wein noch keine großen geschlechtsspezifischen Unterschiede erkennen konnte, sieht das beim Bier schon anders aus. Mit 72% gaben ungefähr drei Viertel der Frauen an kein Bier zu trinken. Bei den Männern geben hingegen 89% an Bier zu trinken. Diese Verteilung bestätigt auch die vorherrschende Meinung, dass Bier ein „Männergetränk“ ist. Wein wird im Gegensatz dazu von beiden Geschlechtergruppen zu ungefähr gleichen Verhältnisteilen konsumiert.

Als letztes soll hier noch der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsums und dem Alter dargestellt werden. Dafür wurden die arithmetischen Mittel der Antworten verwendet und auf in die schon vorher festgelegten Altersgruppen eingeteilt.

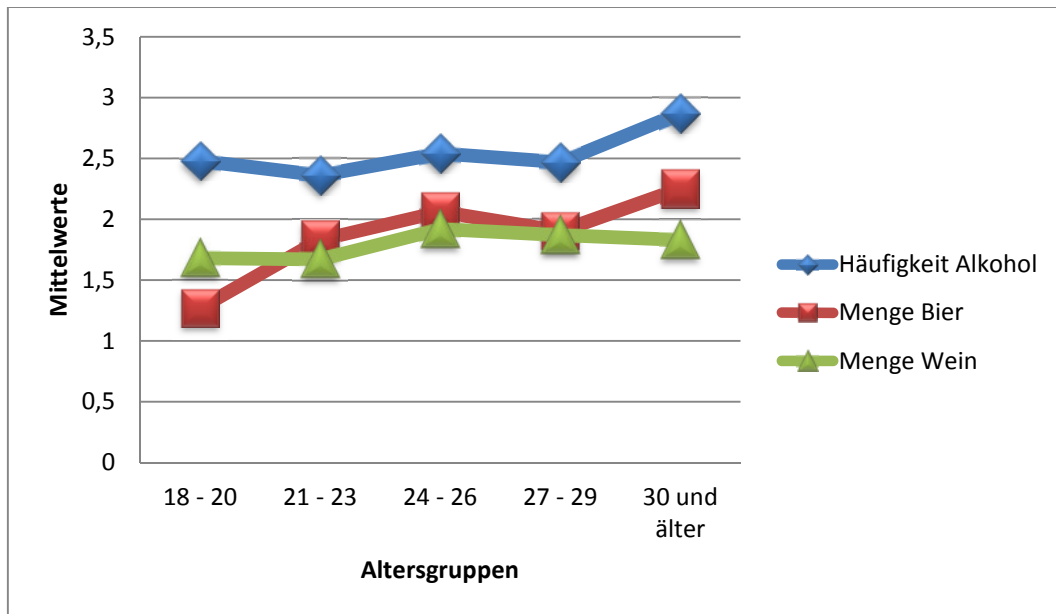


Abb. 18: Konsumverhalten nach Altersgruppen

Es lässt sich aus der Abbildung 18 erkennen, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums im Alter von 18 bis 29 Jahren relativ konstant bleibt und erst ab 30 Jahren ansteigt. Bei Bier ist das Verhältnis ein wenig anders. In der Gruppe der 18 bis 20 Jährigen wird noch wenig Bier getrunken. Dies könnte aber auch damit zusammenhängen, dass in dieser Gruppe mehr Frauen als Männer fallen. Danach steigt der Bierkonsum an und nimmt in der Altersgruppe 27 bis 29 Jahren noch einmal leicht ab um bei den 30Jährigen und Älteren noch einmal anzusteigen. Bei der Konsumationsmenge von Wein gibt es hingegen nur geringe Schwankungen bei den Mittelwerten. Das bedeutet, dass es zwischen der Altersgruppe von 18 bis 20 und der Gruppe 30 und älter nur einen geringen Unterschied gibt.

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H05: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Trinkverhaltens alkoholischer Getränke zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

lieferte folgende Ergebnisse:

Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Testes wurde ein p-Wert von 0,026 berechnet. Dadurch ergibt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Häufigkeit des Trinkens von Alkohol. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen mit einem Mittleren Rang von 109,31 einen geringeren Mittleren Rang als die Studierenden der Unternehmensführung mit einem Mittleren Rang von 128,09. Das bedeutet, dass die Student/innen der Unternehmensführung mehr Alkohol trinken.

Aus diesem Grund wird H05 verworfen und H15 angenommen:

Es besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich des Trinkverhaltens alkoholischer Getränke zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

Durch das häufigere Trinken von Alkohol setzen sich die Student/innen der Unternehmensführung einem höheren Risiko aus, Krankheiten der Leber und Verdauungsorganen zu erleiden als ihre Kolleg/innen der Studienrichtung Physiotherapie. Festzuhalten ist aber, dass sich dieses Risiko in beiden Gruppen relativ gering haltet, da nur 3% der Studierenden der Unternehmensführung und nur 1% der Studierenden der Physiotherapie angaben täglich Alkohol zu trinken. Ein weiterer Grund für dieses Ergebnis könnte auch sein, dass im Studiengang Unternehmensführung mehr Männer vertreten sind als im Studiengang Unternehmensführung und Männer, wie auch die Gesundheitsbefragung 2006/07 zeigt, mehr Alkohol konsumieren.

5.5 Rauchgewohnheiten

Im 20. Jahrhundert entstand eine neue Epidemie – die Tabakabhängigkeit. Nach Schätzungen der WHO gab es im Jahre 2000 ca. 1,1 Mrd. Raucher weltweit. Von den 1,1 Mrd. lebten rund 300 Millionen in den Industrieländern und über 800 Millionen in Entwicklungsländern. Weltweit kam es in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts zu einem leichten Anstieg des Zigarettenkonsums, wobei in den Industriestaaten der Verbrauch zurückging und in den Entwicklungsländern ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen war. Hochrechnungen zufolge werden im Jahr 2050 auf der Erde 2,2 Mrd. Raucher leben. Auch die Regionen der Erde lassen sich bezüglich des Rauchverhaltens in vier Stufen einteilen:

I. Zunächst kommt es zu einem schnellen Anstieg der männlichen Raucher (zu Beginn des 20. Jahrhunderts).

II. Erst (in den 20er- und 30er- Jahren) später folgen die Frauen.

III. Daraufhin erreichen die Männer ein hohes Plateau.

IV. Dann folgen die Frauen, gleichzeitig sinkt die Häufigkeit des Rauchens bei den Männern (was bereits ab den 50er- Jahren in den Industrieländern zu beobachten war) (Haustein, 2008, S. 19).

In Österreich raucht täglich ein Viertel der 15-Jährigen und älteren Bevölkerung. Dabei ist zu beobachten, dass der Anteil der Rauchenden im höheren Alter abnimmt, während natürlicherweise der Anteil der Ex-Raucher/innen zunimmt. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt es nur geringe Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Raucheranteilen. Erst bei den über 30-Jährigen liegt der Raucheranteil der Männer im Schnitt sieben Prozent über dem der Frauen. Den größten Anteil an Rauchern gibt es bei den jungen Erwachsenen, die in den Bereich 20 bis 24 Jahre fallen. Während der Anteil männlicher Raucher in den nachfolgenden Altersgruppen zwischen 30% und 36% liegt und auch konstant in diesem Bereich bleibt, verlieren Frauen in den älteren Altersgruppen immer mehr das Interesse am Rauchen (Statistik Austria, 2007, S. 37).

In der Gesundheitsbefragung 2006/07 der Statistik Austria (2007, S.36) wurde der Rauchbeginn der täglich Rauchenden erfasst und ausgewertet. Dabei stellte sich heraus, dass rund 6% bereits in der Kindheit, sprich bis 13 Jahre, mit dem Rauchen beginnt. Ein Viertel fängt bis zum 15. Lebensjahr an und mehr als die Hälfte steigen bis zum 17. Lebensjahr in das gewohnheitsmäßige Rauchen ein. Dabei entwickeln sich die Raucherkarrieren von Männern und Frauen unterschiedlich voneinander. Bei den über 30-jährigen Rauchern und Raucherinnen begannen die Frauen später mit dem Rauchen als die Männer in einem vergleichbaren Alter. Bei den Rauchern und Raucherinnen unter 30 Jahren stellte sich heraus, dass die weiblichen Raucher früher begannen (Statistik Austria, 2007, S. 36).

Der Rauchbeginn kann laut Schwarzer (2004, S. 312) in die Eingangsphase und Experimentierstadium und die Gewöhnungsphase und Abhängigkeitsphase unterteilt werden.

Die Eingangsphase und das Experimentierstadium sind dabei wesentlich von sozialen Mechanismen geprägt. Dies bedeutet, dass der erste Griff zur Zigarette durch das Verhalten von Vorbildern und sozialen Normen bedingt ist. Besonders der Druck innerhalb der Bezugsgruppe der Gleichaltrigen spielt beim Raucheinstieg eine gewichtige Rolle (Schwarzer, 2004, 313).

In der Gewöhnungsphase tritt die Bezugsgruppe und allgemein die soziale Umwelt in den Hintergrund. Es wird mehr die Erwartung an die Wirkung des Rauchens auf die Gefühlsregulierung verstärkt. Ist diese Phase erreicht, verfestigt der regelmäßige Zigarettenkonsum die Gewöhnung an die Tabakkonsumation. Dies endet in einer Abhängigkeit, die es erschwert, das Rauchen aufzugeben (Schwarzer, 2004, 317).

5.5.1 Zusammenhang von Rauchen und Bildung

In nahezu allen Industrienationen aber auch Entwicklungsländern ist zu beobachten, dass sozial schwache Bevölkerungskreise eher selbstzerstörerisch wirkenden legalen und illegalen Drogen zusprechen. Bei einer, in zwölf europäischen Ländern durchgeführten, Studie wurden die Rauchgewohnheiten von Frauen und Männern mit dem Bildungsstatus nach Ländern verglichen. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass es zwischen den zwölf untersuchten Ländern erhebliche Unterschiede gibt. In Norwegen, Schweden, Frankreich und Großbritannien gibt es in der Altersgruppe zwischen 20 und 40 signifikante Zusammenhänge zwischen Bildungsstand und Rauchgewohnheit. In Portugal findet man mehr rauchende Männer mit höherer Schulbildung als in Spanien, wobei in den südlichen Ländern der EU (Frankreich, Italien, Spanien und Portugal) bevorzugt ältere Frauen mit höheren Schulabschluss rauchen (Haustein, 2008, S.30).

In den USA können auch Unterschiede im Bildungsgrad und Rauchverhalten nachgewiesen werden. Bei Personen die eine Schulausbildung von 9-11 Jahren genossen rauchen 37% wobei nur 14 % der Personen rauchen die eine 16-jährige Ausbildung hatten. In den USA lässt sich der höchste Anteil an Raucher/innen bei Menschen finden, die unter der Armutsgrenze leben, bei „blue collar workers“, bei allein oder getrennt lebenden Personen und beim Militär. Weiters hängt auch die zunehmende Bildung damit zusammen, sich den Vorsatz zu nehmen, das Rauchen aufzugeben. Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Bildungsnivea bei der Bereitschaft mit zunehmendem Alter das Rauchen aufzuhören (Haustein, 2008, S.30).

5.5.2 Gesundheitsschäden

Durch den Tabak und die Rauchinhaltsstoffe werden praktisch alle Körperfunktionen geschädigt. Laut Lesche und Walter (2009, S.85) werden in Österreich ca. 14.000 Todesfälle dem Tabakmissbrauch zugeordnet. Besonders gefährlich ist dabei natürlich die Kombination aus Tabak und Alkohol, gepaart mit Übergewicht und zu wenig Bewegung. Besonders häufig kommt es dabei zu Erkrankungen der Atemwege und zu Herz- und Kreislaufkrankungen.

Aufgrund der oben angeführten Informationen, kann man die Annahme treffen, dass sich die beiden untersuchten Studiengänge bei dem Indikator der Anzahl der konsumierten Zigaretten nicht unterscheiden, da sie sich im Bildungsgrad und Alter sehr ähnlich sind. Hierbei macht es auch keinen Unterschied, dass sich im Studiengang Physiotherapie prozentual gesehen mehr Frauen befinden als im Studiengang Unternehmensführung.

5.5.3 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Bei der Frage nach dem täglichen Zigarettenkonsum ergibt sich ein Bild, dass der Autor auf der Fachhochschule schon längere Zeit beobachten konnte. Raucher sind eindeutig in der Minderzahl. Die Abbildung 21 unterstreicht diese Aussage.

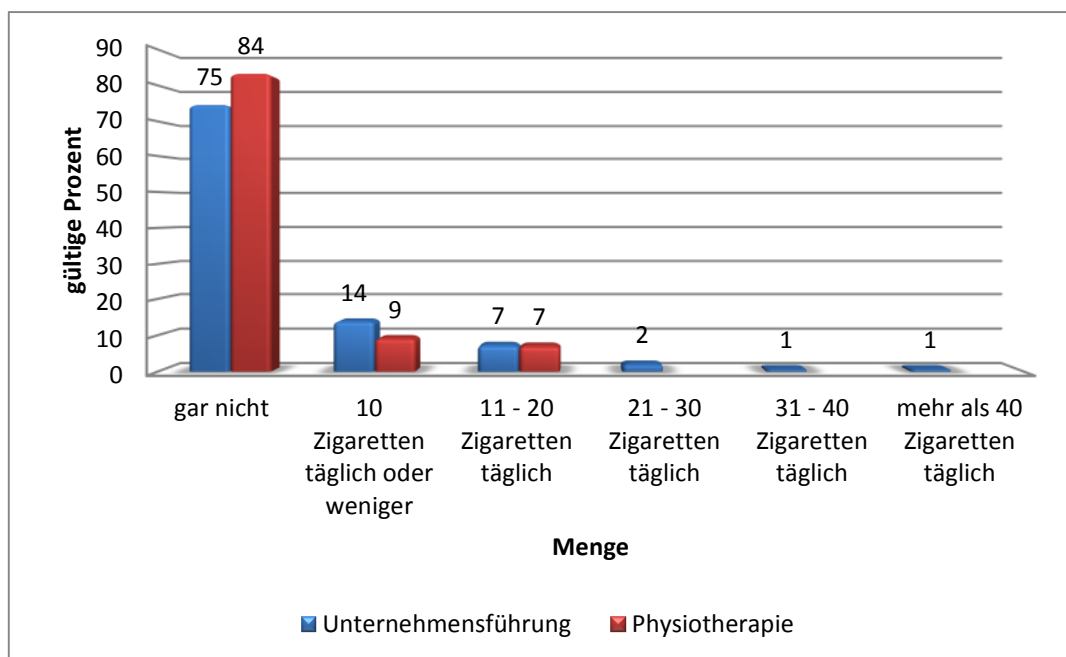


Abb. 19: Zigarettenkonsum im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Aus dem Studiengang Unternehmensführung gaben drei Viertel der befragten Personen an, nicht zu rauchen. Im Studiengang Physiotherapie sind es 84% und somit mehr als vier Fünftel. Auffallend ist, dass es nur bei den Studierenden der Unternehmensführung Personen gibt, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen. Wobei es nur 4% sind und dies umgerechnet vier Personen entspricht.

Interessanter ist hier schon der Vergleich zwischen den Geschlechtern. Dafür wurde der Zigarettenkonsum auf die geschlechterspezifischen Gruppen aufgeteilt und es kam zu folgendem Ergebnis.

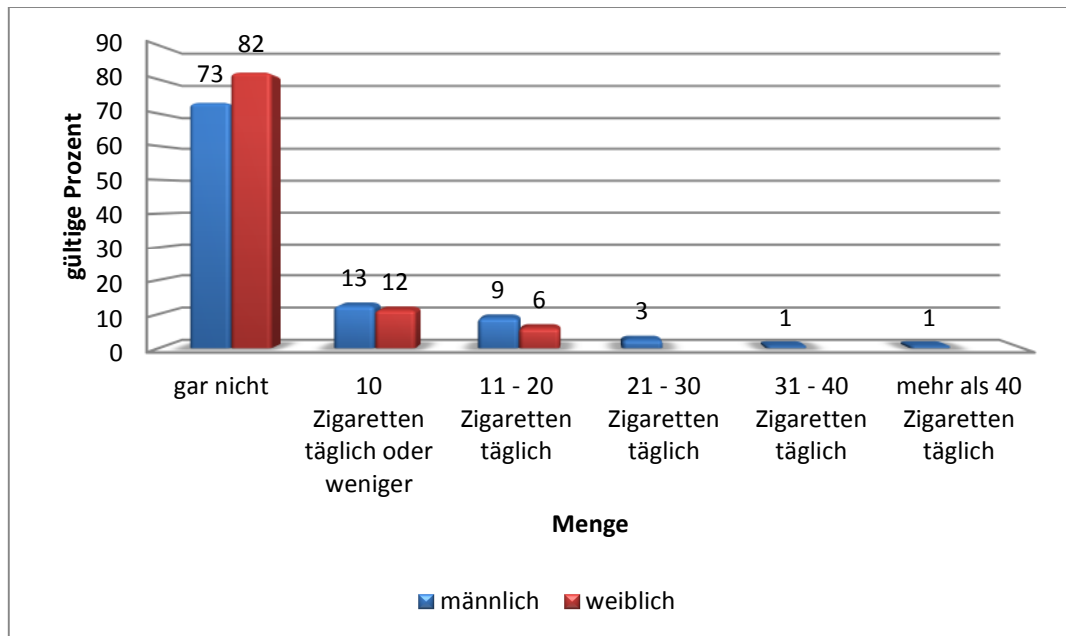


Abb. 20: Zigarettenkonsum im Vergleich Männer/ Frauen
(Männer n= 110; Frauen n= 130)

Anhand dieser Befragung sieht man, dass die Frauen höchstens bis zu 20 Zigaretten täglich rauchen. Auch bei den Männern ist dieser Wert bis auf vier Ausreißer der höchste. Insgesamt gaben 73% der Männer und 82% der Frauen an nicht zu rauchen. Dies bedeutet, dass 27 bzw. 18 Prozent der Befragten täglich Zigaretten konsumieren.

Das entspricht in etwa den Werten der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/2007. Laut Statistik Austria (2007, S. 37) lag der Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren bei den Männern bei 27,5% und bei den Frauen bei 19,4%.

Dies bedeutet, dass sich der Befragung des Autors zufolge die Anteile der täglichen Raucher/innen in den letzten sechs Jahren nicht auffällig verändert haben.

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H06: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Rauchverhaltens zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

lieferte folgende Ergebnisse:

Da die beiden Gruppen nicht normalverteilt sind, wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Testes ein p-Wert von 0,102 berechnet. Dadurch ergibt sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Rauchgewohnheiten. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen einen Mittleren Rang von 124,85 einen geringeren und die Studierenden der Unternehmensführung eine Mittleren Rang von 114,09.

Aus diesem Grund wird H06 beibehalten.

Das bedeutet, dass es bei den Rauchgewohnheiten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Studiengängen gibt, wobei die Studierenden der Unternehmensführung tendenziell mehr Zigaretten rauchen. Im Grunde haben aber in diesem Fall beide Studierendengruppen ein ähnliches Risiko eine durch Tabakkonsum hervorgerufenen Erkrankung der Atemwege oder Herz- und Kreislauferkrankung zu erleiden. Bei diesem Indikator setzen beide Gruppen, in einem ähnlichen Ausmaß, aktive negative Handlungen um die Gesundheit des Körpers nicht zu erhalten.

Da sich die Werte der rauchenden männlichen und weiblichen Studierenden mit jenen der Gesundheitsbefragung von 2006/07 annähernd decken und in dieser Befragung alle Schulbildungen vertreten waren, lässt sich in dieser Arbeit zwischen höherer Schulbildung und Rauchgewohnheit weder ein positiver noch negativer Zusammenhang feststellen.

5.6 Körperliche Betätigung und Sport

Laut Schwarzer (2004, S. 203) gilt körperlich fit zu sein als allgemein erstrebenswert. Dies hat nicht nur gesundheitliche Vorteile sondern spiegelt auch den lebensstüchtigen und attraktiven Menschen wider. Als zusätzlich positiv kann angesehen werden, dass körperlich Aktive seltener Übergewicht haben, weniger krankheitsanfällig sind und eine höhere Lebensqualität als Inaktive genießen. Obwohl solch eine Lebensweise aufwendig und nicht ganz ungefährlich ist, da durch Sport immer wieder Verletzungen auftreten können, wird körperliche Aktivität als wichtiges Gesundheitsverhalten angesehen, bei dem die Vorteile überwiegen.

Schon 1997 schrieb Weiß (1997, S. 9), dass die Gesundheit in unserer Gesellschaft zu einem zentralen Thema geworden ist und immer mehr in den öffentlichen Fokus gerückt worden ist. Zunehmend gewinnt der Sport immer mehr an Bedeutung für die Gesundheit, wobei auch das Gesundheitsmotiv und die schnelle Entwicklung des Sports eine wichtige Rolle einnahmen. Aufgrund des sich verändernden Krankheitspanoramas und der Zunahme an psychosomatischen Störungen und Zivilisationskrankheiten, wie Haltungs- und Bewegungsschwächen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verlust an Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit, erlebte er einen unerwarteten Aufschwung (Weiß, 1997, S. 10).

Auch Bachl (1997, S. 113) sieht die Bewegung als wichtige Stütze im Prozess der Verwirklichung eines erfolgreichen Gesundheitskonzeptes.

Damit die körperliche Betätigung ausgewogen gestaltet werden kann, sollen zuerst die Grundeigenschaften erwähnt werden. Dabei wird besonderes Augenmerk auf das Kraft- und Ausdauertraining, sowie auf Koordinations-, Schnelligkeits- und Beweglichkeitstraining gelegt.

5.6.1 Ausdauertraining

„Unter Ausdauer wird allgemein die psycho-physische Ermüdungswiderstandsfähigkeit des Sportlers verstanden.“ (Weineck, 2010, S. 229)

Die psychische Ausdauer beschreibt dabei die Fähigkeit eines Sportlers, einer Sportlerin, dem Reiz möglichst lange widerstehen zu können, der zum Abbruch einer Belastung führen könnte. Im Gegenteil dazu beinhaltet die physische Ausdauer die Ermüdungswiderstandsfähigkeit des gesamten Organismus oder einzelner Teilsysteme (Weineck, 2010, S. 229).

Die Ausdauer lässt sich je nach Auftreten in verschiedene Formen unterteilen. So kann je nach beteiligter Muskulatur zwischen allgemeiner und lokaler Ausdauer, je nach Sportartspezifität zwischen allgemeiner und spezieller Ausdauer, je nach Energiebereitstellung zwischen aerober und anaerober Ausdauer, je nach Dauer zwischen Kurz-, Mittel- und Langzeitausdauer und je nach motorischer Hauptbeanspruchung zwischen Kraft-, Schnellkraft- und Schnelligkeitsausdauer unterschieden werden (Weineck, 2010, S. 229).

Bei der allgemeinen (Muskel-) Ausdauer werden mehr als ein Siebtel bis ein Sechstel der Skelettmuskulatur beansprucht. Dabei wird die Leistungsfähigkeit vorwiegend durch das Herz-Kreislauf-Atmungssystem und die periphere Sauerstoffnutzung limitiert. Bei der lokalen (Muskel-) Ausdauer hingegen, werden weniger als ein Siebtel bis ein Sechstel der Gesamtmuskelmasse beansprucht und dadurch wird die anaerobe Kapazität und die Schnelligkeits-, Kraft- und Schnellkraftausdauer limitiert (Weineck, 2010, S. 229).

Charakteristisch für die allgemeine Ausdauer ist die erhöhte Kapazität des Herz-Kreislauf-Systems. In fast allen Sportarten trägt die Ausdauerleistung eine gewichtige Rolle. Sie ist eine Basisvoraussetzung zur Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit (Weineck, 2010, S. 233).

Weiß (2010, S. 114) beschreibt, welche Wirkung der Ausdauersport auf die Gesundheit hat. Dabei ist wichtig darauf zu achten möglichst viele Muskeln in eine Ausdauersportart einzubeziehen. Folgende Wirkungen setzen bei Ausdauersport ein:

- Durch Ausdauersport wird Herz-Kreislauf-Erkrankungen entgegen gewirkt.
- Durch Ausdauertraining wird das Arteriosklerose-Risiko gesenkt.

- Ausdauersportarten sind sehr wirksam gegen Altersdiabetes, welche durch Übergewicht und Bewegungsmangel auftreten kann.
- Moderates Ausdauertraining stärkt das Immunsystem.
- Ausdauersport hilft beim Stressabbau und führt zu mehr innerer Ruhe und Ausgeglichenheit.
- Durch Ausdauertraining wird der Blutdruck gesenkt und erhöhte Blutfettwerte vermindert.
- Bei körperlicher Belastung kommt es zur Ausschüttung von Morphinderivaten, die antidepressiv wirken und zu verstärktem Wohlbefinden führen.
- Ausdauertraining steigert die Knorpeldicke.
- Durch Ausdauersport steigt die Durchblutung des Gehirns, dies erhöht die Aufmerksamkeit und die Kurzzeitgedächtnisleistung.

5.6.2 Kraft

Sieht man das Krafttraining unter einem präventiven Blickwinkel, ist ihm ein enormer Stellenwert zuzurechnen. Durch die Muskulatur wird der passive Bewegungsapparat, insbesondere die Wirbelsäule, gestützt. Das Krafttraining ist deshalb wichtig, da durch Inaktivität der Muskelabbau beschleunigt wird und es zu Verschleißerscheinungen und Erkrankungen, die häufig mit Schmerzen verbunden sind, der Wirbelsäule kommen kann (Joch, 1995, S. 28).

Bevor der Nutzen des Krafttrainings dargestellt wird, werden zuerst die unterschiedlichen Kraftarten beleuchtet.

Als erstes muss festgehalten werden, dass Kraft immer unter dem Aspekt der allgemeinen und der speziellen Kraft betrachtet werden kann. Dabei werden unter allgemeiner Kraft, die sportunabhängige Kraft aller Muskelgruppen verstanden und unter spezieller Kraft, die für eine bestimmte Sportart angesprochenen Muskelgruppen (Weineck, 2010, S. 371).

Laut Weiß (2010, S. 114f) wirkt Krafttraining in folgender Weise gesundheitsfördernd:

- Die Wirbelsäule wird durch gut entwickelte Muskulatur stabilisiert und auf diese Weise wird Haltungsschäden entgegengewirkt.

- Trainierte Muskeln schützen Gelenken, indem sie Verletzungen und Arthrose vorbeugen.
- Endorphine werden ausgeschüttet, welche stimmungsaufhellend wirken.
- Krafttraining wirkt Osteoporose entgegen und ist für den Erhalt der Knochenstabilität und somit der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit unabdingbar. Dies trifft vor allem auf ältere Menschen zu.
- Es wird die Vitalität, das Selbstvertrauen und die Lebenseinstellung durch ein Mehr an Kraft positiv beeinflusst.

5.6.3 Beweglichkeit

„Die Beweglichkeit ist die Fähigkeit und Eigenschaft des Sportlers, Bewegungen mit großer Schwingungsweite selbst oder unter dem unterstützenden Einfluss äußerer Kräfte in einem oder in mehreren Gelenken ausführen zu können“. (Weineck, 2010, S. 735)

Analog zu Beweglichkeit findet man in der Literatur auch die Begriffe Flexibilität und Biogsamkeit. Die Beweglichkeit wird in allgemeine und spezielle und in aktive und passive Beweglichkeit eingeteilt.

Bei allgemeiner Beweglichkeit handelt es sich um die Beweglichkeit in den wichtigsten Gelenksystemen wie, Schulter- und Hüftgelenk und Wirbelsäule. Diese sollte sich auf einem ausreichenden Niveau befinden, wobei dies ein relativer Maßstab ist, da die allgemeine Beweglichkeit je nach Anspruchsniveau verschieden stark ausgeprägt sein wird. Im Vergleich dazu bezieht sich die spezielle Beweglichkeit auf ein bestimmtes Gelenk (Weineck, 2010, S. 735).

Im Sinne eines Gesundheitstrainings stellt die Beweglichkeit einen sehr großen Faktor dar, weil er die allgemeine Fitness und Alltagskompetenz stark einschränken kann. Die Beweglichkeit gehört zu den motorischen Eigenschaften, die im Laufe des Alterns am schnellsten rückläufig sind. Deshalb ist es die Aufgabe eines jeden Einzelnen, durch Training diesem Rückgang entgegenzusteuern. Durch das tägliche Training werden die kapsulären und muskulären bindegewebigen Strukturen elastisch und wirken damit der im Laufe der Zeit zunehmenden und immer größer werdenden Versteifung entgegen (Weineck, 2010, S. 1041).

Weiß (2010, S. 115) begründet die Notwendigkeit eines Beweglichkeitstrainings folgendermaßen:

- Das Risiko Muskel-, Sehnen- oder Bänderverletzungen zu erleiden wird durch tägliches Beweglichkeitstraining verringert.
- Durch entsprechende Dehnungsübungen kann das Verkürzen typischer Muskelgruppen, das durch einseitige Beanspruchung oder Fehlbelastungen auftreten kann, verhindert werden.
- Ausreichende Beweglichkeit verbessert die allgemeine Bewegungsökonomie und die Lebenszufriedenheit.
- Dehn- und Entspannungsübungen tragen einen wichtigen Teil zur Entspannung und zum Stressabbau bei.

5.6.4 Koordination

Fähigkeiten, die primär koordinativ, das bedeutet durch die Prozesse der Bewegungssteuerung und Bewegungsregelung, bestimmt werden, nennt man koordinative Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten erlauben es dem Sportler und der Sportlerin in vorhersehbaren und unvorhersehbaren Situationen, motorische Aktionen sicher und ökonomisch zu beherrschen und sportliche Bewegungen relativ schnell zu erlernen (Weineck, 2010, S. 793).

Dabei ist es wichtig zwischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu unterscheiden. Fertigkeiten beziehen sich auf verfestigte, teilweise automatisierte Bewegungshandlungen, während koordinative Fähigkeiten zwar verfestigte aber für eine ganze Reihe von Bewegungshandlungen Leistungsvoraussetzungen darstellen (Weineck, 2010, S. 793).

Auch hier wird zwischen allgemeinen und speziellen koordinativen Fähigkeiten unterschieden. Die allgemeinen koordinativen Fähigkeiten lassen sich auf eine vielfältige Bewegungsschulung in verschiedenen Sportarten zurückführen. In Bereichen des Alltagslebens treten sie zu Tage, indem verschiedene Bewegungsaufgaben rascher gelöst werden können. Die speziellen koordinativen Fähigkeiten werden hingegen im Laufe der entsprechenden Sportart ausgebildet (Weineck, 2010, S. 793).

Allgemein dient die Koordination dazu Situationen zu meistern, die ein schnelles und zielgerichtetes Handeln erfordern. Deshalb hat sie einen großen Wert im Sinne der Unfallprophylaxe. Dabei wird die Wichtigkeit der koordinativen Fähigkeiten für die Verletzungen und Unfallprophylaxe, die allgemeine Fitness, die geistige Regsamkeit und die Alltagskompetenz des Öfteren unterschätzt. Defizite in der Koordination treten in Ungeschicktheit und mangelnder Körperbeherrschung nach außen und erhöhen damit die Sturzgefahr (Weineck, 2010, S. 1045).

Weineck (2010, S. 1045) beschreibt die Wirkung eines koordinativen Trainings folgendermaßen:

- Koordinatives Training erhält oder steigert die psychophysische Leistungsfähigkeit, wodurch mit weniger Energieaufwand ein größerer Leistungsausstoß erreicht werden kann.
- Koordinativ geschulte Muskulatur dient als gute Verletzungs-, Unfall- und Sturzprophylaxe.
- Durch gute Koordination wird das Erlernen neuer Bewegungen erleichtert und führt somit zu einer Optimierung der Freizeitgestaltung.
- Koordinative Übungen regen das Gehirn an und erleichtern damit einerseits den Erhalt der sozialen Kompetenzen und andererseits den Erhalt der Alltagskompetenzen.

5.6.5 Schnelligkeit

„Die Schnelligkeit ist eine motorische Hauptbeanspruchungsform, die wie die Beweglichkeit sowohl eine Zuteilung zu den konditionellen Fähigkeiten – Ausdauer und Kraft – als auch zu den koordinativen Fähigkeiten zulässt“ (Martin et al., 2001, S. 147).

Grosser (2007, S. 13) definiert Schnelligkeit folgend: „Schnelligkeit im Sport ist die Fähigkeit, aufgrund kognitiver Prozesse, maximaler Willenskraft und der Funktionalität des Nerv-Muskel-Systems höchstmögliche Reaktions- und Bewegungsgeschwindigkeiten unter bestimmten gegebenen Bedingungen zu erzielen“.

Die Schnelligkeit gilt als der physische Leistungsfaktor, der mit zunehmendem Alter am frühesten eine Abnahme erfährt. Dazu kommt noch, dass die Muskel- und Knochenmasse

bei untrainierten Menschen pro Jahr etwa um 1% abnimmt. Besonders betroffen sind davon die „schnell zuckenden“ Muskelfasern, die für schnelle und kraftvolle Bewegungen zuständig sind und damit Stürze abfangen und mildern können (Weiß, 2010, S. 116).

Weineck (2010, S. 1037) sieht die Ziele des Schnelligkeitstraining folgendermaßen:

- Erhalt der kognitiven Schnelligkeitskomponenten im Sinne des Erhalts der Alltagskompetenz.
- Durch Schnelligkeitstraining sollen die „schnell zuckenden“ Muskelfasern erhalten bleiben.
- Erhalt der Reaktionsschnelligkeit um Sinne einer Verletzungs-, Unfall- und Sturzprophylaxe.

5.6.6 Krankheitsrisiken durch Bewegungsmangel

Durch die Bewegungsarmut, die in unseren Breiten üblich geworden ist, entstehen immer mehr so genannte Wohlstandserkrankungen. Dazu gehören z.B. Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Arteriosklerose und Schlaganfälle. Dies bedeutet, dass Bewegungsarmut vergleichbare Auswirkungen wie unausgewogenes und kalorienreiches Ernährungsverhalten hat (Lisbach & Zacharopoulos, 2007, S. 218).

Bei Menschen die unter Bewegungsmangel leiden, kommt es häufig zu Arteriosklerose und in weiterer Folge zu Bluthochdruck. Beides sind Faktoren, die das Herzinfarkttrisiko begünstigen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass durch einen täglichen Verbrauch von 1000-1500 kcal durch körperliche Betätigung das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden, um 50% gesenkt wird. Das Sterberisiko nach einem Infarkt oder einem Schlaganfall kann durch Sport noch immer um ein Viertel gesenkt werden (Lisbach & Zacharopoulos, 2007, S. 218).

Durch Mangel an Bewegung kommt es zur Beeinträchtigung des Körpers und dadurch verschlechtert sich hierbei die Lebensqualität, was sich vor allem im Alter auswirkt. Dabei kommt es zur Rückbildung von Funktionen und Strukturen, die nicht mehr gebraucht werden. Dieser Vorgang wird mit dem Prinzip „Use it or lose it“ beschrieben. Das Prinzip kann sowohl für den geistigen und den körperlichen Bereich angewandt werden. Zum Beispiel kann es durch zu schwache Muskulatur im Bereich des Rückens zu

Haltungsschäden kommen, die auf Dauer das Knochengestüt schädigen. Ein weiterer Fall der eintreten kann, ist, dass Knochen, die nicht mehr unter Zug durch ansetzende Muskeln stehen, dünn und porös werden. Außerdem kann durch Bewegungsmangel Osteoporose (Knochenschwund) einsetzen, welcher unter älteren Menschen sehr weit verbreitet ist (Lisbach & Zacharopoulos, 2007, S. 219).

Bachl (1997, S. 112) gibt aber zu bedenken, dass die Bewegungsarmut bedingt durch die Schule, Ausbildung oder Arbeit immer größer wird. Dem nicht genug steigt in unserer Gesellschaft die Inanspruchnahme passiver Fortbewegungsmittel anstatt selbst aktiv zu werden. Außerdem ist er der Meinung, dass es neben vereinsportlichen Bewegungsangeboten, Spilsportarten und Fitnessstudios zu einer Zunahme von Massensportarten kommen wird. Dieser Massensport wird aber streng reguliert sein und weniger Freiraum für die individuelle Entwicklung bieten können. Massensportarten wie Extremsportarten in der freien Natur werden aber durch erhöhte Umweltsensibilität eingeschränkt.

5.6.7 Heilende Wirkung von Bewegung

Noch vor wenigen Jahren betrachtete man die körperliche Aktivität in den Gesundheitswissenschaften zum größten Teil als Primärprävention. In der Zwischenzeit sieht man sie nicht mehr ausschließlich unter diesem Gesichtspunkt, sondern es wurde herausgefunden, dass die Heilung von Krankheiten entscheidend durch körperliche Aktivität beeinflusst werden kann. Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass die folgenden Krankheitsverläufe durch körperliche Bewegung positiv beeinflusst werden können:

- Krebserkrankung, wie Darm- und Brustkrebs
- Kreuzschmerzen
- Demenzen
- Arthritis
- Herzerkrankungen

Auch belegen publizierte Versuchsprogramme, dass selbst bei älteren Menschen gezielt eingesetztes Kraft- und Ausdauertraining beachtliche Heilungserfolge erzielen können (Lisbach & Zacharopoulos, 2007, S. 219).

Auch Schwarzer (2004, S. 212) gibt an, dass die Sterblichkeitsrate bei körperlich aktiven Personen geringer ist als bei passiven Personen. Weiters gibt er an, dass körperliche Aktivität bei Krebserkrankungen den Heilungsprozess von Dickdarmkrebs am positivsten beeinflusst. Darüber hinaus kann selbst bei Hochbetagten, durch spezielle Bewegungsprogramme, eine Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit und damit auch der Lebensqualität erzielt werden.

Weiß (2010, S. 117) beschreibt des Weiteren auch noch eine Psychosoziale Wirkung des Sports, die sich in der Stressregulation, der Steigerung der subjektiven Lebensqualität, der Befindlichkeitsverbesserung und der Bekräftigung des Selbstbildes und Selbstkonzeptes widerspiegelt.

Stress wird durch Ablenkung und meditative Zustände, die besonders bei Ausdauer-, Fitness- oder Natursportarten auftreten, reguliert. Außerdem lassen sich Depressionen und schlechte Stimmung durch das Freisetzen von Stresshormonen wie Katecholaminen und Noradrenalin eindämmen.

Die Wirkung des Sports beeinflusst in einer positiven Form das soziale Wohlbefinden und steigert dadurch auch die subjektive Lebensqualität. Besonders der Sport in Vereinen und informellen Gruppen wirkt durch die soziale Interaktion integrierend.

Bei einer erhöhten Gehirndurchblutung kommt es zu einer überdurchschnittlichen Abgabe von endogener Opioide und dadurch zu einer Befindlichkeitsverbesserung. Diese tritt aber erst bei einer körperlichen Belastung von ausreichender Dauer und Intensität ein. Dabei kann es auch zu sogenannten „Flow-Erlebnissen“ kommen.

Das Selbstbild wird durch soziale Anerkennung im Sport bekräftigt. Die eigene Leistungsfähigkeit erweckt das Gefühl von Kompetenz und führt auch dazu, dass speziell Jugendliche ihr inneres Gleichgewicht sowie Selbstvertrauen und Sicherheit finden (Weiß, 2010, S. 117f).

Obwohl nun sehr viele positive Wirkungen der Bewegung auf die Gesundheit beschrieben worden sind hat Pilz schon 1991 (S. 109) erkannt, dass eine neue soziale Krankheit aufgetreten ist. Es ist die verbissene Sucht nach Fitness. Je mehr Aufmerksamkeit dem eigenen Körper zugewandt wird, desto mehr Gefährdungen entdeckt man. Natürlich trifft dies nicht auf die ganze Bevölkerung zu, sondern nur auf einen Bruchteil dieser. Trotzdem glaubt Pilz, dass durch die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Körper das

Wohlbefinden und die Gesundheit eher negativ beeinflusst wird und der Gesundheitswahn zu einem Kleinkrieg mit dem eigenen Körper wird.

5.6.8 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Als erstes werden nun die Ergebnisse auf die Frage, wie oft Sport oder Gymnastik betrieben werden verglichen.

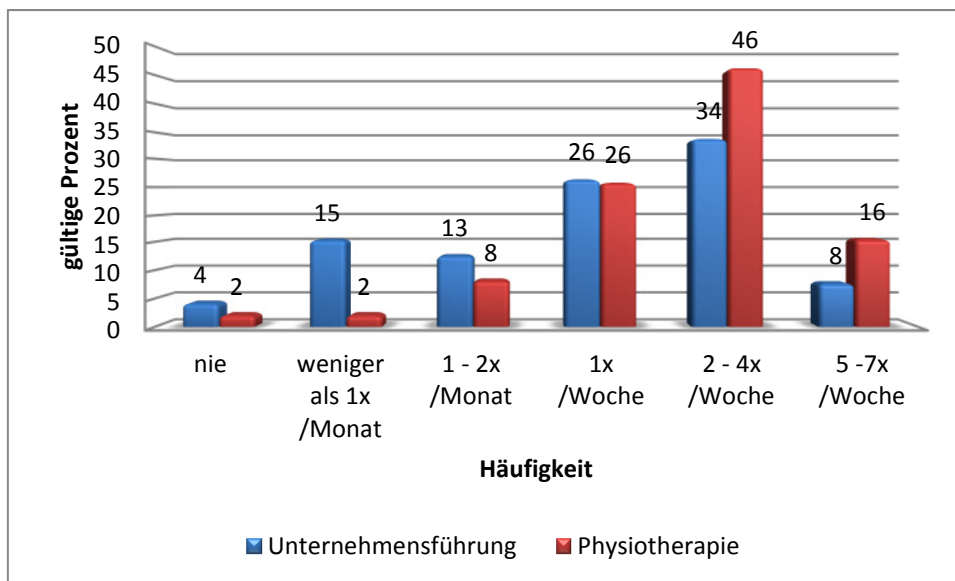


Abb. 21: Sport oder Gymnastik im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Durch die obige Abbildung lässt sich schon erkennen, dass die Studentinnen und Studenten der Physiotherapie speziell in den Kategorien 2 -4x und 5-7x pro Woche deutlich vor den Studierenden der Unternehmensführung liegen. Ob es dabei wirklich signifikante Unterschiede gibt wird erst die Signifikanzprüfung zeigen. Wie der Vergleich zwischen Frauen und Männern aussieht, zeigt die nächste Abbildung.

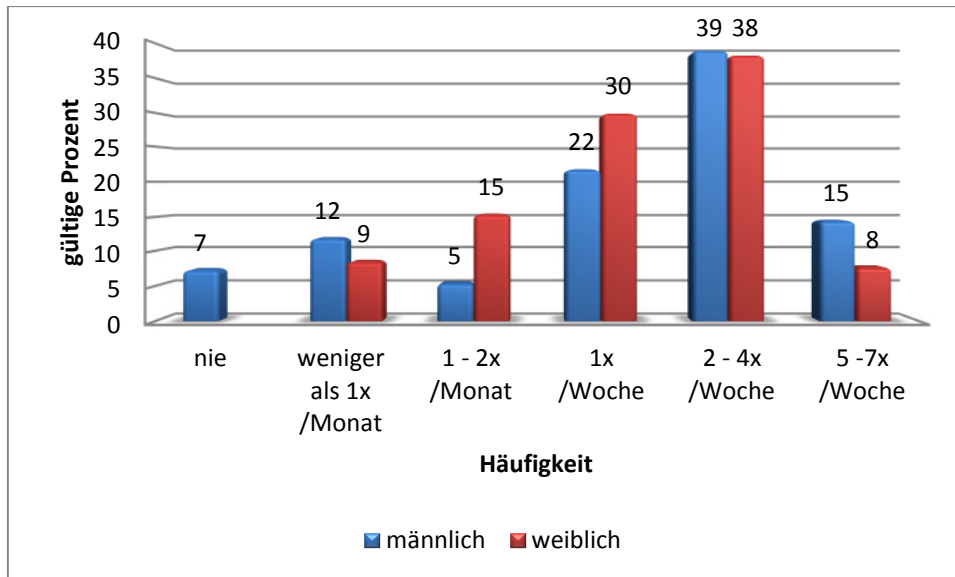


Abb. 22: Vergleich Sport oder Gymnastik Frauen/ Männer
(Frauen n= 130; Männer n=110)

Auffällig ist, dass nur Männer angaben, keinen Sport zu machen. In den anderen Kategorien scheint es relativ ausgeglichen zu sein. Außer in der Kategorie 5-7x pro Woche scheinen mit 15% fast doppelt so viele Männer wie Frauen auf.

In der untenstehenden Abbildung wird die Frage nach der Intensität dargestellt. Dabei wurde gefragt, wie viel Sport betreiben Sie, mit einer Pulsfrequenz von mindestens 160 Schlägen/Minute minus Lebensalter, in der Woche (Als Faustregel kann gelten, dass man dabei zu schwitzen beginnt und das Herz beschleunigt schlägt)?

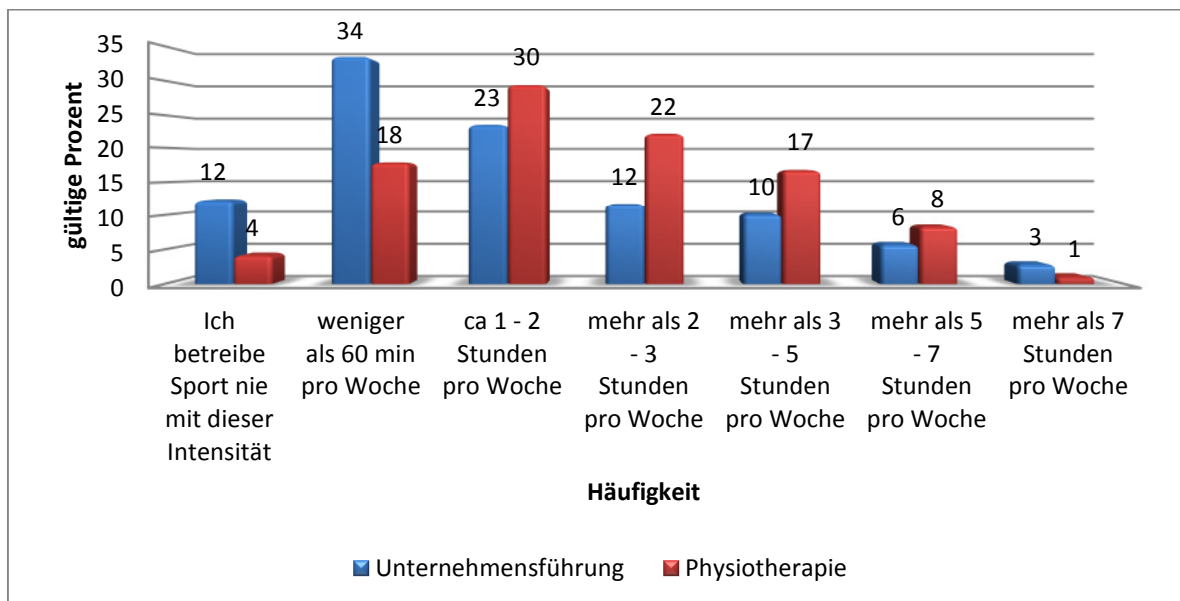


Abb. 23: Sporttreiben mit Pulsfrequenz von mindestens 160 minus Lebensalter
(Unternehmensführung n= 137, Physiotherapie n=95)

Ein Drittel der Studierenden der Unternehmensführung gab an, weniger als 60 min pro Woche beim Sporttreiben zu schwitzen. Lediglich 4 Prozent der Studierenden der Physiotherapie treiben nie Sport mit dieser Intensität. Im Studiengang Unternehmensführung hingegen 12 Prozent. Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Studierenden der Unternehmensführung mehr Stunden beim Sport schwitzend verbringen als die Physiotherapiestudierenden.

Laut Statistik Austria (2007, S. 30) kommen 60% der männlichen und 49% der weiblichen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zumindest einmal pro Woche in der Freizeit durch körperliche Anstrengung ins Schwitzen.

Um die Ergebnisse mit dieser Studie vergleichen zu können, muss zuerst bekannt sein, wie viele Männer und Frauen der beiden Studiengänge zumindest einmal pro Woche durch Sport ins Schwitzen kommen. Dies zeigt uns die untere Abbildung.

Wie sich erkennen lässt, kommen 66 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen mehr als 1 Stunde in der Woche durch Sport ins Schwitzen. Das heißt, dass diese Umfrage ein wenig höhere Werte als die Gesundheitsbefragung 2006/2007 aufweist. Bei den Männern weichen die Werte um nur 6% ab, bei den Frauen jedoch um 13%. Bei den Frauen kann der große Unterschied dadurch entstanden sein, dass Studentinnen der Physiotherapie schon durch den Inhalt ihres Studienplanes mehr Sport betreiben..

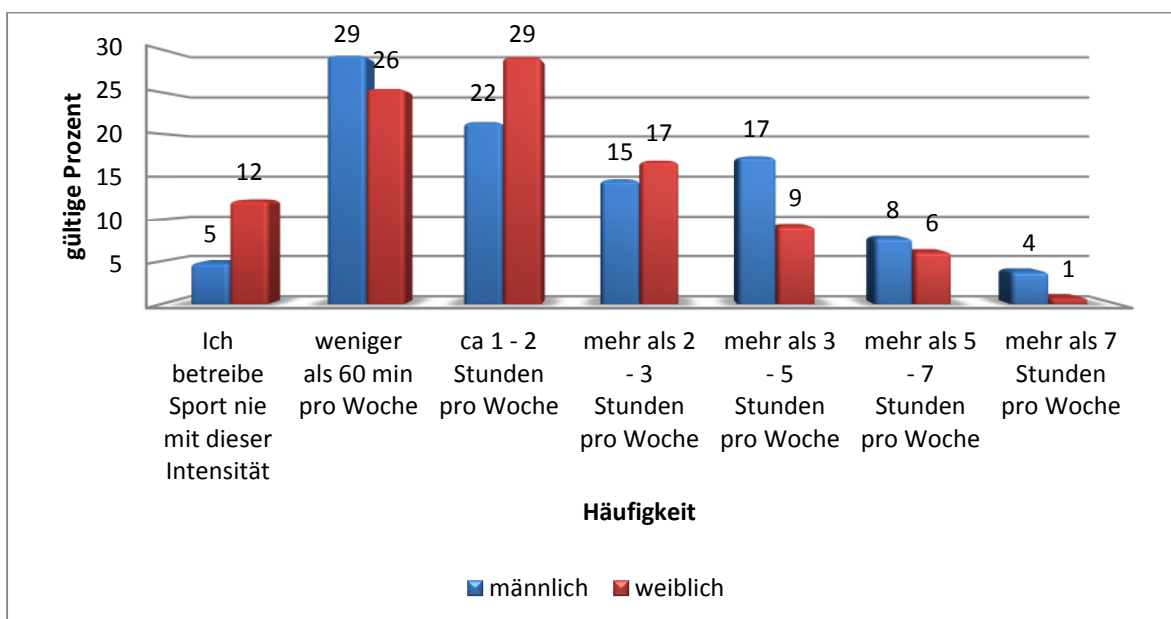


Abb. 24: Sporttreiben mit Pulsfrequenz von mindestens 160 minus Lebensalter Männer/ Frauen (Frauen n= 130; Männer n=102)

Laut Statistik Austria (2008, S. 48) ist ein Bildungseffekt auf die sportliche Aktivität zu bemerken. Dies bedeutet, je höher die Bildung, desto körperlich aktiver. Dieser Effekt trifft auf Frauen sowie auf Männer zu. Am häufigsten sportlich aktiv sind mit 35% Männer mit höchster Schulbildung. Je 28% der Männer mit niedriger bzw. mittlerer Schulbildung sind regelmäßig sportlich aktiv. Bei den Frauen zeigt sich, dass sie in allen Bildungsgruppen weniger sportlich aktiv sind.

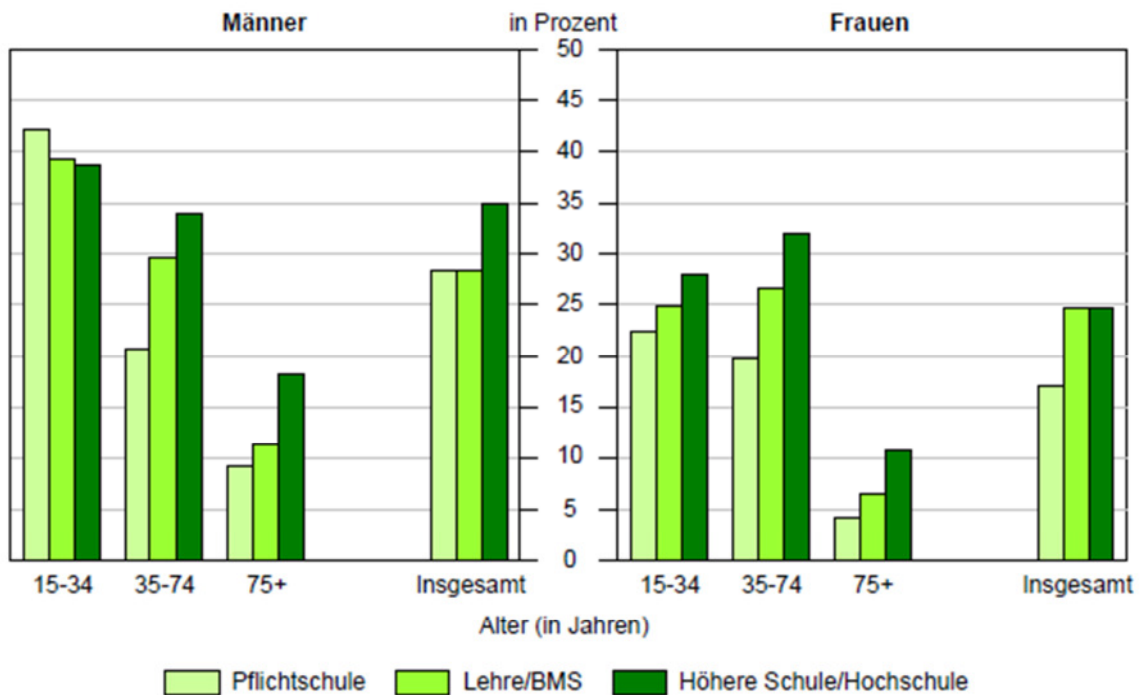


Abb. 25: Sportlich aktive Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Schulbildung (Statistik Austria, 2008, S. 48)

Warum Männer generell mehr Sport betreiben, lässt sich vielleicht durch die gesellschaftliche Prägung der Geschlechtsrollen erklären. Sport, wie er derzeit in unserer Kultur betrieben wird, entspricht dem sozialen Rollenbild und Selbstverständnis von Mann und Frau. Die Werte des Sports beziehen sich mehr auf instrumentelle und funktionale Bedeutungen als auf expressive. Dies entspricht mehr der Identität des Mannes als jener der Frau. Dies zeigen auch die Werte, Leistungsverhalten, Wettbewerbssituation, Erfolg und Misserfolg oder Gewinn und Verlust, durch die der Sport derzeit geprägt ist (Weiß, 1999, S. 78).

Dadurch könnte man annehmen, dass in dem Studiengang, in dem mehr Männer vertreten sind, sprich in dem Studiengang Unternehmensführung, auch häufiger Sport betrieben wird.

Wie die Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen aussehen, zeigt die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H08: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des Sportverhaltens zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

und lieferte folgende Ergebnisse:

Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Testes, da die beiden Gruppen nicht normalverteilt waren, wurde bei der Frage nach der Häufigkeit des Sporttreibens ein p-Wert von 0,000 berechnet. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen einen Mittleren Rang von 140,58 und die Studierenden der Unternehmensführung einen Mittleren Rang von 106,88.

Bei der Frage nach der Pulsfrequenz wurde ein p-Wert von 0,001 berechnet. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen einen Mittleren Rang von 133,73 und die Studierenden der Unternehmensführung einen Mittleren Rang von 104,55.

Dies bedeutet, dass es einen signifikanten Unterschied gibt und aus diesem Grund wird H08 verworfen und H18 angenommen:

Es besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich des Sportverhaltens zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung.

Das Ergebnis zeigt, dass die Student/innen des Studienganges Physiotherapie, entgegen der getroffenen Annahme, häufiger und mit einer höheren Intensität Sport betreiben als die Kolleg/innen des Studienganges Unternehmensführung. Wie schon zuvor beschrieben, verringert sich durch das regelmäßige Sporttreiben das Risiko von Bluthochdruck, koronaren Herzerkrankungen, Arteriosklerose und Schlaganfällen. In diesem Fall setzen die Student/innen der Physiotherapie mehr aktive Handlungen um die Gesundheit des Körpers zu erhalten.

5.7 Ernährung

Der Mensch kann durch die Ernährung und die Auswahl der Lebensmittel seine Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung am stärksten beeinflussen (Vollmer, 1995a, S. 1).

Ernährung ist eine Basis für die Lebenserhaltung des Menschen. Sie steuert in wesentlichen Zügen sein körperliches, geistiges, psychisches und soziales Wohlbefinden. Unter menschlicher Ernährung versteht man die Versorgung von Menschen mit Nahrung in Form von Lebensmitteln und Genussmitteln. [...] Eine hochwertige Ernährung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit des Menschen. Durch die Aufnahme minderwertiger oder schädlicher Nahrungsmittel kann die körperliche Gesundheit nachhaltig beschädigt oder zerstört werden. Hierdurch entsteht ein großer Teil der gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung. Folgen einer minderwertigen Ernährung zeigen sich oft erst Jahrzehnte später¹.

Lebensmittel zeichnen sich durch ihre lebensnotwendigen Inhalte aus. Sie enthalten Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate, als Wirkstoffe Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Darüber hinaus noch das wichtige Wasser und in pflanzlichen Lebensmitteln die verdauungsfördernden Ballaststoffe (Vollmer, 1995a, S. 1).

In weiterer Folge werden die wichtigsten Inhaltsstoffe nach Vreden (2007, S. 4ff) beschrieben, da in der Befragung die Häufigkeit der konsumierten Lebensmittel erhoben wurde.

- Proteine (Eiweiße)

Proteine gehören zu den Grundbestandteilen aller lebender Zellen. Für den menschlichen Organismus dienen sie vermehrt als Bau- und Ersatzstoffe für Blut und Zellen. Die Proteine setzen sich vorwiegend aus Aminosäuren zusammen. Für einen Erwachsenen beträgt der tägliche Eiweißbedarf in etwa 0,8g pro kg Körpergewicht. Als Proteine mit einer hohen biologischen Wertigkeit gelten Milch, Fisch, Fleisch und die Produkte, die daraus hergestellt werden. Ebenso ist es in Getreide, Kartoffeln und Hülsenfrüchten enthalten.

¹ URL: Uniprotokolle <http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Ern%E4hrung.html> [Stand: 16. Mai 2012]

- **Fett**
In jeder menschlichen, tierischen und pflanzlichen Zelle sind Fette enthalten. Sie dienen dem Organismus als wichtige Energiequelle sowie als Lösungsmittel für fettlösliche Vitamine und als Schutzpolster für innere Organe. Neben der Energiequelle sind sie auch Reservestoffe. Als täglicher Bedarf wird etwa 8 bis 10 g pro Tag angegeben.
- **Kohlenhydrate (Sacharide)**
Kohlenhydrate sind unerlässliche Nährstoffe für Mensch und Tier. Das zeigt auch ihr vielseitiger Einsatz im Organismus. Kohlenhydrate werden als Gerüstsubstanzen von Zellwänden, als Energie- und Geschmacksträger und als Reservestoffe verwendet. Der Minimalbedarf an Kohlenhydraten für einen Erwachsenen wird mit 100g pro Tag angegeben.
- **Mineralstoffe und Spurenelemente**
Dabei handelt es sich um lebensnotwendige anorganische Bestandteile von pflanzlichen und tierischen Geweben. Dies bedeutet, dass der Organismus diese Nährstoffe nicht selbst herstellen kann und sie deshalb durch die Nahrung zugeführt werden müssen. Die Aufgaben der Mineralstoffe sind z.B. Bildung und Stabilisierung der Gerüst- und Stützsubstanzen des Körpers wie Knochen und Zahnschmelzen, Unterstützung der Enzyme bei den Stoffwechselfvorgängen und Steuerung der Durchlässigkeit der Zellwände.
- **Vitamine**
Grundsätzlich sorgen Vitamine für das reibungslose Funktionieren des Stoffwechsels. Durch sie werden der Abbau der Hauptnährstoffe, die Steuerung des Stoffwechsels und der Aufbau körpereigener Substanzen ermöglicht. Dies bedeutet, dass sie das Immunsystem schützen und bei dem Aufbau der Zellen, Blutkörperchen, Knochen und Zähnen unverzichtbar sind

- Ballaststoffe

Unter Ballaststoffen versteht man die organischen Rückstände pflanzlicher Lebensmittel. Diese können im Magen-Darm-Trakt nicht abgebaut werden und auch im Dickdarm nur teilweise zersetzt werden. Zum größten Teil werden sie aber wieder ausgeschieden. Dadurch, dass Ballaststoffe länger gekaut werden müssen, dienen sie der Erhaltung der Zähne und durch den vermehrten Speichelfluss fördern sie die Vorverdauung. Außerdem erzeugen ballaststoffreiche Lebensmittel ein frühzeitiger einsetzendes und länger anhaltendes Hungergefühl.

5.7.1 Obst und Gemüse

Da in der Erhebung des Gesundheitsbewusstseins auch die Zusammensetzung der Mahlzeiten eine wichtige Rolle spielt, soll kurz ein Überblick über die Hauptnahrungsmittel gegeben werden. Dies hilft dann auch um die Essgewohnheiten der Probanden besser zu analysieren und interpretieren zu können.

Entgegen der allgemeinen Meinung macht den gesundheitlichen Wert des Obstes weniger der Gehalt an Vitaminen und Nährstoffen aus, sondern eher die Zusammenwirkung einer Vielzahl von Substanzen, die ernährungsphysiologisch betrachtet sehr wichtig sind. Es sind nur wenige Obstsorten in der Lage den Tagesbedarf an Vitaminen und Mineralstoffen zu decken. Außerdem wird auch die Kalorienanzahl von Obst meistens unterschätzt. Dadurch, dass die Kohlenhydrate im Obst überwiegend in Fruchtzucker auftreten und diese unmittelbar ins Blut übergeführt werden können, ist Obst bei der Kalorienberechnung, zumindest bei Übergewichtigen Menschen, nicht zu unterschätzen (Vollmer, 1995a, S. 92).

Natürlich bleibt Obst essen gesund, obwohl nicht vorwiegend wegen den Vitaminen und Mineralstoffen, die darin enthalten sind. Essentiell ist, dass Obst durch organische Säuren, Ballast- und Aromastoffe und sekundären Pflanzenstoffen eine wichtige Ergänzung zu unserer Nahrung ist. Insbesondere Fruchtsäuren und Aromastoffe haben eine reinigende und säubernde Wirkung für den Darmtrakt und sind damit auch in der Lage Krankheiten und Unwohlsein zu verhindern (Vreden, 2007, S. 101f).

Wie Obst steht uns auch Gemüse das ganze Jahr über zur Verfügung. Dabei ist das Gemüse eine der wichtigsten Quellen für bestimmte Vitamine und Mineralstoffe. Zusätzlich werden dem Körper durch Gemüse auch noch Ballaststoffe zugeführt. Weniger

bekannt ist hingegen, dass in Gemüse eine Reihe natürlicher Giftstoffe enthalten sind, die durch richtige Handhabung aber nicht schädlich auftreten können (Vollmer, 1995a, S. 112).

5.7.2 Getreide

Getreideerzeugnisse zählen zu den wichtigsten Grundnahrungsmitteln. Als Energieträger dient bei Getreide hauptsächlich Stärke. Aus ernährungsphysiologischer Sicht sind besonders die Vitamine der B-Gruppe, Vitamin E, Mineralstoffe wie Eisen und verschiedene Ballaststoffe wichtig. Der Anteil der angeführten Nährstoffe ist in den einzelnen Getreidearten relativ unterschiedlich. Insgesamt sticht Hafer aber mit der günstigsten Verteilung an Nährstoffen hervor. Mais und Weizen enthalten dafür Öle mit einem besonders hohen Anteil an essentiellen Fettsäuren. Zu beachten ist, dass Getreide bei der Mehlverarbeitung erhebliche Anteile lebenswichtiger Stoffe verliert (Vreden, 2007, S. 145).

Wie bereits erwähnt, enthält das Getreidekorn fast alles, was der Mensch zur Ernährung benötigt. Dazu zählen die Kohlenhydrate in Form von Stärke, Eiweiße, wenig Fett, Vitamine und fast alle erforderlichen Mineralstoffe. All diese Inhaltsstoffe sind aber erst ausnutzbar, wenn man sie zuerst kocht oder bäckt (Vreden, 2007, S. 156).

5.7.3 Fleisch und Wurst

Laut Vreden 2007 (S. 279) werden in Deutschland jährlich pro Kopf circa 60 kg Fleisch verzehrt. Der größte Anteil entfällt hierbei auf Schweinefleisch mit 39,2 kg, auf Geflügel mit 10,5 kg und auf Rind- und Kalbfleisch mit 8,4 kg. Insgesamt teilt sich der gesamte Verzehr in etwa 60 % Fleisch und 40 % in Form von Wurstwaren auf. Es zeichnet sich ein Trend ab, dass in den letzten zwei Jahrzehnten der Fleischverzehr insgesamt zurück ging. Dieser Konsumrückgang kann auf die unzähligen Skandale, welche die Fleischwirtschaft und die Fleischerzeugung erschüttert haben, zurückgeführt werden. Ein weiterer Grund liegt aber auch in den veränderten Ernährungsgewohnheiten der jüngeren Bevölkerung, die nicht mehr so viel Fleisch verzehren. Des Weiteren kam es auch zu einer Verschiebung im

Verzehr der einzelnen Fleischarten. Während der Verzehr von Rind- und Kalbfleisch abgenommen hat, stieg der Verzehr von Geflügel.

Trotz der veränderten Verzehrsgewohnheiten, ist der Fleischverzehr der Gesamtbevölkerung, wenn man ihn aus ernährungsphysiologischer Sicht betrachtet, noch immer zu hoch. Einerseits ist Fleisch wegen des hohen Gehaltes an Eiweiß und Vitaminen der B-Gruppe wichtig für die Ernährung, andererseits enthält es viel Fett, welches besonders in den Wurstwaren versteckt ist (Vreden, 2007, S. 279).

Fest zu halten ist, dass Fleisch einen hohen Eiweißgehalt besitzt, der Eiweißbedarf des Menschen aber nicht nur durch Fleischverzehr gedeckt werden soll. Auch gibt es andere Lebensmittel deren Vitamin B Anteil um einiges höher ist als der von Fleisch. Besonders vor Auge gehalten werden sollte, dass Fleisch kein lebensnotwendiges Lebensmittel ist, jedoch eine abwechslungsreiche Ernährung, bei der auch auf Fleisch nicht verzichtet wird, für den Menschen besser geeignet ist als einseitige Kost (Vreden, 2007, S. 296).

5.7.4 Fisch

Fischkonsum beinhaltet Sorgen und Segen für die Ernährung. Fisch ganz aus seinem Ernährungsplan zu streichen kann, aufgrund von Jodmangel; unangenehme Folgen haben. Aber auch der übermäßige und unbedachte Genuss kann gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Durch ihre fettarme und eiweißreiche Zusammensetzung zählen Fisch und Fischerzeugnisse zu den ernährungsphysiologisch wertvollsten Lebensmitteln. Dem gegenüber stehen die Schadstoffe, die in den Fischen enthalten sind. Dabei muss aber zwischen den natürlichen Schadstoffen, denen die auf Umwelteinflüsse zurückzuführen sind und jene, die bei der Verarbeitung hineingelangen, unterschieden werden (Vreden, 2007, S. 316).

Das Eiweiß des Fisches ist biologisch hochwertig und ist in der Verteilung der Aminosäuren dem Säugetiereiweiß ähnlich. Wie auch bei Fleisch hängt der Fettgehalt von der Fischart ab. Dabei gibt es Fische mit besonders wenig Fett und andere mit viel. Hervorzuheben sind bei Fisch aber die mehrfach ungesättigten Fettsäuren im Fischöl. Diese wirken sich positiv auf die Ernährung aus (Vreden, 2007, S. 318).

Abschließend kann erwähnt werden, dass eine tägliche Aufnahme von 0,4g Eicosapentaensäure, welche eine mehrfach ungesättigte Fettsäure ist und zur Klasse der Omega-3-Fettsäuren gehört, das Infarktisiko deutlich vermindert (Vreden, 2007, S. 318).

5.7.5 Soziale Unterschiede im Ernährungshandeln

Lange Zeit wurden Ernährungsformen und Mahlzeitenmuster durch die Zugehörigkeit von sozialen Schichten und Ständen geprägt. Dabei bestand ein enges Verhältnis zwischen Essen, sozialer Hierarchie und Macht. Auch heute zeigen Studien noch deutlich schichtbezogene Ernährungsunterschiede. Daraus ergibt sich, dass Statusgruppen, die weniger privilegiert sind, ein deutlich ungesünderes Ernährungsverhalten aufweisen und dadurch auch einem höheren Risiko für Krankheiten wie, Herz-Kreislauferkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, ausgesetzt sind. Man kann auch davon ausgehen, dass sich die Ernährung mit dem Bildungsgrad ändert. Als Beispiel wird angeführt, dass mit höherem Bildungsgrad die fleischärmere Ernährung steigt. Jedoch sind diese Unterschiede nicht als absolut anzusehen, sondern sie scheinen je nach Lebensmittel zu variieren. All diese Unterschiede sind aber nicht nur auf Einkommen und Kosten der Lebensmittel zurückzuführen, sondern auch teilweise auf kulturelle und soziale Unterschiede. Obwohl den ökonomischen Faktoren bei der Untersuchung von Konsum- und Ernährungspraktiken ein wichtiger Teil an Bedeutung zugesprochen werden muss, dürfen aber auch die sozialen Beziehungen, Geschlechtsaspekte, infrastrukturelle Bedingungen und der praktizierte Lebensstil nicht außer Acht gelassen werden (Brunner, 2007, S. 22).

Studien, die geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten untersuchten, zeigten stark ausgeprägte Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten von Frauen und Männern. Als typisch weibliche Lebensmittel ließen sich demnach Obst und Gemüse sowie Vollkorn- und Milchprodukte definieren. Dem gegenüber stehen als männliche Vorlieben rotes Fleisch, deftige und stark gewürzte Speisen sowie Alkohol. Der Mann orientiert sich beim Essen eher an Sättigung und Genuss, wobei sich die Frau an Schlankheit und Gesundheit orientiert. Das Bild des Mannes wird hier als kräftig und aktiv-männlich vermittelt. Das Bild der Frau als zurückhaltend und passiv-weiblich (Brunner, 2007, S. 83).

Man darf aber dabei nicht vergessen, dass es auch innerhalb der weiblichen und männlichen Konsument/innentypen, das heißt Menschen mit ähnlichem Konsummuster, Unterschiede gibt. Doch auch in diesen Gruppen ernähren sich die weiblichen Konsument/innen nachhaltiger als Männer, die sich in den vergleichbaren Konsumtypen befinden. Dies bedeutet, dass Frauen weniger Fleisch, mehr Obst und Gemüse und Bioprodukte essen. Weiters zeigen sie auch eine stärkere saisonale Orientierung beim Verzehr von Lebensmitteln (Brunner, 2007, S. 84).

Aus diesen Gründen, lässt sich die Annahme treffen, dass im Studiengang Physiotherapie häufiger Obst und Gemüse sowie Vollkorn- und Milchprodukte konsumiert werden, da der Anteil an Studentinnen mit knapp zwei Drittel höher ist, als bei dem Studiengang Unternehmensführung, bei dem der Anteil der Studentinnen knapp unter 50% liegt.

5.7.6 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

Auf die Frage „Wie oft isst du für gewöhnlich...“ konnten die Befragten bei den Nahrungsmittelgruppen zwischen den folgenden Antwortmöglichkeiten wählen.

- nie
- Seltener als 1x/ Woche
- 1-2x/Woche
- 3-6x/Woche
- 1x/Tag
- öfter als 1x/Tag

Aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung wurde den Nahrungsmittelgruppen, die als gesund angesehen werden, der Antwort „öfter als 1x/Tag“ der Wert 1 zugewiesen. Zu diesen Gruppen zählen frisches Obst, Vollwert- /Vollkornprodukte und frisches Gemüse und /oder Salat. Bei den anderen Gruppen wurden die Werte genau in die andere Richtung vergeben, dies bedeutet, dass „öfter als 1x/Tag“ den Wert 6 zugewiesen bekam. Daraus folgt, dass die Nahrungsmittelgruppen mit einem niedrigeren Mittelwert auf einen gesünderen Ernährungsstil hinweisen.

In der nächsten Darstellung werden die Mediane für alle Nahrungsmittelgruppen und für beide Studiengänge dargestellt. Die genauen Werte, werden aufgrund besserer Übersicht in der darunter folgenden Tabelle gezeigt.

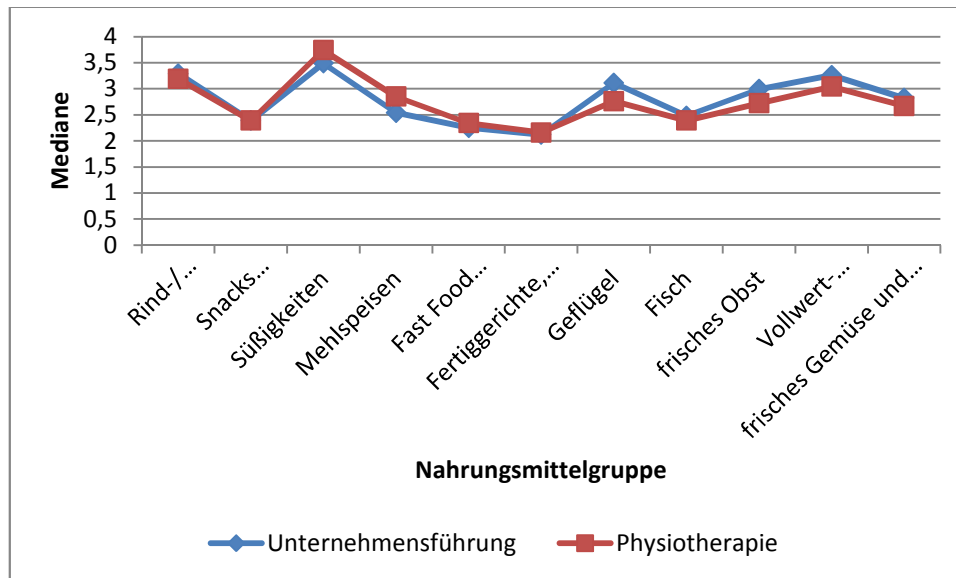


Abb. 26: Vergleich Nahrungsmittelgruppen
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Wie sich aus der Graphik herauslesen lässt, scheinen die Mediane der Studierenden der Unternehmensführung und jene der Studierenden der Physiotherapie ziemlich ähnlich zu sein.

Genauer sieht man die Werte in der nächsten Tabelle.

Tab. 4: Mediane der Nahrungsmittelgruppen

Nahrungsmittelgruppe	Unternehmensführung	Physiotherapie
Rind-/ Schweinefleisch und Wurstwaren	3,29	3,19
Snacks (Knabbergebäck, Chips...)	2,39	2,39
Süßigkeiten	3,49	3,74
Mehlspeisen	2,54	2,85
Fast Food (Hamburger, Kebab, Hot Dog, Wurstsemmel...)	2,25	2,34
Fertiggerichte, Dosengerichte	2,12	2,16
Geflügel	3,11	2,76
Fisch	2,48	2,39
frisches Obst	2,99	2,72

Vollwert- /Vollkornprodukte	3,26	3,04
frisches Gemüse und /oder Salat	2,82	2,67

Quelle: eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass die Studierenden der Physiotherapie weniger Fleisch, Geflügel und Fisch essen und auch bei frischem Obst, Vollwert- /Vollkornprodukte und frischem Gemüse und /oder Salat einen geringeren Mittelwert aufweisen. Dies bedeutet, dass sie mehr gesunde Lebensmittel zu sich nehmen.

Bei den oben genannten Nahrungsmittelgruppen, weisen jeweils die Student/innen der Physiotherapie höhere Werte auf. Dies könnte daran liegen, dass diese Nahrungsmittel, wie schon vorher erwähnt, eher als weiblich gelten und im Studiengang Physiotherapie, prozentuell gesehen, mehr Frauen vertreten sind als im Studiengang Unternehmensführung.

Die nächste Abbildung zeigt aber, wofür sie, im Gegensatz zu den Studentinnen und Studenten der Unternehmensführung, eine Schwäche haben.

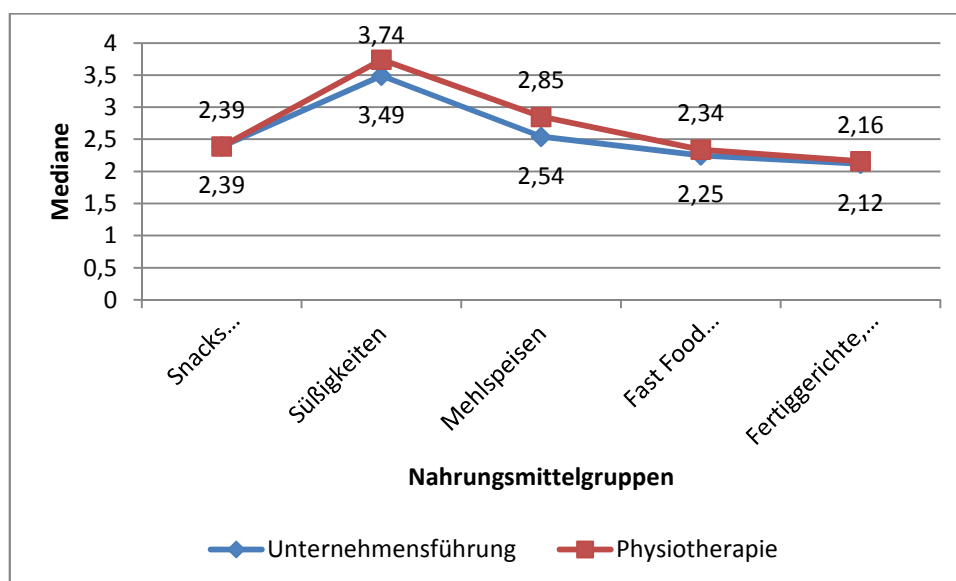


Abb. 27: Vergleich Snacks, Süßigkeiten usw.
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Bei Snacks weisen beide Gruppen mit 2,39 einen identischen Wert auf. Jedoch bei Süßigkeiten und Mehlspeisen weisen die Physiotherapiestudierenden weitaus höhere

Mediane auf. Dies mag aber daran liegen, dass deutlich mehr Frauen als Männer Physiotherapie studieren.

Als Letztes werden noch die geschlechterspezifischen Unterschiede dargestellt. Dazu dienen die nächste Graphik und die danach angeführte Tabelle mit den Medianen.

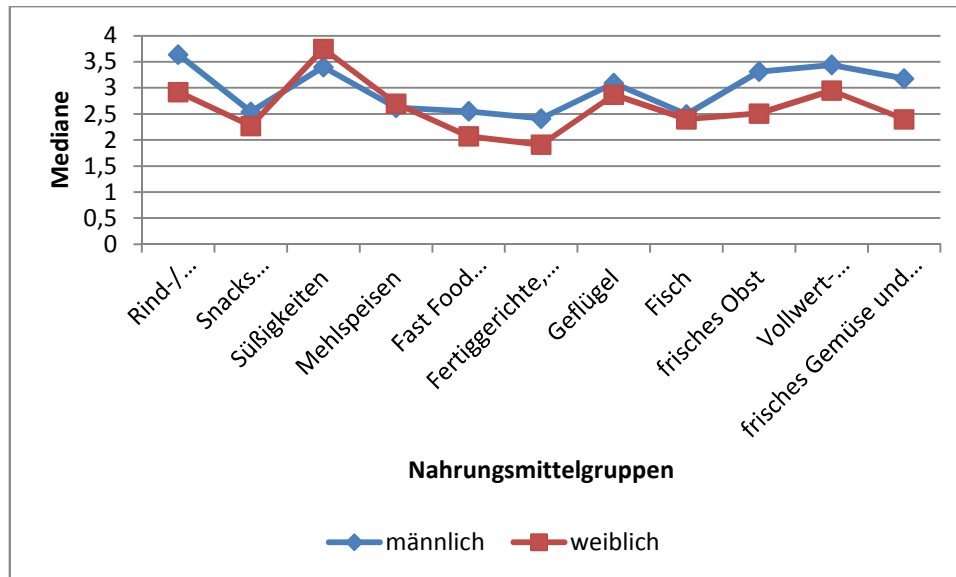


Abb. 28: Nahrungsmittelgruppen Vergleich Männer/ Frauen
(Männer n= 110; Frauen n= 130)

Wie sich hier gut erkennen lässt, liegen die Mediane der weiblichen Befragten nur bei Süßigkeiten und Mehlspeisen über den Werten der Männer. Große Unterschiede gibt es bei Fast Food und Fertiggerichten sowie bei Obst, Vollwertgerichten und Gemüse/ Salat. Dies zeigt auch die Gegenüberstellung der Werte in der unteren Tabelle.

Tab. 5: Mediane der Nahrungsmittelgruppen Männer/ Frauen

Nahrungsmittelgruppe	Männer	Frauen
Rind-/ Schweinefleisch und Wurstwaren	3,64	2,92
Snacks (Knabbergebäck, Chips...)	2,54	2,27
Süßigkeiten	3,4	3,75
Mehlspeisen	2,62	2,7
Fast Food (Hamburger, Kebab, Hot Dog, Wurstsemmel...)	2,55	2,07
Fertiggerichte, Dosengerichte	2,41	1,91

Geflügel	3,09	2,87
Fisch	2,49	2,4
frisches Obst	3,31	2,51
Vollwert- /Vollkornprodukte	3,44	2,95
frisches Gemüse und /oder Salat	3,18	2,4

Quelle: eigene Darstellung

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H04: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Ernährung zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

lieferte folgende Ergebnisse:

Wie schon aus den Mittelwerten der beiden Gruppen hervorging, ergaben sich bei den Nahrungsmitteln nur bei Geflügel und Mehlspeisen signifikante Unterschiede. Der berechnete p-Wert des Geflügels liegt bei 0,003 und der von Mehlspeisen bei 0,008. Dies bedeutet, dass Studierende von Unternehmensführung mehr Geflügel (Mittlerer Rang Unternehmensführung: 130,94; Mittlerer Rang Physiotherapie: 105,11) essen und Studierende des Studienganges Physiotherapie mehr Mehlspeisen zu sich nehmen (Mittlerer Rang Unternehmensführung: 111,33; Mittlerer Rang Physiotherapie: 134,02).

Dadurch, dass sich nur zwei von elf Nahrungsmittelgruppen unterscheiden, wird die H04 nicht verworfen.

Der Unterschied im Bereich Geflügel könnte damit argumentiert werden, dass sich mehr Männer im Studiengang Unternehmensführung befinden und dadurch mehr Fleisch gegessen wird. Warum dies gerade bei Geflügel der Fall ist, ist darauf zurückzuführen, dass, wie auch schon vorher angeführt, der Verzehr von Geflügel gestiegen ist, während der Verzehr von Rind- und Kalbfleisch abgenommen hat.

5.8 Schlaf

„Der Schlaf entspricht nicht einfach einem „dumpfen Wegsein“, während des Schlafens laufen vielmehr zahlreiche komplexe biologische und psychologische Prozesse ab, die man heute schon gut beschreiben kann, wenngleich ihre Funktion und ihr Zweck noch nicht völlig geklärt sind“ (Katschnig & Saletu-Zyhlarz, 2004, S. 5).

Schlaf ist ein aktiver, rhythmisch wiederkehrender Erholungsvorgang, bei dem es zu Veränderungen im zentralen und autonomen Nervensystem und auch in verschiedenen Hormonsystemen kommt. Im Gegenteil zur weit verbreiteten Meinung ist der Schlaf kein passiver, sondern ein höchst aktiver Vorgang. Dabei kommt es zur Freisetzung verschiedenster Hormone wie zum Beispiel des Wachstumshormones, welches die Bildung von Eiweißkörpern und damit das Zellwachstum anregt, welches wiederum für Knochen- und Muskelaufbau, Immunabwehr, Gedächtnis und Wundheilung notwendig ist (Saletu, 2004, S. 20).

Während des Schlafes durchlebt man fünf Schlafstadien. Diese zeichnen sich durch verschiedene Hirnstromkurven aus. Alle fünf Stadien ergeben zusammen eine Dauer von ca. 100min und laufen mehrmals in der Nacht hintereinander ab. Diese Stadien wären:

- Stadium eins: Einschlafstadium
- Stadium zwei: leichter, aber schon richtiger Schlaf
- Stadium drei und vier: Tiefschlaf
- Stadium fünf: REM-Schlaf

In den ersten vier Stadien nimmt die Tiefe des Schlafes immer mehr zu und es kommt zu einer Verlangsamung des Herzschlages, Muskelentspannung und zu flacheren regelmäßigen Atmung. In der REM-Phase (Rapid Eye Movement) hingegen steigt der Blutdruck und die Atmung wird wieder heftiger. In dieser Phase finden die meisten Träume statt, was aber nicht bedeutet, dass in den anderen Stadien nicht auch geträumt wird. Vor oder nach der REM-Phase erwachen wir oder erwachen beinahe ohne es jedoch wahrzunehmen und schlafen darauf wieder ein und die fünf Stadien beginnen von neuem (Holst & Meister, 2004, S. 26-27).

Schlafbedürfnisse sind von Mensch zu Mensch verschieden und unterliegen keiner Norm. Wie lange man schläft, ist biologisch von Individuum zu Individuum unterschiedlich und verändert sich im Laufe des Lebens erheblich. Während man als Baby noch 20 Stunden

geschlafen hat, schläft man als Schulkind nur mehr zehn Stunden und später reichen vielleicht schon sieben bis acht. Verantwortlich dafür ist der Schlaf-Wach-Rhythmus (Bock, 1992, S.102).

Wie schon oben angedeutet, korreliert die Dauer des Schlafes mit dem Alter. Sprich je älter man wird desto weniger Schlaf wird benötigt. Dies veranschaulicht auch die unten angeführte Abbildung.

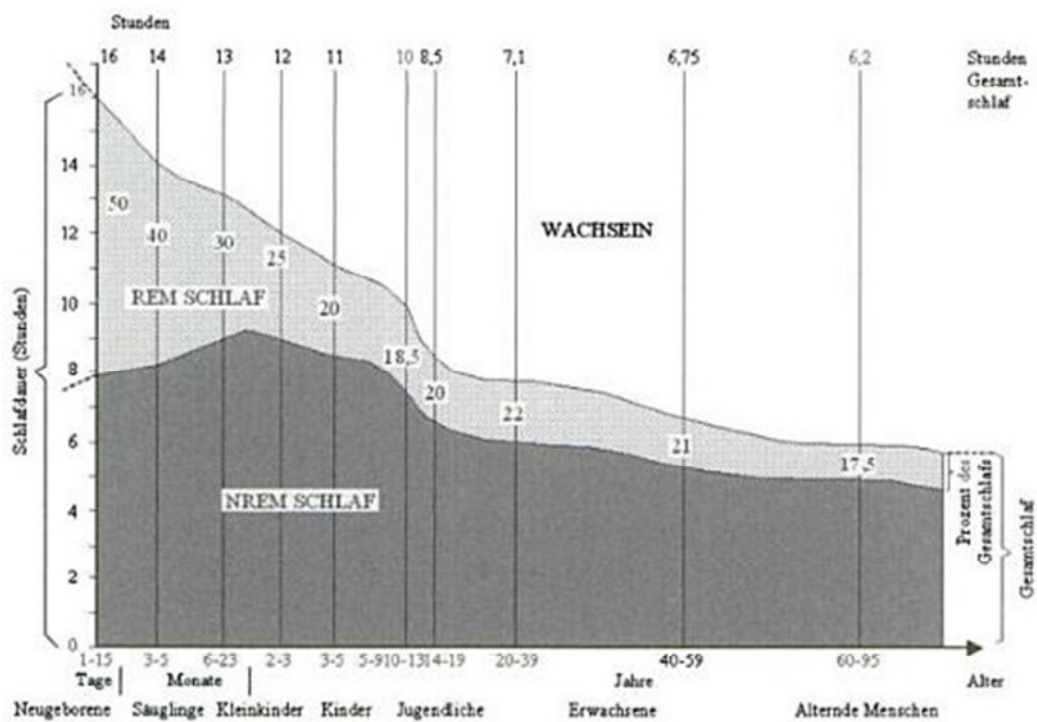


Abb. 29: Zusammenhang von Schlaf und Alter (Saletu, 2004, S. 31).

Wie bereits erwähnt, ist die Schlafdauer individuell unterschiedlich. Trotzdem kann man sagen, dass für die meisten Personen sieben bis acht Stunden Schlaf erforderlich sind, um sich am folgenden Tag fit und ausgeruht zu fühlen. Studien an eineiigen Zwillingen zeigten, dass die Schlafdauer genetisch festgelegt werden dürfte, da diese vergleichbare Werte aufwiesen. Es gibt auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schlafdauer. Wie eine Untersuchung der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (ÖGSMS) aus dem Jahre 1997 ergab, schlafen Frauen durchschnittlich eine Stunde länger als Männer. Wie auch die untere Abbildung darstellt.

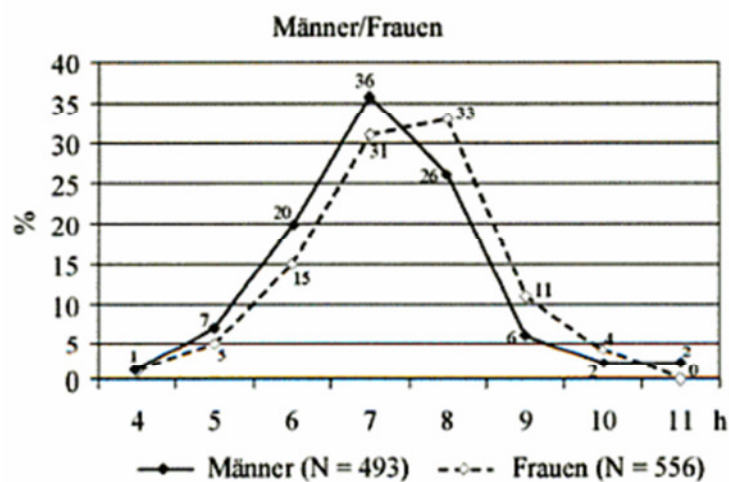


Abb. 30: Schlafdauer der österreichischen Männer und Frauen 1997 (Saletu, 2004, S.32).

Bei der Schlafdauer gibt es aber trotzdem große Differenzen. Während Kurzschläfern vier bis fünf Stunden Schlaf genügen, reichen Langschläfern gerade einmal zehn bis elf Stunden. Jedoch sind Schlafzeiten unter vier und über zehn Stunden auf Dauer ungesund. So haben Personen mit einer Schlafzeit unter vier Stunden eine eineinhalb Mal so hohe Sterblichkeitsrate gegenüber Personen mit einer Schlafdauer von sieben bis acht Stunden. Langschläfer über 11 Stunden haben sogar eine zweieinhalb Mal so hohe Sterblichkeitsrate als die, die siebeneinhalb Stunden schlafen (Saletu, 2004, S. 30).

Unterschiede in der Schlafdauer und des Zeitpunktes des zu Bettgehens sind auch von demographischen Determinanten abhängig. Während Selbstständige und Großstädter kürzer schlafen, schlafen Angehörige der Landbevölkerung und niedriger Einkommensgruppen länger. Außerdem zeichnet sich ab, dass Frauen früher zu Bett gehen

als Männer und auch dass jüngere Menschen im Alter von 15-49 Jahren und Personen mit höherem Bildungsgrad später zu Bett gehen (Saletu, 2004, S. 30-32).

Insgesamt ergab sich, dass 2/3 der Österreicher und Österreicherinnen zwischen 7 und 8 Stunden pro Tag schlafen.

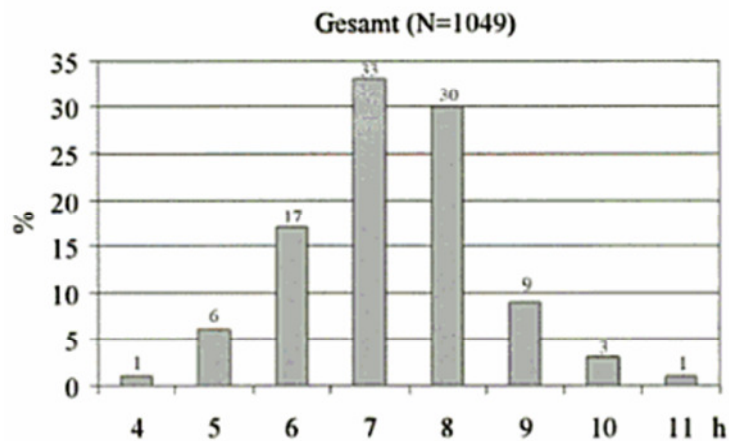


Abb. 31: Schlafdauer der Österreicher (Saletu, 2004, S.32).

Man kann also sagen, dass der Schlaf ein aktiver und rhythmischer wiederkehrender Erholungsvorgang ist. Rhythmisch deshalb, weil die fünf Schlafphasen immer wiederkehren und sich wiederholen. Außerdem nimmt die Schlafdauer mit steigendem Alter ab und stagniert bei ca. sechs Stunden. Für die vom Autor befragten Proband/innen sollte die optimale Schlafdauer aber ungefähr zwischen sieben und acht Stunden liegen, um sich am nächsten Tag fit und ausgeruht zu fühlen.

Wie bereits beschrieben, kann die Dauer des Schlafes die Gesundheit sowohl negativ als auch positiv beeinflussen. Aus diesem Grund wurden die beiden Gruppen auch zu ihren Schlafgewohnheiten befragt. Da es sich dabei in beiden Gruppen um Studierende handelt, werden keine großen Unterschiede erwartet.

5.8.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertung

In den folgenden Abbildungen wird dargestellt, wie viele Stunden die Befragten an Wochentagen außer Feiertagen schlafen. Danach wird noch dargestellt, ob sich die Schlafdauer mit zunehmendem Alter wirklich verkürzt.

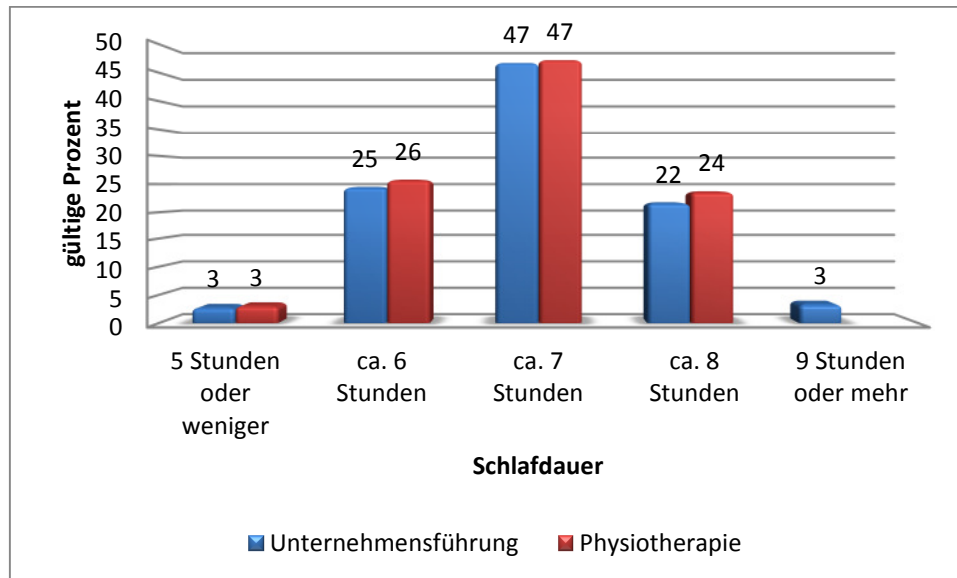


Abb. 32: Schlafdauer im Vergleich
(Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)

Es lässt sich erkennen, dass es in der Häufigkeitsverteilung in der Schlafdauer keine großen Unterschiede gibt. Eine Begründung dafür wäre, dass es sich um zwei ähnliche Proband/innengruppen handelt. Nachdem beide Gruppen studieren, kann man von einem ähnlichen Tagesrhythmus ausgehen. Das Ergebnis ist sehr ausgeglichen, nur dass bei den Studierenden der Unternehmensführung 3% angaben 9 Stunden oder mehr zu schlafen. 47 Prozent aus jedem Studiengang gaben an, dass sie ca. 7 Stunden schlafen. In etwa je ein Viertel der Studierenden in beiden Studiengängen gaben an, ca. 6 Stunden oder ca. 8 Stunden zu schlafen. Damit bewegen sich über 90% der Studentinnen und Studenten in einem Bereich, der für ihr Alter geradezu optimal ist.

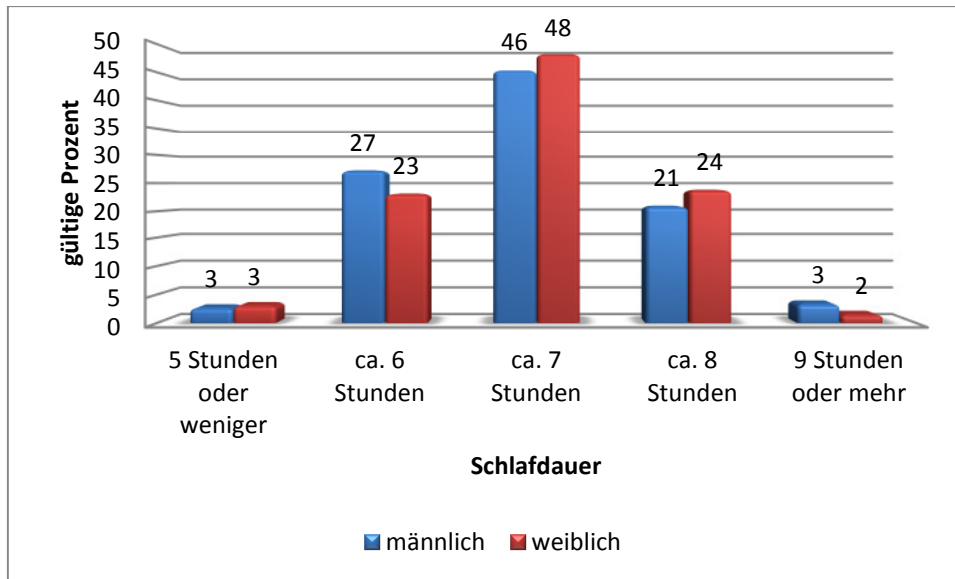


Abb. 33: Schlafdauer Männer/ Frauen im Vergleich
 (Frauen n=130; Männer n=110)

Auch bei dem Vergleich von Männern und Frauen bezüglich der Schlafdauer lassen sich durch die graphische Darstellung keine auffälligen Unterschiede feststellen. Auch sind über 90 Prozent der Angaben im Bereich von ca. 6 bis ca. 8 Stunden.

Interessanter ist, ob die Schlafdauer mit zunehmendem Alter wirklich abnimmt. Besser gesagt, ob es auch schon in dieser Befragung auffällt. Dazu werden in Abbildung 37 die Mittelwerte der Schlafdauer für die einzelnen Altersgruppen graphisch dargestellt. Das bedeutet, je höher der Mittelwert ist, desto länger ist die Schlafdauer. Wie schon vorher beschrieben, kann man davon ausgehen, dass die Schlafdauer mit zunehmendem Alter abnimmt. Das bedeutet, dass der Mittelwert in der unteren Abbildung niedriger ist.

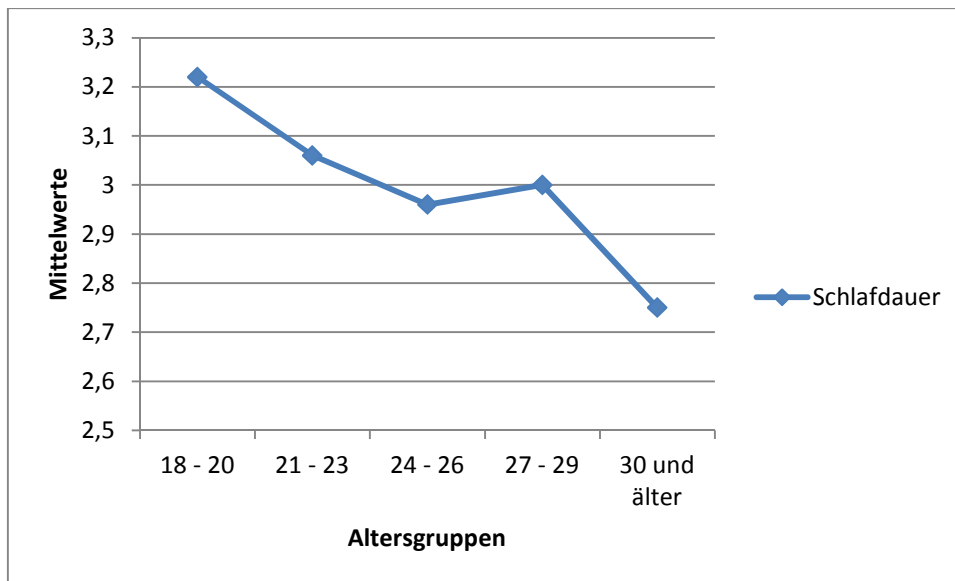


Abb. 34: Mittelwerte der Schlafdauer im Vergleich(n=240)

Anhand der Graphik lässt sich erkennen, dass die Schlafdauer mit wachsendem Alter stetig kürzer wird. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe von 27 bis 29.

Die Berechnung der dazugehörigen Hypothese

H07: Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich der Schlafgewohnheiten zwischen Studierenden des Studienganges Physiotherapie und den Studierenden des Studienganges Unternehmensführung

lieferte folgende Ergebnisse:

Mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Testes wurde ein p-Wert von 0,594 berechnet. Die Studierenden der Physiotherapie zeigen einen Mittleren Rang von 117,79 und die Studierenden der Unternehmensführung einen Mittleren Rang von 122,34. Dies bedeutet, dass H07 beibehalten wird und es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studierendengruppen gibt.

Das Ergebnis zeigt, dass beide untersuchten Gruppen Schlafgewohnheiten haben, die sich nicht signifikant voneinander unterscheiden. In beiden Studiengängen gaben mehr als 90% an, zwischen 6 und 8 Stunden zu schlafen. Betrachtet man dabei das Alter der Befragten, liegen die Schlafgewohnheiten in einem für dieses Alter sehr geeigneten Bereich.

6. Zusammenfassung

Die Gesundheit hat sich bis heute zu einem zentralen Wert entwickelt. Viele Menschen sehen darin sogar das höchste Gut und stellen sie als den Inbegriff von Leben dar. Es wird ein größerer Fokus auf gesunde Ernährung gelegt, und durch Sport und Bewegung wird der Bewegungsapparat fit gehalten. Außerdem reagieren die Menschen sensibler auf die Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit und manchmal werden auch die körperlichen Auswirkungen der psychischen und sozialen Konstellation wahrgenommen. Dadurch kann man schon von einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung ausgehen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass dies in allen sozialen Schichten gleich verbreitet ist (Faltermaier, 1994, S. 11).

Das bedeutet, dass die Gesundheit von verschiedenen Größen entweder negativ oder positiv beeinflusst wird und die Menschen auf diese Einflüsse sensibler reagieren, um die eigene Gesundheit zu schützen.

Weiß operationalisierte den Begriff „Gesundheitsbewusstsein“. Die Variablen und in weiterer Folge die Indikatoren sind jene Größen, die der Mensch selbst beeinflussen kann. Deshalb wurden auch diese bei der durchgeführten Studie mittels Fragebogen erhoben.

Ziel dieser Arbeit war es, die Studiengänge Physiotherapie und Unternehmensführung, in den durch Weiß definierten Indikatoren, zu vergleichen und daraus auf das Gesundheitsbewusstsein der beiden Studiengänge zu schließen. Da man davon ausgehen konnte, dass es sich um Gruppen mit ähnlichem sozialen Hintergrund und Bildungsstand handelte, lag das Augenmerk auf dem Studiengang und wie die Proband/innen in den beiden Studiengängen ihre Gesundheit bewusst beeinflussen.

Im Folgenden werden die gewonnenen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst.

Der erste Indikator, der untersucht wurde, war der Body Mass Index. Der errechnete BMI-Wert eines Menschen stellt den Ist-Zustand für sein Körpergewicht dar. Der Unterschied zum Sollgewicht kann auf Gefährdungen durch Krankheiten und die Lebenserwartung deuten (Martin, 2005, S. 5)

Dabei ergab sich, dass 70% der Befragten im Studiengang Unternehmensführung und 77% der Physiotherapie Studierenden in die Kategorie Normalgewicht fallen. Erschreckend ist, dass 20 bzw. 14 Prozent der Studentinnen und Studenten übergewichtig sind und dazu 7% der Unternehmensführung an Adipositas leiden und bei den Physiotherapeut/innen nur 1

Prozent. Das bedeutet, dass ca. drei Viertel aller befragten Student/innen in den normalgewichtigen Bereich fallen. Auch im Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung liegt ein höherer Anteil der Studierenden im Bereich des Normalgewichts. Dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer.

Bei der Frage nach dem Zigarettenkonsum gaben aus dem Studiengang Unternehmensführung drei Viertel der befragten Personen an, nicht zu rauchen. Im Studiengang Physiotherapie sind es 84% und somit mehr als vier Fünftel. Dies bedeutet, dass 27 bzw. 18 Prozent der Befragten täglich Zigaretten konsumieren. Das entspricht in etwa den Werten der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/2007. Laut Statistik Austria (2007, S. 37) lag der Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren bei den Männern bei 27,5% und bei den Frauen bei 19,4%. Insgesamt lässt sich festhalten, dass es bei den Rauchgewohnheiten keinen Unterschied zwischen den Studiengängen Unternehmensführung und Physiotherapie gibt.

Als nächstes wurde nach den Häufigkeiten der Vorsorgeuntersuchungen gefragt. Bei der Vorsorgeuntersuchung bzw. Gesundenuntersuchung handelt es sich um eine Untersuchung, die allen ab dem 19. Lebensjahr einmal im Jahr kostenlos zur Verfügung steht. Die Erhebung von Statistik Austria ergab, dass nur 17,6% der Bevölkerung in Österreich ab 19 Jahren an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. In dieser Befragung gaben immerhin 1/3 der Physiotherapiestudierenden und 1/4 der Studierenden der Unternehmensführung an, jedes Jahr eine Vorsorgeuntersuchung zu machen und noch immer 17% der Unternehmensführungsstudierenden bzw. 24% der Studentinnen und Studenten der Physiotherapie lassen die Untersuchung noch jedes zweite Jahr durchführen. Dies zeigt, dass auch hier die Werte der befragten Teilnehmer/innen über den Werten der österreichischen Bevölkerung liegen.

Bei der Frage nach dem Ernährungsstil wurden die Häufigkeiten der einzelnen Nahrungsmittelgruppen erhoben. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Studierenden der beiden Studiengänge in ihren Ernährungsstilen und Ernährungsgewohnheiten nicht bemerkenswert voneinander unterscheiden. Es gab nur zwei Punkte, in denen sich die Studierenden unterschieden. Und zwar nehmen die Studentinnen und Studenten der Physiotherapie mehr Mehlspeisen zu sich und die Unternehmensführungsstudierenden mehr Geflügel. Der Unterschied im Bereich Geflügel könnte damit argumentiert werden, dass sich mehr Männer im Studiengang Unternehmensführung befinden und dadurch mehr Fleisch gegessen wird. Warum dies gerade bei Geflügel der Fall ist, ist darauf

zurückzuführen, dass sich, wie auch schon vorher angeführt, der Verzehr von Geflügel allgemein gestiegen ist, während der Verzehr von Rind- und Kalbfleisch abgenommen hat.

Die Frage nach dem Alkoholkonsum ergab, dass 6% der Unternehmensführungsstudierenden und 4% der Physiotherapiestudierenden keinen Alkohol trinken. Obwohl es bei dem Alkoholkonsum von Wein und Bier bei den beiden Studiengängen keine signifikanten Unterschiede gibt, trinken die Studierenden des Studienganges Unternehmensführung mehr Alkohol als die Studierenden der Physiotherapie. Geschlechtsspezifische Unterschiede ergaben sich bei der Konsumation von Wein und Bier. So trinken drei Viertel der Männer, die angegeben haben Alkohol zu trinken, keinen Wein. Bei den weiblichen Kolleginnen hingegen gab mit 32% knapp ein Drittel an, keinen Wein zu trinken. Bei der Konsumation von Bier treten dann schon größere Unterschiede auf. Mit 72% gaben ungefähr drei Viertel der Frauen an, kein Bier zu trinken. Bei den Männern geben hingegen 89% an, Bier zu trinken. Diese Verteilung bestätigt auch die vorherrschende Meinung, dass Bier ein „Männergetränk“ ist. Wein wird im Gegensatz dazu von beiden Geschlechtergruppen in einem ähnlichen Verhältnis konsumiert.

Laut Statistik Austria (2007, S. 30) kommen 60% der männlichen und 49% der weiblichen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren zumindest einmal pro Woche in der Freizeit durch körperliche Anstrengung ins Schwitzen. In dieser Untersuchung gaben 66 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen an, mehr als 1 Stunde in der Woche durch Sport ins Schwitzen zu kommen. Das heißt, dass diese Umfrage ein wenig höhere Werte als die Gesundheitsbefragung 2006/2007 aufweist. Insgesamt ergab sich, dass die Studierenden des Studienganges Physiotherapie insgesamt mehr Sport betreiben als ihre Studienkollegen und Studienkolleginnen aus dem Studiengang Unternehmensführung. Entgegen der Annahme, dass in dem Studiengang, in dem mehr Männer vertreten sind, sprich in dem Studiengang Unternehmensführung, auch häufiger Sport betrieben wird, treiben die Student/innen des Studienganges Physiotherapie häufiger Sport und mit einer höheren Intensität. Dadurch setzen die Student/innen der Physiotherapie mehr aktive Handlungen, um die Gesundheit des Körpers zu erhalten.

Als letztes wurden die Schlafgewohnheiten erhoben. Dabei stellte sich heraus, dass mehr als 90 Prozent der Befragten, sowohl aus dem Studiengang Unternehmensführung als auch aus dem Studiengang Physiotherapie, angaben, zwischen 6 und 8 Stunden zu schlafen. Laut Saletu (2004, S. 32) schlafen zwei Drittel der Österreicher/innen zwischen 7 und 8 Stunden. Natürlich muss man festhalten, dass das Schlafverhalten individuell unterschiedlich ist. Bei den beiden Studierendengruppen konnten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Das heißt, dass beide untersuchten Gruppen Schlafgewohnheiten haben, die sich nicht voneinander unterscheiden. In beiden Studiengängen gaben mehr als 90% an, zwischen 6 und 8 Stunden zu schlafen. Betrachtet man dabei das Alter der Befragten, liegen die Schlafgewohnheiten in einem für dieses Alter sehr geeigneten Bereich.

Abschließend ist zu sagen, dass sich die Studierenden der Unternehmensführung und die Studierenden der Physiotherapie in 4 von 7 Arbeitshypothesen signifikant voneinander unterscheiden. Signifikant unterscheiden sich die beiden Studiengänge in folgenden Indikatoren:

- Body Mass Index
- Vorsorgeuntersuchungen
- Trinkverhalten
- Sportverhalten

Bei diesen vier Indikatoren zeigten die Ergebnisse, dass die Student/innen des Studienganges Physiotherapie mit ihrem Body Mass Index eher im normalgewichtigen Bereich liegen, häufiger die Möglichkeiten eine Vorsorgeuntersuchung wahrnehmen, geringere Mengen an Alkohol und Bier trinken und häufiger und mit einer höheren Intensität Sport betreiben. Durch dieses Handeln beeinflussen sie ihre Gesundheit positiver als ihre Kolleg/innen aus dem Studiengang Unternehmensführung. Damit hätten Sie in diesem Bereich ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein. Das Ergebnis kann aber auch damit zusammenhängen, dass im Studiengang Physiotherapie prozentuell gesehen mehr Frauen vertreten sind als im Studiengang Unternehmensführung.

Wiederum konnten keine signifikanten Unterschiede bei den folgenden Indikatoren festgestellt werden:

- Rauchverhalten
- Ernährung
- Schlafgewohnheiten

Bei diesen drei Indikatoren konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Das bedeutet, dass die beiden Gruppen durch ihr aktives Handeln ihre Gesundheit in gleichem Maße positiv oder negativ beeinflussen. Bei den Schlafgewohnheiten hat sich gezeigt, dass die Studierendengruppen, für ihr Alter, die angemessene Menge an Schlaf erhalten. Auch beim Rauchverhalten gab es keine Unterschiede. Bei diesem Indikator setzen beide Gruppen, in einem ähnlichen Ausmaß, aktive Handlungen um die Gesundheit des Körpers entweder positiv, wie im Fall der Schlafgewohnheiten, oder negativ, wie bei Rauchverhalten und Ernährung, zu beeinflussen. Auch beim Ernährungsverhalten gab es Unterschiede nur bei Mehlspeisen und Geflügel. Dieser Unterschied kann aber auch auf die Geschlechterverteilung zurückgeführt werden, da Männer erfahrungsgemäß mehr Fleisch essen und im Studiengang Unternehmensführung mehr Männer vertreten sind als im Studiengang Physiotherapie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Student/innen des Studienganges Physiotherapie bei den Indikatoren Body Mass Index, Vorsorgeuntersuchungen, Trinkverhalten und Sportverhalten gesundheitsbewusster Handeln und ihre Gesundheit durch ihr Handeln aktiv positiver beeinflussen als der zu vergleichende Studiengang Unternehmensführung.

7. Literatur

- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13., neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: ESV.
- Bachl, N. (1997). Sport als Prävention für ein modernes Gesundheitssystem. In O. Weiß (Hrsg.), *Sport - Gesundheit, Gesundheitskultur* (S. 111-128) (2. unverä. Auflage). Wien: Böhlau Verlag.
- Becker, P. (1997). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik*. Band 1. (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Berneder, A. (1992). *Gesundheitsbewusstsein: Ein interkultureller Vergleich zwischen den USA und Österreich*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Bock, L. (1992). *Der neue Gesundheitscheck*. München: Hahn.
- Brüggemann, S. (2007). *Sozialmedizin*. Berlin: de Gruyter.
- Brunner, K. M. (2007). *Ernährungsalltag im Wandel: Chancen für Nachhaltigkeit*. Wien: Springer-Verlag.
- Elmadfa, I. & Leitzmann, C. (2004). *Ernährung des Menschen* (4., korr. Und akt. Auflage). Stuttgart: Eugen Ulmer.
- Eriksen, M., Mackay, J. & Ross, H. (2012). *The Tobacco Atlas*. Atlanta: Bookhouse Group Inc.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gatterer, A. (2005). *Gesundheitsbewusstsein von Sportstudenten und Medizinstudenten im Vergleich: Eine empirische Studie*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Grosser, M. (2007). *Schnelligkeitstraining: Grundlagen, Methoden, Leistungssteuerung, Programme für alle Sportarten* (2., neu bearb. Auflage). München: BLV Buchverlag.
- Haidn, S. (1993). *Gesunder Lebensstil - ungesunder Lebensstil in Österreich und Kanada*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Haustein, K. & Groneberg D. (2008). *Tabakabhängigkeit – Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Hoffmeister, H. (1999). *Alkoholkonsum in Deutschland und seine gesundheitlichen Aspekte*. Berlin: Springer – Verlag.
- Holst, S. & Meiser, U. (2004). *Gesunder Schlaf*. Stuttgart: TRIAS.

- Joch, W. (1995). Gesundheit und Bewegung aus der Sicht der Trainingslehre. In W. Joch & J. Wiemeyer (Hrsg.), *Bewegung und Gesundheit: theoretische Grundlagen, empirische Befunde, praktische Erfahrungen. Sport Sptektrum*. Band 1. Münster: Lit Verlag
- Kallus, W. (2010). *Erstellung von Fragebogen* (1. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Katschnig, H. & Saletu-Zyhlarz, G. (2004). *Schlafen und Träumen*. Wien: Facultas.
- Kirchhoff, S. (2006). *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (3., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klatsky, A. L. (2004). Alkohol fürs Herz. *Spektrum Wissenschaft*, 4/2004, 76-82.
- Kromrey, H. (2009). *Empirische Sozialforschung* (12., überarb. und erg. Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.
- Lesch, O. & Walter, H. (2009). *Alkohol und Tabak - medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer-Verlag.
- Lisbach, B. & Zacharopoulos, M. (2007). *Gesundheitsbewusstes Verhalten fördern: Psychologisches Basiswissen für Physio-, Sport- und Ergotherapeuten*. München: Urban & Fischer.
- Martin, D., Carl, K. & Lehnertz, K. (2001). *Handbuch Trainingslehre* (3., unverä. Auflage). Schorndorf: Hofmann.
- Martin, M. (2005). *Der Body-Mass-Index: Objektive Bewertung von Körpergewicht bei erwachsenen Personen*. Augsburg: Christian Seifert Verlag.
- Pilz, G. (1991). Sport und Gesundheit: Eine kritische Anmerkung aus soziologischer Sicht. In D. Küpper & L. Kottmann (Hrsg.), *Sport und Gesundheit*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen – Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (1. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels GmbH.
- Reiche, D. & Hoffmann-La-Roche-Aktiengesellschaft (2003). *Roche-Lexikon Medizin* (5., neu bearb. und erw. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Republik Österreich (2001). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen. Daten. Fakten. Trends* (2., erg. und überarb. Aufl.). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Republik Österreich (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen. Daten. Fakten. Trends* (3., erg. und überarb. Aufl.). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Saletu, B. (2004). Schlaf: Was ist normal? – Zur Physiologie des Schlafes. In H. Katschnig & G. Saletu-Zyhlarz (Hrsg.), *Schlafen und Träumen*. Wien: Facultas.

- Schmidbauer, R., Schwarz, U., & Springer, A. (2002). *Psychoaktive Substanzen. Tabak*. In: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg.) *Suchtprävention in der Schule* (S.126-167). Wien.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3., überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Statistik Austria (2002). *Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Mikrozensus September 1999*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Statistik Austria (2008). *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A., Strizek J., Puhm A., Kobrna U. & Alfred Springer A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008, Band 1: Forschungsbericht*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Zugriff am 25. April 2012 unter <http://www.api.or.at/akis/download/gps2008band1.pdf>
- Volkert, D. (1997). *Ernährung im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag.
- Vollmer, G. (1995a). *Lebensmittelführer: Inhalte, Zusätze, Rückstände - Obst, Gemüse, Getreide, Brot, Gebäck, Knabberartikel, Honig, Süßwaren* (2., neubearb. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Vollmer, G. (1995b). *Lebensmittelführer: Inhalte, Zusätze, Rückstände - Fleisch, Fisch, Milch, Fett, Gewürze, Getränke, Lebensmittel für Diät, für Säuglinge, für Sportler* (2., neubearb. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Vreden, N. (2007). *Lebensmittelführer: Inhalte, Zusätze, Rückstände* (3., akt. und erw. Auflage). Weinheim: WILEY-VCH.
- Weineck, J. (2010). *Optimales Training* (16. Auflage). Balingen: Spitta Verlag.
- Weiß, O. & Russo, M. (1997). *Körper-, Gesundheits- und Sportbewußtsein in Österreich*. In O. Weiß (Hrsg.), *Sport - Gesundheit, Gesundheitskultur* (S. 30-47) (2. unverä. Auflage). Wien: Böhlau Verlag.
- Weiß, O. (1997). *Sport - Gesundheit, Gesundheitskultur* (2. unverä. Auflage). Wien: Böhlau Verlag.

Weiß, O. (2010). Sport und Gesundheit. Die Auswirkung des Sports auf die Gesundheit – eine sozio-ökonomische Analyse. In O. Weiß (Hrsg.), *Entwicklungstendenzen im Sport* (3. Auflage). Wien: Lit Verlag.

Internet Quellen:

WHOa: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, Zugriff am 27.03.2012

WHOb: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, Zugriff am 10.09.2012

FH Wien: http://www.fh-wien.ac.at/fileadmin/user_upload/FlipBooks/BI%E4tterkataloge/Kataloge_2012/Jahresbericht_Web_2011/files/assets/downloads/publication.pdf

FH St. Pölten: <http://www.fhstp.ac.at/ueberuns>

FH Krems: <http://www.fh-krems.ac.at/de/ueber-uns/zahlen-und-fakten/>

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1: Operationalisierung Gesundheitsbewusstsein (Weiß, 1999, S. 26)	6
Abb. 2: Geschlechterverteilung im Studiengang Unternehmensführung an der FH Wien.....	14
Abb. 3: Geschlechterverteilung Studiengang Unternehmensführung der FH Wien (n= 143, Angaben in gültigen Prozent)	17
Abb. 4: Geschlechterverteilung Studiengang Physiotherapie (n= 97, Angaben in gültigen Prozent)	17
Abb. 5: Verteilung vollzeit und berufsbegleitend Studierende der FH Wien (n= 143, Angaben in gültigen Prozent)	18
Abb. 6: Altersgruppen im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97).....	19
Abb. 7: BMI im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)	22
Abb. 8: BMI Verteilung Österreich (Gesundheitsbefragung 2006, S.34)	23
Abb. 9: Vergleich BMI Studenten (n=110) und Österreicher	24
Abb. 10: Vergleich BMI Studentinnen (n=130) und Österreicherinnen	24
Abb. 11: Vorsorgeuntersuchung im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)	28
Abb. 12: Vorsorgeuntersuchung Männer/Frauen im Vergleich (Männer n= 110, Frauen n= 130)..	29
Abb. 13: Alkoholkonsum im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97).....	36
Abb. 14: Bierkonsum im Vergleich (Unternehmensführung n= 134, Physiotherapie n=93).....	37
Abb. 15: Weinkonsum im Vergleich (Unternehmensführung n= 134, Physiotherapie n=93)	37
Abb. 16: Weinkonsum Frauen/ Männer im Vergleich (Männer n= 104, Frauen n= 123).....	38
Abb. 17: Bierkonsum Frauen/ Männer im Vergleich (Männer n= 104, Frauen n= 123).....	38
Abb. 18: Konsumverhalten nach Altersgruppen	39
Abb. 19: Zigarettenkonsum im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)..	44
Abb. 20: Zigarettenkonsum im Vergleich Männer/ Frauen (Männer n= 110; Frauen n= 130).....	45
Abb. 21: Sport oder Gymnastik im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)	56
Abb. 22: Vergleich Sport oder Gymnastik Frauen/ Männer (Frauen n= 130; Männer n=110).....	57
Abb. 23: Sporttreiben mit Pulsfrequenz von mindestens 160 minus Lebensalter (Unternehmensführung n= 137, Physiotherapie n=95)	57
Abb. 24: Sporttreiben mit Pulsfrequenz von mindestens 160 minus Lebensalter Männer/ Frauen (Frauen n= 130; Männer n=102)	58

Abb. 25: Sportlich aktive Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Schulbildung (Statistik Austria, 2008, S. 48).....	59
Abb. 26: Vergleich Nahrungsmittelgruppen (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)	68
Abb. 27: Vergleich Snacks, Süßigkeiten usw. (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97)	69
Abb. 28: Nahrungsmittelgruppen Vergleich Männer/ Frauen (Männer n= 110; Frauen n= 130)	70
Abb. 29: Zusammenhang von Schlaf und Alter (Saletu, 2004, S. 31).....	73
Abb. 30: Schlafdauer der österreichischen Männer und Frauen 1997 (Saletu, 2004, S.32).	74
Abb. 31: Schlafdauer der Österreicher (Saletu, 2004, S.32).....	75
Abb. 32: Schlafdauer im Vergleich (Unternehmensführung n= 143, Physiotherapie n=97).....	76
Abb. 33: Schlafdauer Männer/ Frauen im Vergleich (Frauen n=130; Männer n=110).....	77
Abb. 34: Mittelwerte der Schlafdauer im Vergleich	78

Tabellen

Tab. 1: Klassifikation BMI nach WHO	21
Tab. 2: Klassifikation BMI bei der Gesundheitsbefragung	21
Tab. 3: Alkoholkonsum im Vergleich	35
Tab. 4: Mittelwerte der Nahrungsmittelgruppen	68
Tab. 5: Mittelwerte der Nahrungsmittelgruppen Männer/ Frauen.....	70

9. Anhang

Sehr geehrte Studentin, sehr geehrter Student,

Für meine Diplomarbeit am Institut für Sportwissenschaften an der Universität Wien untersuche ich das Gesundheitsbewusstsein von Unternehmensführungsstudierenden der FH Wien WKO und von Physiotherapiestudierenden der FH St. Pölten und FH Krems. Deshalb würde ich Sie bitten den Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Natürlich ist die Umfrage anonym und ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Vielen Dank!

2 Fachhochschule

Fachhochschule

Bitte wählen Sie aus welche Fachhochschule Sie derzeit besuchen.

FH Wien
WKO

FH St. Pölten

FH Krems

FH Campus
Wien

2.1.1 Welche Studienform haben Sie an der FH Wien WKO gewählt?

Welche Studienform haben Sie an der FH Wien WKO gewählt?

Welche Studienform haben Sie an der FH Wien WKO gewählt?

Vollzeit

Berufsbegleitend

3 Demographie

Demographie

Nun benötige ich einige Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht

männlich weiblich

Alter

Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr in der Form JJJJ an

Gewicht

Bitte geben Sie Ihr Gewicht in kg an

Körpergröße

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an

4 Ärztliche Untersuchung

Ärztliche Untersuchung

Wie oft lassen Sie sich vom Arzt (Zahnarzt ausgenommen) routinemäßig untersuchen (Vorsorgeuntersuchung)?

nie

seltener als jedes zweite Jahr

ca. jedes zweite Jahr

ca. jedes Jahr

ca. jedes halbe Jahr oder öfter

5 Gesundheit und Ernährung

Gesundheit und Ernährung

In diesem Teil bitte ich Sie um einige Angaben zu Ernährung und Gesundheit

Wie oft essen Sie im Durchschnitt...

	nie	seltener als 1x/Woch e	1- 2x/Woch e	3- 6x/Woch e	1x/Tag	öfter als 1x/Tag
frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rind-/ Schweinefleisch und Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (Knabbergebäck, Chips...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehlspeisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast Food (Hamburger, Kebab, Hot Dog, Wurstsemmel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollwert- /Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte, Dosengerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frisches Gemüse und /oder Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Gesundheit und Ernährung2

Gesundheit und Ernährung2

In diesem Teil bitte ich Sie um einige Angaben zu Ernährung und Gesundheit

Bitte geben Sie in den folgenden Fragen an inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen

Ich esse unregelmäßig

trifft gar nicht zu trifft wenig zu trifft ziemlich zu trifft völlig zu

Ich bin bei Essen wählerisch

trifft gar nicht zu trifft wenig zu trifft ziemlich zu trifft völlig zu

Ich lege bei Essen großen Wert auf Qualität

trifft gar nicht zu trifft wenig zu trifft ziemlich zu trifft völlig zu

Ich nehme bei Essen zu wenig Rücksicht auf meine Gesundheit

trifft gar nicht zu trifft wenig zu trifft ziemlich zu trifft völlig zu

7 Flüssigkeitsaufnahme

Flüssigkeitsaufnahme

Bitte machen Sie Angaben wie viel und welche nicht alkoholische Flüssigkeiten Sie zu sich nehmen.

Wie viel Flüssigkeit (kein Alkohol) nehmen Sie im Durchschnitt am Tag zu sich?

- 0 bis 0,5 Liter
- mehr als 0,5 bis 1 Liter
- mehr als 1 Liter bis 1,5 Liter
- mehr als 1,5 bis 2 Liter
- mehr als 2 bis 3 Liter
- mehr als 3 Liter

7.1 Welche Flüssigkeit nehmen Sie am häufigsten zu sich?

Welche Flüssigkeit nehmen Sie am häufigsten zu sich?

Welche der unten angeführten antialkoholischen Flüssigkeiten nehmen Sie am häufigsten zu sich?

- Tee
- Kaffee
- Limonaden und zuckerhaltige Getränke
- Fruchtsäfte (ohne zusätzlichen Zucker)
- Leitungswasser/ Mineralwasser

Sonstiges, und zwar

7.2 Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Wie viele Tassen (ca. 200ml) Kaffee nehmen Sie durchschnittlich täglich zu sich?

- Ich trinke keinen Kaffee
- 1 Tasse
- 2-3 Tassen
- 4-5 Tassen
- mehr als 5 Tassen

8 Trink- und Rauchgewohnheiten

Trink- und Rauchgewohnheiten

In diesem Teil bitte ich Sie Angaben über Ihre Trink- und Rauchgewohnheiten zu machen

Wie oft trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

- nie
- seltener als 1x /Woche
- 1-2x /Woche
- 3-6x /Woche
- täglich
- mehrmals täglich

8.1.1 Bier Wein pro Woche

Bier Wein pro Woche

Wie viel Bier trinken Sie durchschnittlich pro Woche?

- Ich trinke kein Bier
- weniger als 1 Liter

- 1-2 Liter
- mehr als 2 - 4 Liter
- mehr als 4 - 6 Liter
- mehr als 6 Liter

Wie viel Wein trinken Sie durchschnittlich pro Woche?

- Ich trinke keinen Wein
- weniger als 1 Liter
- mehr als 1-2 Liter
- mehr als 2 - 4 Liter
- mehr als 4 - 6 Liter

9 Rauchen Sie für gewöhnlich...

Rauchen Sie für gewöhnlich...

In diesem Teil bitte ich Sie Angaben über Ihre Trink- und Rauchgewohnheiten zu machen

Rauchen Sie für gewöhnlich...

- gar nicht
- 10 Zigaretten täglich oder weniger
- 11 - 20 Zigaretten täglich
- 21 - 30 Zigaretten täglich
- 31 - 40 Zigaretten täglich
- mehr als 40 Zigaretten täglich

10.1 Unterfragen rauchen

Unterfragen rauchen

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie schon?

Angabe bitte in Jahren

Haben Sie schon einmal versucht mit dem Rauchen aufzuhören?

- nie
- einmal
- mehrmals

11 Schlafgewohnheiten

Schlafgewohnheiten

In diesem Teil machen Sie bitte Angaben zu ihren Schlafgewohnheiten

Wie viele Stunden schlafen sie durchschnittlich an Wochentagen (Mo - Fr)?

- 5 Stunden oder weniger
- ca. 6 Stunden
- ca. 7 Stunden
- ca. 8 Stunden
- 9 Stunden oder mehr

12 Sportliche Betätigung

Sportliche Betätigung

In diesem Teil bitte ich Sie Angaben über Ihre sportliche Betätigung zu machen

Wie oft betreiben Sie durchschnittlich Sport oder Gymnastik?

- nie
- weniger als 1x /Monat
- 1 - 2x /Monat
- 1x /Woche
- 2 - 4x /Woche
- 5 -7x /Woche

13.1 Sportliche Betätigung positiv

Sportliche Betätigung positiv

Wie viel Sport betreiben Sie, mit einer Pulsfrequenz von mindestens 160 Schlägen/Minute minus Lebensalter, in der Woche (Als Faustregel kann gelten, dass man dabei zu schwitzen beginnt und das Herz beschleunigt schlägt)?

- Ich betreibe Sport nie mit dieser Intensität
- weniger als 60 min pro Woche
- ca 1 - 2 Stunden pro Woche
- mehr als 2 - 3 Stunden pro Woche
- mehr als 3 - 5 Stunden pro Woche
- mehr als 5 - 7 Stunden pro Woche
- mehr als 7 Stunden pro Woche

Betreiben Sie Sport oder Gymnastik in einem Verein?



Ja



Nein

14 Endseite

Endseite

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Curriculum Vitae

Person

Name: Peter Stuppig
Adresse: Tandelmarktgasse 9
1020 Wien
Geburtsdaten: 18.02.1986, Villach
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Ausbildung

02/2011 – 06/2013: Magisterstudium Sportwissenschaften an Universität Wien
06/2012: Abschluss Bachelor Unternehmensführung an FH Wien
08/2010 – 02/2011: Auslandssemester International Business and Management an der Hogeschool Rotterdam
09/2009 – 08/2010: Unternehmensführung an FH Wien und Magisterstudium Sportwissenschaften an Universität Wien
03/2006 – 10/2009: Abschluss Bakkalaureat Sportmanagement an Universität Wien
10/2005 – 02/2006: Pädagogik an der Universität Wien
09/2004 – 05/2005: Grundwehrdienst Türkaserne Spittal an der Drau
Oktober 2004: Reifeprüfung
1996 – 2004: Bundesgymnasium Spittal an der Drau
1992 – 1996: Volksschule Seeboden

Beruflicher Werdegang

Seit 10/2012: Deloitte Wirtschaftsprüfungs GmbH| Wien

Praktika

September 2011 – Februar 2012: Deloitte Wirtschaftsprüfungs GmbH| Wien
Juli 2010: Kärntnermilch Marketing & Sales| Spittal an der Drau
November 2009: Fulcrum Consulting Assistenz der Geschäftsführung| Wien

Hobbies

Fußball, Sport, Lesen, Musik, Kochen, Freunde, Reisen