

Social Challenges in Social Sciences

Schriftenreihe der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften an der Hochschule München

Wege zur Gesunden Hochschule

Betriebliches Gesundheitsmanagements im Wissenschaftskontext

Christian Leopold & Stefan Pohlmann



Impressum

Social Challenges in Social Sciences
Nr. 7 /Dezember 2009 Schriftenreihe der Fa-
kultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Hochschule München
ISSN 1866-153X

Herausgeber:

Prof. Dr. Stefan Pohlmann (v.i.S.d.P.)
stefan.pohlmann@hm.edu
Hochschule München
Am Stadtpark 20
81243 München

Fragen zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Lothstr. 34
D-80335 München
Christina Kaufmann
Tel.: 089 1265-1367
Fax: 089 1265-1960
christina.kaufmann@hm.edu

Inhalt

Abstract	4
1 Hintergrund	5
1.1 Prävention und Gesundheitsförderung und Rehabilitation	6
1.2 Best Practice-Beispiele aus privatwirtschaftlichen Betrieben	7
2 Hochschulziele im internationalen Vergleich	11
2.1 University of Central Lancashire	13
2.2 Die sechs Universitäten im Raum Beijing	15
2.3 Stanford University	17
2.4 Université Sorbonne Paris	18
3 Hochschulziele im nationalen Vergleich	19
3.1 Zielbestimmung aus Sicht der MitarbeiterInnen	21
3.2 Zielbestimmung aus Sicht der Studierenden	24
3.3 Analyse von Krankenkassendaten	26
4 Gesundheitsförderung an der HM	28
4.1 Praktische Herausforderungen	29
4.2 Standardisierte Gesundheitsberichterstattung	30
4.3 Zugang zu und Rekrutierung von Programmteilnehmern	32
4.4 Verstetigung von Programmangeboten	33
5 Umsetzung weiterer nachhaltiger Schritte	35
6 Angaben zu den Autoren	41

Abstract

Führende Hochschulen weltweit integrieren aktive Gesundheitsarbeit in den Umgang mit ihren Beschäftigten und Studenten. Sie tun dies auch aus Gründen des Wettbewerbs um Fördermittel und hervorragende Mitarbeiter und Studierende, und aus ökonomischen Gründen, da sie so effektiven Einfluss auf Produktivität, Kreativität und Krankenstand der Mitarbeiter und Studierenden ausüben können. Dies kommt allen Beteiligten zu Gute. Ein Weg, diese Organisations- und Gesundheitsziele zu erreichen, ist das Konzept „die Gesunde Hochschule“.

Dieses Konzept der gesundheitsfördernden Hochschule (HPU Health Promoting Universities) bedeutet mehr als die Förderung der individuellen Gesundheit von Beschäftigten und Studierenden. Es bedeutet, das Ziel höchstmöglicher Gesundheit bei allen Prozessen von Politik, Kultur, Verwaltung, Lehre der Hochschule mitzudenken. Dazu verlangt es die Entwicklung eines Aktionsrahmens, welcher Empowerment-, Dialog-, Wahl- und Partizipationschancen eröffnet. Dieser Aktionsrahmen wird durch Gleichheit, Nachhaltigkeit und gesundheitsadäquate Lebens- Arbeits- und Lernumgebungen umgesetzt und bezieht die weitere nicht-universitäre Umgebung mit ein.

Die Studierenden können von einem gesundheitlichen Engagement der Hochschule direkt durch eine Verbesserung ihrer Gesundheit profitieren, oder indirekt durch eine Ausweitung des Lernangebots, Stärkung ihrer sozialen Kompetenz, von Teamgeist, durch zukunftsgerichtete Forschung, die Gesundheit mit berücksichtigt, einen besseren Praxisbezug, in dem sie selbst lernen derartige Maßnahmen und Projekte umzusetzen oder dies in späteren beruflichen Anstellungen mit vorantreiben können. Eigenes, umfassendes Gesundheitsbewusstsein betrifft auch immer das Verständnis und die Verantwortung für den anderen, Aspekte die in der heutigen Zeit und zukünftig wichtige Leitlinien für gutes Führungsverhalten darstellen.

Im Mittelpunkt von effizienten Gesundheitsmaßnahmen bei Studierenden und Mitarbeitern stehen psychosoziale Probleme am Arbeitsplatz und darüber hinaus, die Vereinbarung von Arbeit und einem ausgeprägten Freizeit- und Familienleben, die Veränderung von Bewegungs- und Ernährungsverhalten. Dass solche Maßnahmen einen positiven Return on Invest für ein Unternehmen besitzen, konnte mehrfach belegt werden.

Es gibt eine Reihe von erfolgreichen Vorbildern in Wirtschaft und Hochschule, die eine breite Palette an Aktivitäten zur Gesundheit erarbeitet haben. Im Vergleich dazu ist die Hochschule München eher durchschnittlich aufgestellt. Über die ausdrückliche Zuweisung von finanziellen Mitteln und Entscheidungskompetenzen an diesen Bereich kann die Hochschule München, in Bayern und auch im Konzert der Münchner Hochschulen, (noch) Exzellenz erwerben. Dazu ist von der Hochschulleitung eine Entscheidung zu treffen, ob und wenn ja in welchem Umfang und welcher Tiefe sie sich für eine Gesundheitsausrichtung entscheidet.

Ziel eines Konzepts Gesunde Hochschule ist die Verankerung der Gesundheit als Maxime im Leitbild der Hochschule, um politikleitend umgesetzt zu werden. Erfolgreiche Gesundheitsförderung wird zur Querschnittsaufgabe für alle Hochschulprozesse.

1 Hintergrund

Betriebliche Gesundheitsförderung oder auch betriebliches Gesundheitsmanagement finden ihre Wurzeln und Begleitung im Arbeitsschutzgesetz und Arbeitssicherheitsgesetz, gehen aber als Konzept weit darüber hinaus. Geprägt von den körper- und maschinenbetonten Arbeitsprozessen des beginnenden 20. Jahrhunderts und gefolgt von der Entdeckung der stressbedingten Herz-Kreislaufkrankungen und den dramatischen Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Arbeitsprozesse, steht mittlerweile der allgemeine Zusammenhang zwischen Produktivität und körperlichem, geistigem und emotionalen Wohlbefinden eines jeden Mitarbeiters im Fokus. Im nachfolgenden Schaubild sind die wesentlichen gesetzlichen und inhaltlichen Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung historisch dargestellt. Aktuelle Key Player der Gesundheitsförderung sind die Unfallkassen und die Krankenkassen.

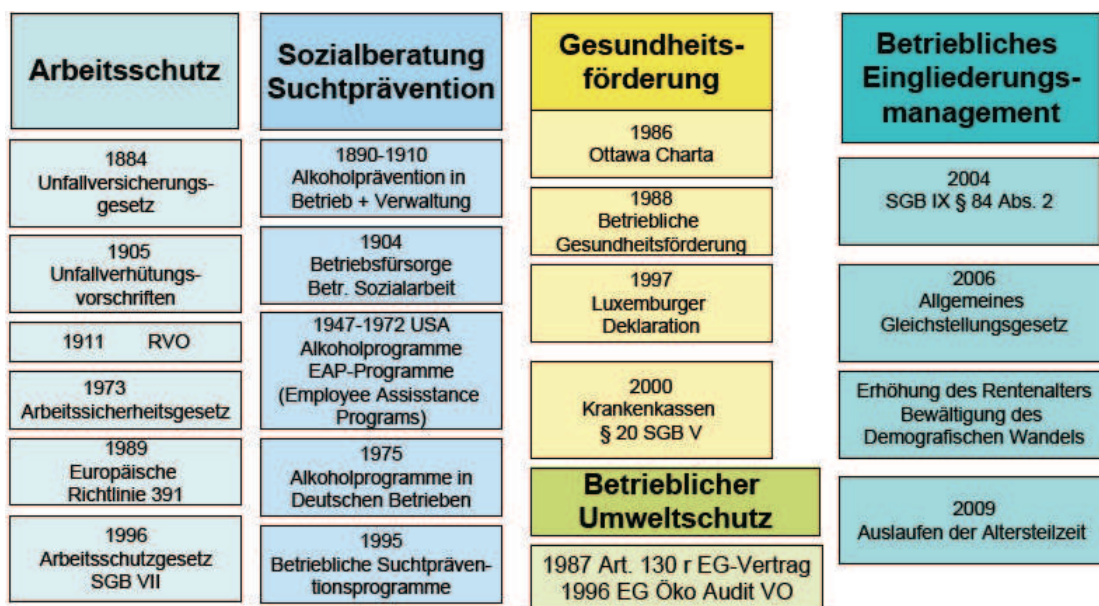


Abbildung 1: Das gesetzliche Rahmenkonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung (aus Wienemann & Watten-dorff, 2008).

Mehr noch als sonst, benötigt es für das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung mehrere klare Definitionen. Eine wesentliche Begriffsdefinition wurde im November 1997 von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung als Deklaration in Luxemburg verabschiedet (Luxemburger Deklaration, 1997, o.S.). Der zentrale Satz lautet:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen. „

Elementarer Unterschied zu den bisherigen gesetzlich gestützten betrieblichen gesundheitsbezogenen Aktivitäten ist die nachhaltige Integration der Gesundheit in das Leitbild des Unternehmens. Im besten Fall wandeln sich dadurch die gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Unternehmens von einer zeitlich und ressortmäßig begrenzten Projektebene hin zu einer dauerhaften Entwicklung und Verzahnung mit

allen Unternehmensmaßnahmen. Für die Förderung der betrieblichen Gesundheit innerhalb dieses Konzepts sind daher IMMER auch ALLE in einem Unternehmen verantwortlich. Für die Unternehmen birgt dieses weit gefasste Konzept der Gesundheitsförderung vor allem folgende Chancen:

- Erhöhte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität
- Langfristige Senkung der Krankenstände
- Gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität
- Verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation
- Imageaufwertung des Unternehmens

Auf einer anderen Ebene bietet auch die betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter direkte Vorteile:

- Gesundheitsförderung schafft Pluspunkte für die Arbeits- und Lebensqualität
- Weniger Arbeitsbelastungen
- Verringerte gesundheitliche Beschwerden
- Gesteigertes Wohlbefinden
- Besseres Betriebsklima
- Mehr Arbeitsfreude
- Gesünderes Verhalten in Betrieb, Familie und Freizeit

1.1 Prävention und Gesundheitsförderung und Rehabilitation

In der wissenschaftlichen Diskussion und im alltäglichen Sprachgebrauch ist die Prävention weitaus länger und nachhaltiger verankert als die BGF. Die Gesundheitsförderung muss gegenüber dem Leitkonzept Prävention noch ein klareres Profil erwerben. Prävention und Gesundheitsförderung, beide Konzepte transportieren das Anliegen Menschen vor Krankheit zu bewahren. Für die meisten Autoren definiert sich jedoch die Prävention über die Verhinderung offiziell bereits definierter Krankheiten und tut dies vor allem über die Vermeidung oder den Abbau von Risikofaktoren (Hafen, 2004). Die Gesundheitsförderung verfolgt jedoch zu jeder Zeit, bei jedem Menschen über alle Ebenen das Ziel die Ressourcen zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit zu stärken. Über die Betonung der Ressourcen wird u. a. die Nähe zur Salutogenese deutlich. Da die Gesundheitsförderung die reine medizinische Ebene mit einbezieht, den Interventionsansatz jedoch um die psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökologische und ökonomische Sichtweise erweitert, schließt die Gesundheitsförderung die Prävention mit ein (Gräser, 2003). Der Präventionsbegriff fächert sich auf in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wobei Tertiärprävention im Allgemeinen der medizinischen Rehabilitation entspricht. Gesetzlich im SGB IX definiert als Verhinderung einer Behinderung bzw. als Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und dem Leben in der Gemeinschaft. Zur Abrundung des wissenschaftlichen Exkurses werden alle präventiven oder gesundheitsförderlichen Interventionen in Verhaltens- oder Verhältnisprävention unterteilt.

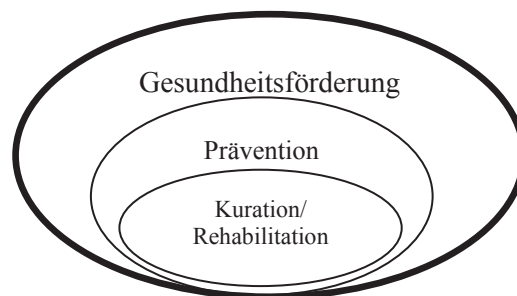


Abbildung 2: Zusammenhang Gesundheitsförderung – Prävention – Kuration - Rehabilitation.

1.2 Best Practice-Beispiele aus privatwirtschaftlichen Betrieben

Viele erfolgreiche Unternehmen haben längst erkannt, dass es heute mehr denn je darauf ankommt, die Human- und Sozialressourcen der Firmenangehörigen zu fördern, ihr Kreativitätspotenzial zu erschließen und für das Unternehmen zu nutzen (Badura & Hehlmann, 2003). So lange ein Unternehmen finanziell handlungsfähig ist, gilt dies auch und gerade in der heutigen Zeit wirtschaftlicher Herausforderungen. Firmen wie IBM, Henkel, SAP, Hypovereinsbank (Unicredito), Volkswagen, Bertelsmann, Hilti, BASF und viele andere mehr sehen in der Förderung und Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur eine soziale Verpflichtung, sondern auch eine ökonomische Notwendigkeit (vgl. <http://www.enterprise-for-health.org/>).

Das Schlagwort „Work-Life-Balance“ beschreibt die Weitläufigkeit dieser Ansätze über den operativen Arbeitsprozess hinaus und findet z.B. als firmenseitige Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf seinen Ausdruck. Durchaus nicht alle Projekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind bereits vollkommen eingebettet in ein firmenweites Leitbild des gesunden Betriebs. In wie weit der Geist einer wie bisher beschriebenen betrieblichen Gesundheitsförderung auch in anderen Teilen des Unternehmens gelebt wird, ist auch bei derartigen Best Practice-Beispielen nicht abzulesen. Wahrscheinlich ist jedoch, dass es sich bei den einzelnen Projekten doch um Indikatoren für ein echtes Bemühen des Arbeitgebers um die Gesundheit seiner Mitarbeiter und seines Unternehmens handelt. Nichtsdestotrotz ist eine gewisse kritische Sichtweise von Firmendarstellungen durchaus immer angebracht. Nachfolgend sollen die herausragendsten Angebote einiger beispielhafter Firmen dargestellt werden.

Henkel: Wirbelsäulen-, Schulter-, Armerkrankungen

Im Rahmen der Reformierung der deutschen Gesundheitsgesetzgebung im Jahre 2004 wurde über die §§ 140 ff des SGB V die Möglichkeit der „Integrierten Versorgung“ geschaffen. Ziel des Gesetzgebers war es, dass sich Leistungserbringer der unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems für ein neues und gut abgestimmtes, ineinander verzahntes Therapieangebot zusammenschließen. Dieser Zusammenschluss kann Projektcharakter haben und separat mit einzelnen Krankenkassen zur Finanzierung abgeschlossen werden. 2006 nutzte der werksärztliche Dienst der Firma Henkel (Düsseldorf) diese Möglichkeit, um der Henkel Betriebskrankenkasse, jetzt BKK Essanelle, ein umfassendes Angebot für Mitarbeiter mit Rückenproblemen zu machen. (BKK Essanelle, 2006). Umgesetzt wurde ein Konzept zur berufsorientierten, medizinischen Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation für Wirbelsäulen- sowie Schulter-Arm-Erkrankungen. In einem bundesweit einmaligen Projekt wurden nicht nur wie üblich Leistungserbringer, sondern erstmalig auch ein Arbeitgeber und der Rentenversicherungsträger eingebunden. Die Rehabilitationsmaßnahme wurde dadurch anschließend in den Arbeitsalltag integriert, fortgeführt und die Arbeitsplatzbegebenheiten auf den an der Wirbelsäule Erkrankten ausgerichtet. Die Leistungen der Integrierten Versorgung konnten von Henkel- und Cognis- Beschäftigten sowie deren Angehörigen und ehemals Beschäftigten der genannten Firmen, die bei der BKK Essanelle versichert sind, in Anspruch genommen werden. Bei diesem Behandlungskonzept übernahmen die Firma Henkel und die BKK Essanelle die Information der Henkel-Mitarbeiter über das neuartige Angebot. Bei bekannten Rückenproblemen der Beschäftigten prüften die Werksärzte die Eignung für das Programm. Je nach Ausmaß der Beschwerden konnten die betroffenen Mitarbeiter zunächst einen stationären Aufenthalt bei einem Klinikpartner der Integrierten Versorgung durchführen oder sich gleich in die ambulante Therapie einer Physiotherapieketten begeben (Reifferscheid, 2007).

IBM Deutschland: Stressmanagement

Die IBM hat sich bereits in den 1960er Jahren mit einer auf Gesundheitsförderung ausgerichteten Firmenpolitik mit entsprechendem Leitbild hervor getan. 2007 hat IBM Deutschland für sein Engagement den „Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit“ für ihr vorbildliches Gesundheitsmanagement verliehen bekommen. Die Auszeichnung, initiiert vom BKK Bundesverband, einem Partner der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) der Bundesregierung, und der EU-Kommission wird im Rahmen der Kampagne "Move Europe" ausgelobt, die sich europaweit für betriebliche Gesundheitsförderung einsetzt (INQA, 2007).

Die derzeitigen Schwerpunkte der betrieblichen Gesundheitsförderung bei IBM sind (Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2004):

- Bewegung und Entspannung: eigene Well-Being-Räume für die MitarbeiterInnen. Laufende Programme zu Themen wie: Stretching, Yoga, Tai-Chi, Shiatsu, Massage oder auch Ergonomiekurse. Entspannungsräume sind während der Arbeitszeit benutzbar.
- Ernährung: Gesundheitsorientierte Angebote in der Kantine und der Cafeteria.
- Abbau von Stress und Mobbing: Anonyme Feedbackmöglichkeit für Mitarbeiter zum Thema Führungskompetenz; psychisches Wohlbefinden steht im Vordergrund.
- Work-Life-Balance: Auseinandersetzung mit Gleichstellungsfragen inkl. Frauenförderung und Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Besondere Berücksichtigung von MitarbeiterInnen mit Behinderungen.

Die initialen Gründe für IBM sich speziell im Bereich Well-Being und Stressmanagement zu engagieren, sind im hohen Konkurrenzdruck von Wettbewerbern mit ähnlichen Kundenprodukten und Dienstleistungen zu finden. Gerade im IT- und Beratungsbereich ist laut Einschätzung von IBM das Arbeitsklima für bis zu einem Drittel der Unterschiede in den Geschäftsergebnissen zwischen vergleichbaren Unternehmen verantwortlich. Weiterhin bezieht man sich auf die Erkenntnis, dass wiederum mehr als zwei Drittel der Unterschiede im Arbeitsklima direkt auf das Verhalten des Managements zurückgeführt werden können (Juffernbruch, 2006).

Aus dem Verlaufsvergleich der Zahlen der laufenden Umsetzung der Gesundheitsangebote ergibt sich weiterhin für IBM der Eindruck einer daraus resultierenden konstant niedrigen Abwesenheitsrate, sowie nahezu keine Berufskrankheiten und eine niedrige berufsbedingte Unfallrate. Bei den Mitarbeiterbefragungen war die Verbesserung der Work-Life-Balance ersichtlich, sowie erhielten die Well-Being-Programme ein sehr positives Mitarbeiter-Feedback. Zur Entwicklung und Dissemination betreibt IBM im Rahmen der BGF eine eigene Abteilung für „Well-Being-Services“, die sich der Gesundheitsförderung, Gesunderhaltung und Krankheitsverminderung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von IBM widmet. Der jährliche Planungsprozess für die Gesundheitsförderungsaktivitäten baut auch auf dem zurückliegenden Feedback der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf. Der Erfolg der einzelnen Programme wird gemessen und evaluiert. Dazu gehört neben der Auswertung der Krankenstandstatistik auch die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit. Zum Teil gehen die Ergebnisse in die variable Vergütung der leitenden Manager mit ein. Das Well-Being-Programm bzw. das Stressmanagement-Training bauen sich wie folgt auf:

- Vorträge/ Präsentationen: „Stress – Freund oder Feind“, „Zeit is(s)t Leben auf“
- Selbsttrainingmöglichkeiten über das Intranet mit zusätzlichem Informationsmaterial
 - „Boxenstopp“
 - „Balance“
 - „Zeit is(s)t Leben“
- Aktive Trainings
 - „Aktivpause“
 - Stress-Team-Training
 - „Mein persönliches Stress-Bewältigungs-Programm“
 - „Schwierige Zeitgenossen“

Das Stress-Team-Training wurde von der eigenen Abteilung „Well-Being Services“ entwickelt und besteht aus zwei Terminen. Die Einzelschritte des Trainingsprogramms sind in der nachfolgenden Übersicht dargestellt:

Aktion	Dauer
Einführungsvortrag	60 Min.
Fragebogen „Wie sehe ich mich im Team?“	30 Min.
Metaplan-Karten ausfüllen und an die Tafel heften	15 Min.
Gruppenarbeit in 3 Gruppen zum Metaplan: - Sinn - Handlungsspielraum - Menschliche Realitäten Aufgabe: Karten ordnen, zusammenfassen, priorisieren	45 Min.
Gruppenarbeit Aufgabe: Aktionen definieren, 3 x 10 Minuten präsentieren	30 Min.
Gesamtschau Aufgabe: Diskussion und festlegen der Aktionen	30 Min.
Nach 3-6 Monaten	
Follow-up-Session Aufgabe: Sichten und Bewerten des Erreichten, erneute Bestimmung des Stressindex	60 Min.

Tabelle 1: Aufgaben und Ablaufplan des Workshops „Stress-Teamtraining“ der Abteilung „Well-Being Services“ von IBM Deutschland (Juffernbruch & Scharwenka, 2006).

Maßgeblich für die Verleihung des „Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit“ war auch die engagierte Beteiligung am „Faktor Fit“-Projekt der europäischen „Move-Initiative“. IBM nimmt seit 1996 in 18 Ländern an diesem Projekt teil. „Faktor Fit“ zielt auf die Steigerung des Gesundheitsbewusstseins ab: die Beschäftigten sollen dazu motiviert werden, die eigene Gesundheit mit Hilfe von zielgerichteten Informationen aus dem „Faktor Fit“ - Gesundheitsportal zu verbessern. Sie setzen sich eigene Ziele, die sie im Laufe der vorgegebenen Programmlaufzeit versuchen zu erreichen. Alle Teilnehmer, die eine Mindestpunktzahl überschreiten, nehmen an einer Verlosung von Preisen teil, die jeweils aus dem Bereich Gesundheit kommen, z.B. Wellness Wochenenden oder Mitgliedschaften in Fitnessclubs.

GlaxoSmithKline UK und Deutschland (GSK): Gesundheit durch Work-Life-Balance/Resilienzerhöhung

Die neuen Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei GSK und das damit verbundene neue inhaltliche Konzept wurden im Zuge der Zusammenführung der beiden Pharmagroßunternehmen Glaxo Wellcome und SmithKline Beecham implementiert. Inhaltlich wollte man von den bislang üblichen Angeboten der reinen Verhaltensprävention wie Rauchen, Stressbewältigung, körperliche Aktivität Abstand nehmen und diese besonders um die Verhältnisprävention erweitern. Dadurch wurde, für ein breit aufgestelltes multinationales Gesundheitsunternehmen auch aus Marketinggründen durchaus nachvollziehbar, Mitarbeitergesundheit in das Leitbild des Gesamtunternehmens aufgenommen. Weitere Entscheidungsgründe waren die Gewinnung und Bindung von Beschäftigten an das Unternehmen, der Umgang mit einer alternden Belegschaft sowie die Erhöhung der Motivation und Loyalität und schlussendlich die Steigerung der persönlichen und damit auch der Unternehmensproduktivität. Bei GSK koordiniert das „Employee Health Department“ als Teil der Personalabteilung unternehmensweit die Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ziel dieser Abteilung ist es, die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen, die Fähigkeiten und Produktivität des Einzelnen und des Unternehmens zu fördern und gesundheitliche Aspekte in die Unternehmensprozesse und die Arbeitskultur einzubinden. Regionale „Health Improvement Teams“ sind dann an den konkreten Verbesserungsmaßnahmen vor Ort beteiligt. Über ein Instrument zum individuellen „Health Risk Appraisal“, welches allen Mitarbeitern zur Verfügung steht, werden die persönlichen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen bestimmt und den persönlichen Risikoprofilen angepasste Maßnahmen angeboten. Über eine „Healthy Scorecard“ wurde ein

konsistentes, robustes und quantifizierbares Instrument entwickelt, welches auch in der Lage ist psychisches Wohlbefinden abzubilden.

Angepasst an die individuellen Problembereiche werden den Mitarbeitern u. a. folgende Angebote gemacht:

- Team-/personenbezogene Belastbarkeitsprogramme oder Resilienz-Trainings
- „Steigere Deine Gesundheit“ – ein Laufprogramm auf Schrittzähler-Basis
- „Raum zum Atmen“
- Gesundheitsprogramm zum Taillenumfang
- Unterstützungsprogramm für Mitarbeiter und Familien
- Persönliche Skills-Trainings wie Zeitmanagement
- Angebot einer vertraulichen 24-h-Hotline für psychische Probleme
- Individuelle Sitzungen mit externer professioneller Unterstützung für die unterschiedlichsten Gesundheitsprobleme

Ein struktureller Fokus lag bei der GSK-Leitung auf der tatsächlichen Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Personal- und Betriebsstruktur, Leitbild und der Arbeitsplatzgestaltung, z.B. durch flexible Arbeitszeitregelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Ein inhaltlicher Schwerpunkt wurde auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter und die Verhinderung von arbeitsbezogenen psychischen Störungen gelegt. (Die beiden anderen Defizitbereiche sind muskuloskelettale Erkrankungen und Beeinträchtigungen durch chemische Substanzen.) Die psychische Belastbarkeit, im weiteren Resilienz, sowohl beim Einzelnen wie auch bei Teams sollte in diesem Zusammenhang speziell gefördert werden. Die GSK-Definition von Resiliency lautet (WBCSD & IBLF, 2006, o.S.):

“The ability to be successful, both personally and professionally, in the midst of a high pressured, fast-paced and continuously changing environment.”

Besonderer Wert wird bei den Programmen auf eine aktiv gelebte „Diversity“-Kultur gelegt. Kern ist das Erleben individueller Unterschiede und abweichender Unternehmenskulturen als essentiell für ein weltweites, innovatives Unternehmen. Ergebnis dieser Initiative für psychische Widerstandsfähigkeit war die Reduktion von Arbeitstagen aufgrund arbeitsbezogener psychischer Erkrankungen von 2.956 im Jahre 2003 auf 1.513 im Jahre 2004 (GlaxoSmithKline Corporate Responsibility Report 2004).

2 Hochschulziele im internationalen Vergleich

Auf den ersten Blick scheinen ein auf Mehrwertsteigerung und Profit ausgelegtes privatwirtschaftliches multinationales Unternehmen und eine auf öffentlichen Etats aufbauende, gesetzlich reglementierte, öffentlich-rechtliche Einrichtung für Lehre und Forschung wenige Überschneidungen zu haben. Es liegt jedoch auf der Hand, dass beide Gebilde nur so gut sind, wie es ihnen gelingt mit den richtigen Mitarbeitern (oder Studierenden) effiziente und innovative Problemlösungen zu erzielen. Mit dem Blick auf die mentale Leistung und Kreativität der Beschäftigten sind an Hochschulen wie in Betrieben humanes und soziales Kapital die zentralen Wettbewerbsfaktoren. Gesundheit und Wohlbefinden fungieren in diesem Zusammenhang als Vermittlungsfaktoren zwischen den Dimensionen Arbeitsanforderungen hier und Leistungs- und Problemlösefähigkeit da. Hochschulen befinden sich mehr denn je im Wettbewerb um öffentliche Gelder, Studenten und Firmen, die Forschungs- und Entwicklungskooperationen suchen. Der dadurch entstehende Wettbewerbsdruck wirkt sich sowohl auf das Arbeiten der Beschäftigten wie auf das Studieren der Studenten aus.

Verwaltungs-, Forschungs- und Studienprozesse müssen nun auch hier kontinuierlich optimiert und Störgrößen minimiert werden. Die wesentlichen Störgrößen sind psychische und physiologische Stressreaktionen, eingebettet in ein Umfeld von nachlassenden Kompetenzen, sinkender Motivation, mangelnder Identifikation mit dem Arbeitgeber, chronischen Erkrankungen und Burnout. Gleichzeitig dienen derartige Negativ-Symptome aber auch als gute Indikatoren für das Ausmaß und Orte des Änderungsbedarfs im Arbeitsumfeld. Einrichtungen, die diese Zeichen nutzen können und wollen, um ihre Arbeitsprozesse menschengerecht zu optimieren, werden sich langfristig von Institutionen absetzen, die der Meinung sind, dies seien notwendige Begleiterscheinungen großer Exzellenz (Kirsten, 2006). Hinzu kommt, dass Arbeitgeber in zurückliegenden Zeiten einen kranken, guten Mitarbeiter finanzieren oder durch einen guten gesunden Mitarbeiter ersetzen konnten. In Zeiten des demografischen Wandels und der Wirtschaftskrise engt sich der Unternehmensspielraum in Deutschland an dieser Stelle immer mehr ein. Die Anforderung an den Arbeitgeber besteht mehr und mehr im langfristigen und kostengünstigen Erhalt der Arbeitskraft seiner Beschäftigten.

Es wird vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass bestehende Unternehmenskonzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung auch für Beschäftigte und Studierende an Hochschulen übernommen werden sollten. Selbstverständlich weist der Arbeits- und Studienplatz Hochschule an einigen Stellen Unterschiede zu herkömmlichen mittleren oder größeren Unternehmen auf (Rosenbrock, 2006).

- Als Lehranstalt hat die Hochschule einen Vorbildcharakter für die Studierenden wie auch in ihrer Außenwirkung auf die Gesellschaft.
- Hochschulen treffen auf junge Menschen, die erstmalig nicht mehr zu Hause wohnen, die durch Experimentieren und Ausprobieren ihre Persönlichkeit entwickeln und für die Studium und Freizeit eng miteinander verzahnt sind.
- Hochschulen müssen verstärkt älteren und reiferen Studierenden Bedingungen schaffen, um sich Wissen anzueignen.
- Hochschulen sind definitionsgemäß Einrichtungen mit einem hohen Maß an Kreativität, Innovation und geistiger Freiheit. Sie bieten idealerweise Forschung und Wissenschaft einen gewissen Experimentierraum, auch im Austausch mit anderen Disziplinen.
- Hochschulen liefern Ressourcen und bilden Partnerschaften mit lokalen, nationalen und weltweiten Gruppen und Gemeinden.
- Letztlich übernehmen jedoch auch Hochschulen immer mehr Anteile eines Wirtschaftsunternehmens bei denen Wettbewerb, Marketing und das Erzeugen und sinnvolle Investieren von eigenen Einnahmen eine Rolle spielen.

Entsprechend loten die Hochschulen – analog zu den Betrieben – alle Bereiche aus, die ihnen einen Vorteil im Kampf mit den anderen Hochschulen um die Studierenden, öffentliche Gelder oder Renommé in Forschung und Studium verschaffen. Beispielhaft sei hier die Fachtagung „Gesundheitsförderung als Wettbewerbsvorteil am Beispiel der Hochschulen Ostdeutschlands?!“ des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) vom 30. Januar 2009 genannt. Titel von Arbeitsgruppen waren u.a.:

- AG 4: Familienfördernde Hochschulen
- AG 5: Studierende und Studierendengesundheit
- AG 6: Demographische Entwicklung und die Folgen für die Personalentwicklung der Hochschulen

Tatsächlich wurde die Gesundheitsförderung an Hochschulen nicht initial über die Nachahmung erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderungsangebote entwickelt, vielmehr kam der eigentliche Anschlag über die Erweiterung der „Healthy cities“-Initiative der WHO um den Setting-Begriff. (Tsouros et al., 1998) Vor Ort, in den Lebensumfeldern der Menschen sollte die Gesundheitsförderung stattfinden. Eines dieser definierten Settings war auch die Schule, Hochschule (The Edmonton charter, 2006). Wie aus der Grafik ersichtlich ist, kann Gesundheitsförderung als Beschäftigung mit den gesundheitlichen Ressourcen von Vielen, zwangsläufig nur über einen Settingansatz realisiert werden.

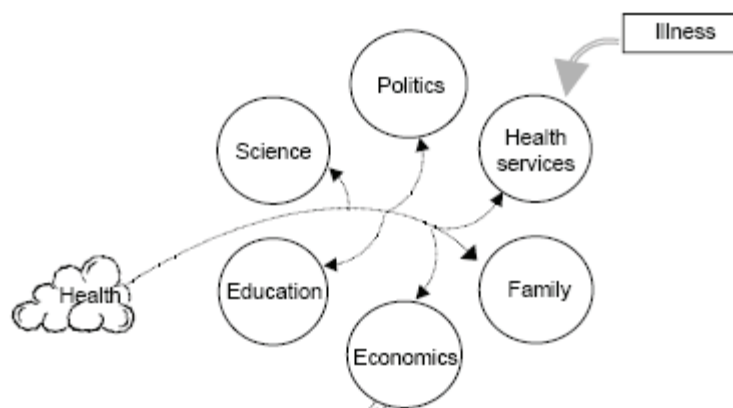


Abbildung 3: Grafische Darstellung des direkten Zusammenhangs von Setting-Ansatz und Gesundheitsförderung (Dooris, M.; Dowding, G.; Thompson, J. & Wynne, C., 1998)

Über die etwa 380 Hochschulen in Deutschland können so ca. 2 Mio. Studenten und etwa 500.000 Beschäftigte erreicht werden (Statistisches Bundesamt: www.destatis.de). Von diesen sind wiederum etwa 275.000 in der Verwaltung und der Technik beschäftigt, und die restlichen 45% (225.000) arbeiten im wissenschaftlichen oder künstlerischen Bereich. Somit hat ein gesundheitliches Engagement von Hochschulen immer auch einen direkten bevölkerungsrelevanten Effekt auf den Gesundheitszustand einer Gesellschaft.

Das Konzept der Health Promoting University (HPU), obwohl lange noch nicht ein selbstverständlicher Begriff, hat in den letzten 10 Jahren eine gewisse weltweite Verbreitung erfahren (Abercombie, Gatrell & Thomas, 1998). Aus den nachfolgenden Beispielen lassen sich einige Prinzipien und Möglichkeiten für die Beschäftigung einer Universität mit diesem Thema erkennen. Wichtig für das nachhaltige und nach außen sichtbare Engagement einer Hochschule als gesundheitsfördernd scheint die Anwesenheit einer medizinischen bzw. sozialwissenschaftlichen Fakultät. Hier ist sowohl das Wissen für eine Ausarbeitung geeigneter Maßnahmen vorhanden, wie auch die Einsicht für derartige Aktivitäten am größten und es liegt entsprechend ausgebildetes Personal vor, um die Hochschulangebote bei der Umsetzung zu begleiten. Die Größe einer Hochschuleinrichtung oder ihr Ruf oder Bekanntheitsgrad spielen hier eher eine untergeordnete Rolle. Im nachfolgenden Abschnitt werden internationale Beispiele ausgearbeitet. Diese können in verschiedener Hinsicht als Blaupause für den Weg der Integration von Gesundheitsförderung in das universitäre Leitbild dienen. Dazu erfolgt eine Gegenüberstellung mit der Hochschulsituation in Deutschland.

2.1 University of Central Lancashire

Die University of Central Lancashire (UCLan) liegt in Preston (130.000 Einwohner), die jüngste Stadt Englands. Ihre Wurzeln gehen in das Jahr 1828 zurück und heute werden hier ca. 32.000 Studenten unterrichtet. Die Universität steht laut Webseite der Universität auf Platz 7 der englischen Rankingliste für Unterrichtsqualität. Speziell herausragend ist das Angebot für internationale Studenten, dadurch sind Studierende aus über 100 Nationalitäten immatrikuliert. In England führend ist die Universität mit ihrem Fach „overseas education“. Die Universität beherbergt fünf Fakultäten, darunter die Fakultät für Gesundheit:

1995 war die University of Central Lancashire die erste Universität in Europa, die eine strategische HPU Initiative startete (Dooris, 2001). Ziel war damals die Integration eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses in der Universitätsorganisation und die Entwicklung eines umfassenden gesundheitsförderlichen Arbeitsprogramms. Dies sollte über das Einsetzen eines zentralen Koordinators erreicht werden. In den nächsten Abschnitten werden die Schritte und Module des strategischen Implementierungsprozesses komprimiert erläutert. Aufgrund fehlender Vorbilder wurden zunächst drei konzeptuelle Grundfeiler als Ausgangspunkt der Arbeit festgelegt:

1. Die grundlegenden Prinzipien der Angebote sollten auf Ganzheitlichkeit, Partizipation, Gleichheit, Nachhaltigkeit, Zusammenarbeit und Konsens fußen.
2. Es wurde postuliert, dass der Setting-Ansatz eigene Methoden und Techniken zur Organisationsentwicklung benutzt. Zentrale Leitfragen sollten sein: Warum sind „gesunde Organisationen“ produktiver und wie kann das Bekenntnis zur Gesundheit in Unternehmenskultur, Strukturen, Mechanismen und Routinen eingebettet werden.
3. Der Setting-Ansatz hat drei Kernpunkte: das gesunde Wohn- und Arbeitsumfeld, die Integration von Gesundheitsförderung in Alltagsaktivitäten und in die Gemeinde (community).

Im nächsten Schritt wurden sechs Zielvorstellungen aufgestellt aus denen sich eine breite Handlungsgagenda ableiten lassen sollte. Als beispielhafte Ziele lassen sich nennen:

- Die Steigerung von Verständnis, Kenntnis und Zusage von multidisziplinärer Gesundheitsförderung über alle Fakultäten und Abteilungen
- Die Förderung von „nachhaltiger“ Gesundheit innerhalb der „weiteren Gemeinde“ (wider community)
- Die Unterstützung der gesunden persönlichen und sozialen Entwicklung der Studierenden

Zur Realisation dieser Ziele ist eine personelle Struktur erforderlich, die von der Universität über Partnerschaften in der Gemeinde (community) und flexible Gruppenbildungen umgesetzt wurden. Diese flexible Struktur setzte sich zusammen aus einer oberen Lenkungsgruppe, die in der Lage ist Arbeitsgruppen und kurzfristige Untergruppen ins Leben zu rufen. Wie in der nachfolgenden Abbildung zu sehen ist, bestanden die ersten fünf Kernbereiche mit denen sich diese Gruppen befassten in:

- sexueller Gesundheit
- Gebäudedesign
- Beförderung
- Drogen
- psychischem Wohlbefinden

Nachfolgende Bereiche umfassten dann im Weiteren die Themen:

- Drogen
- Ernährung
- Bewegung/ Sport

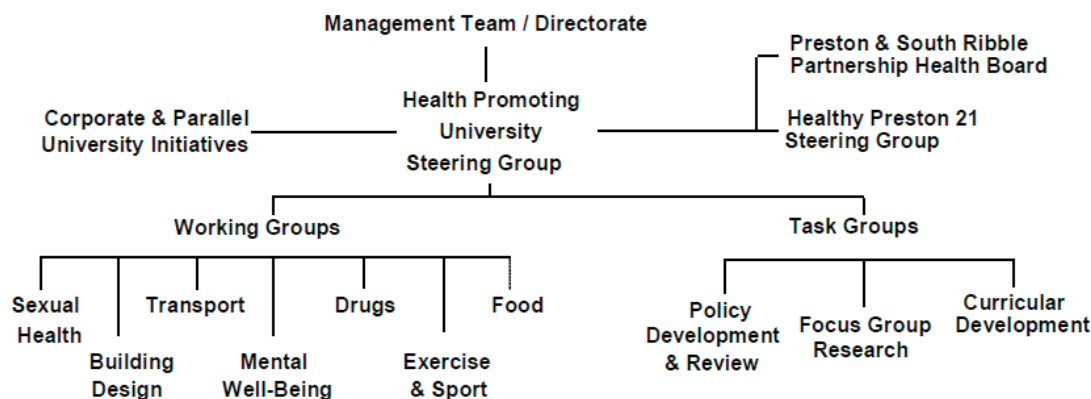


Abbildung 4: Organigramm der aktiven Gruppen und dazugehörigen Arbeitsfelder an der University of Central Lancashire (aus Dooris, 2001).

Die Auswahl der Bereiche ergab sich durch die Definition der praktischen Problemfelder vor Ort, aus der theoretischen Diskussion und aus der Notwendigkeit ein philosophisch-strategisches Bild der Initiative nach außen zu transportieren.

Abseits der personellen, strukturellen und inhaltlichen Aktivitäten wurde auch die Notwendigkeit gesehen politische Prozesse zu entwickeln. Neben der theoretischen Anforderung, dass Gesundheitsförderung sich unbedingt auch in einer unternehmensbezogenen Gesundheitspolitik widerspiegeln muss, sah man auch die praktische Notwendigkeit Gegenströmungen, Widerständen und der Machtsicherung mit politisch-strategischen Mitteln zu begegnen. Die dafür vorgesehenen Prozesse wurden auch hier wieder in Teilschritte zerlegt. Zunächst wurde eine Leitbild-bezogene Gesundheitspolitik verankert. Daraus wurden einzelne, praktische Gesundheitspolitiken für die unterschiedlichen Bereiche entwickelt. Noch konkreter wurden die politischen Richtlinien für den Bereich des Drogenmissbrauchs gefasst, um hier gerade für den schwierigen Entscheidungsraum des Drogenkonsums klare Vorgaben zu schaffen („Null-Toleranz-Politik“).

Im Rahmen des Konzepts der studentischen Entwicklung wurden Investitionen in Strukturen, die das studentische Leben unterstützen, vorgenommen. Zu diesen Aktivitäten gehörten die aktive Zusammenarbeit mit studentischen Gruppen sowie mit den Organisationen für Studentenwohnheime. Weiterhin wurde ein Projekt zur Förderung der sexuellen Gesundheit und zum sicheren Gebrauch von Drogen ins Leben gerufen. Dieses multidisziplinäre Programm unter Einbezug unterschiedlicher Einrichtungen – auch der studentischen Club-Nächte. Das Programm, bestehend aus Implementierung, Rekrutierung, Training, Anwendungsforschung, Monitoring und Evaluation, ist unter Einbezug von freiwilligen Peer-Trainern über Jahre weiter gereift. Derzeit wird an einem akademischen Modul für die gesundheitsbezogene Peer-Weiterbildung gearbeitet.

Die Initiativen rund um einen gesunden und selbstaktivierenden, stützenden Arbeitsplatz bestanden in erster Linie in einer Zusammenführung der bereits bestehenden Angebote und Gruppen unter dem Dach der Gesunden Hochschule. Es wurden die Synergien genutzt, die aus der Zusammenführung von Personalabteilung, Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheit entstanden. Obwohl man sich hierbei zunächst auf den Arbeitsplatz der Hochschulmitarbeiter beschränkte, war den Beteiligten bewusst, dass es durchaus Zusammenhänge zwischen beiden Gruppen gibt, die sich auf den jeweiligen Arbeitsplatz bzw. das Arbeitsumfeld auswirken. Unterstützungssysteme für die Mitarbeiter sollten ebenfalls aktiviert werden und zur Selbsthilfe und zum Selbsttraining wurden Gesundheitshandbücher verfasst. Hierin wurden Adressen, Webseiten, allgemeine Gesundheitsfragen und praktische Tipps von zwei Journalismus-Studenten zusammengestellt und von einem erfahrenen Journalisten gegengelesen und einer Gruppe von Gesundheitsexperten supervidiert. Die Handbücher galten sowohl für die Studenten wie auch die

Mitarbeiter, da die demographischen Daten in vieler Hinsicht vergleichbar waren. Bei allen Vorgängen wurde versucht ein Zusammenführen von Studenten und Hochschulmitarbeitern zu erzielen und beide Gruppen anzuleiten sich für eine positive Veränderung bestehender Organisationsformen einzusetzen.

Zudem haben bauliche Maßnahmen einen Einfluss auf die Gesundheit. Eine Arbeitsgruppe wurde damit beauftragt „grüne“ Konzepte für eine gesundheitsförderliche Planung, Bauung und Sanierung zu erarbeiten. Nutzung von Abwasser, Ausweitung natürlicher Lichtflächen, Einrichtung sozialer Räume und die sichere und ästhetisch ansprechende Umbau der Kampusflächen waren einige der zentralen Themen. Die Bereiche „Lebensmittel“, „Beförderung“ und „Finanzen“ sind in unterschiedlichen Planungsphasen, eine Realisierung lag 2002 nicht vor. Vorrangig geht es um die Entwicklung „grüner“ Konzepte und ethisch tragfähigen Verhaltens der Universität. Die Arbeitsgruppe dieses Aktivitätsfelds identifizierte drei Hauptansatzpunkte:

1. Die Förderung zentraler Fertigkeiten, die Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und das Verständnis für Gesundheit und die Vergabe auch von internen Forschungsprojekten mit dem Bezug zur Gesundheit.
2. Die Förderung zentraler Fertigkeiten, die die Studierenden (auch als Menschen außerhalb des Settings „Universität“) in die Lage versetzen ein gesundheitszutragliches Leben zu führen, sollte in das akademische Curriculum eingebettet sein.
3. Die Bewusstmachung des Themas Gesundheit sollte sich auf alle Disziplinen ausdehnen und für das jeweilige Fach den Blick für gesundheitsförderliche Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen schärfen. So wurden die Studierenden der Fotografie zu einer Ausstellung zum Welt-AIDS-Tag angehalten.

Bei den Forschungsprojekten sollte versucht werden die Forschungsinteressen der Studierenden mit den realen, gemeinde-basierten Anliegen zu harmonisieren.

Die Universität stellt ihrer Region alle ihre Ressourcen so umfassend wie möglich zur Verfügung und bemüht sich um einen gerechten und leichten Zugang zu ihren Möglichkeiten. Damit trägt sie beträchtlich zur Reichhaltigkeit des Gemeindeangebots bei. Partnerschaften und Vernetzung sichern eine breite Sicht- und Herangehensweise an Gesundheitsthemen. Partnerschaften mit einzelnen Mitarbeitern des Gesundheitswesens wie mit staatlichen Behörden schaffen neue Mischungen von kooperierenden Arbeitsgruppen. Derartige Partnerschaften wurden bereits bei der initialen Arbeitsgruppenbildung, so auch bei der Zusammensetzung obersten Lenkungsgruppe, berücksichtigt. Die Zusammenarbeit schloss die Hochschulbeschäftigten wie auch die Studierenden mit ein und sorgte dafür, dass es bei Gruppen zu direktem Universitätskontakt kam, die sich selber nie an dieser Stelle gesehen hätten. Auch in den Studiencurricula wurden praktische Kurse mit lokalem Bezug mit eingebaut, um die Studierenden zu ermutigen sich in der umliegenden Gemeinde zu engagieren. (Kursbeispiel: „Learning from Work“) Durch die dergestaltige Gemeindebasierung der Universität war es möglich sich an einem weltweiten Projektzusammenschluss zu beteiligen, der sich speziell mit der gemeindenahen Unterstützung von benachteiligten Bürgern orientiert. Hier gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der Universitätsstadt Preston.

2.2 Die sechs Universitäten im Raum Beijing

Im Rahmen einer Zusammenarbeit der Gesundheitsabteilung der Stadt Peking, dem Komitee für Bildung der Stadt Peking, dem Institut für Gesundheitserziehung der Stadt Peking und mit der Unterstützung der WHO wurde in einer dreijährigen Implementierungsphase das Projekt „Health Promoting Universities“ für die sechs Universitäten im Raum Peking gestartet (Xiangyang et al., 2003). Die sechs Universitäten beherbergten damals mehr als 100.000 Studenten. Ziel war es der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung zu folgen und das universitäre Umfeld gesundheitsförderlich zu gestalten und die Studierenden und Mitglieder der Universität zu befähigen ihre und die Gesundheit anderer zu bewahren und zu verbessern. In vielen Elementen griff man dabei die Erfahrungen, Ziele und das Vorgehen der University of Central Lancashire und anderer auf, großer Unterschied war jedoch, dass es sich hier um ein geplantes Projekt mit einem definierten Ende und einer vorher geplanten Evaluation handelte. So wurden gezielt Zufallsstichproben bei Studenten (30 je Universität) und Universitätsmitarbeitern (20 je Universität) gezogen und die ermittelten Personen wurden über einen vorstrukturierten Fragebogen interviewt. Zu Beginn des Programms wurden zufällig ausgewählten Studierenden ein Fragebogen zum Gesundheitswissen und zum eigenen Gesundheitsverhalten vorgegeben. 2.360 hatten diesen vollständig ausgefüllt zurückgegeben. Nach einem Jahr wurde der Fragebogen wiederholt und von diesen hatten 2.347 Studierende die Fragen beantwortet.

Relevant sind für die vorliegende Expertise vor allem die Aktivitäten bzw. Interventionen an den sechs teilnehmenden Universitäten und nur in beschränktem Maße die Ergebnisse der Interventionen. Die Aktivitäten werden von den Autoren des Projekts in „strategische Maßnahmen“, „Training“ und „Interventionen“ eingeteilt. Sie betrafen die Universitätsverwaltung, die Lehrenden, Angestellte der Krankenhäuser, Studentenvertretungen, Mitglieder der städtischen Stellen für Bildung und Studierende. Zur Etablierung der strategischen Maßnahmen wurden Workshops abgehalten mit den Themen:

- Einführung der Gesundheitsförderung in den jährlichen Arbeitsplan der Universitäten als ein essentieller Bestandteil
- Für alle Studenten offene Wahlkurse zur Unterrichtung von Gesundheit und geistiger Gesundheit (1-2 credits)
- Bereitstellung von gesunden, ausgewogenen und vollwertigen Lebensmitteln
- Rauchverbot sowie kein Zigarettenverkauf auf dem Campusgelände
- Verbot von illegalem Drogenkonsum
- Die Akzeptanz des Lehrpersonals von regelmäßigen Trainings zur Förderung von gesundheitsförderlichen Fertigkeiten
- Zuweisung der für die Umsetzung erforderlichen Budgets durch den jährlichen Universitätsetat

Es wurden Trainingskurse abgehalten zu

- Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung
- Gesunde Lebensstile
- Geistiger Gesundheit
- AIDS-Prävention
- Tabakentwöhnung

An den Universitätskliniken wurden Sprechzimmer für Rauchertherapie, geistiger Gesundheit und HIV/ AIDS eingerichtet. Weiterhin fanden regelmäßige Vorlesungen für die Studenten zu Rauchertherapie, geistiger Gesundheit, AIDS-Prävention, angemessener körperlicher Aktivität, gesunde Ernährungsstile und sexuellen Beziehungen statt. Die Broschüre „Wie du dir selbst Gutes tust durch ein gesundes Campusleben“ wurde entwickelt und an alle Erstsemester verteilt. Hierin werden alle Gesundheitsangebote der Gesunden Hochschule, die Vermeidung von Gesundheitsrisiken, etc. dargestellt. Ferner ist ein regelmäßiges Angebot von Sprechzeiten zu geistiger Gesundheit, Tabakentwöhnung und AIDS-Prävention realisiert. Es fanden zudem Gesundheitstage zu Nichtrauchen, körperlicher Aktivität und sexuell übertragbare Erkrankungen/AIDS statt. Weitere Maßnahmen bestanden in der:

- Einführung von studentischen Selbsthilfegruppen wie z.B. zu Tabakentwöhnung oder studentische Gruppen z.B. zum Umweltschutz,
- regelmäßigen Verteilung von Broschüren und Faltblättern zur Förderung des Gesundheitswissens in der Studentenschaft,
- Intranetangeboten im Sinne einer interaktiven Gesundheitsberatung,
- Gesundheitsbildung durch Fachlehrer,
- Etablierung einer Hotline zur Gesundheitsberatung.

Nach einem Jahr waren die wesentlichen strategischen Maßnahmen auf den Weg gebracht worden. Etwa ein Drittel der Lehrenden bzw. der Universitätsverwaltung war in dieser Zeit direkt mit Maßnahmen zur Gesunden Hochschule in Kontakt gekommen. Etwa die Hälfte der Studierenden waren aktiv in das Programm – meist durch die Teilnahme an entsprechenden Seminaren – einbezogen gewesen. Die ausgeprägtesten Verbesserungen bei Wissen und Verhalten wurden von den Studierenden im Fragebogenvergleich bei der Raucherentwöhnung und der geistigen und emotionalen Gesundheit berichtet. Leicht positive Veränderungen ließen sich bei der Reduktion von Fett und Salz in der Ernährung aufzeigen.

¹ Es ist davon auszugehen, dass a) das unterschiedliche staatliche Umfeld in China, b) die abweichende asiatisch-chinesische Kultur und c) der staatlich-politische Druck auf die Studenten eine Interpretation oder gar Übertragung der Ergebnisse für die hiesige Landschaft stark einschränken.

2.3 Stanford University

Die Universität Stanford (offiziell: Leland Stanford Junior University) ist eine US-amerikanische Universität in der Nähe von San Francisco (<http://www.stanford.edu/>). An sieben Schulen (School of: Business, Earth Sciences, Education, Engineering, Humanities & Sciences, Law, Medicine) sind 72 Departments angesiedelt. Weiterhin gehören zwei eigene Krankenhäuser zur Universität: das Stanford Hospital & Clinics und das Lucile Packard Children's Hospital. Die 15.000 Studenten werden von 1.800 Mitarbeitern betreut. Das Stiftungsvermögen belief sich 2007 auf 17,2 Mrd. US\$ und bei nationalen Rankings ist die Universität stets unter den Top5 zu finden; bei internationalen Bewertungen unter den ersten 15. In vielen Bereichen zeichnet sich diese Universität aus, sicherlich auch darin, dass sie eine der reichsten in den USA ist. Die Kombination aus wissenschaftlicher Erkenntnis und einem ausreichenden finanziellen Untergrund ließen bereits 1983 John W. Farquhar das HIP Health Improvement Programm für die Mitarbeiter der Universität entwickeln. Farquhar hatte zuvor das Stanford Prevention Research Center (SPRC) gegründet. Das Center hatte und hat den Anspruch medizinisches Wissen mit Hilfe von effektiven Methoden der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Gemeinschaft zu etablieren. In der Zwischenzeit diente das HIP vorrangig den Angestellten der Universität Stanford, ihren Familien und den Universitäts-Pensionären. In geringerem Maßstab konnten auch die Gemeinden der Umgebung davon profitieren. Ziel des HIP ist es zu nachhaltigen gesundheitsförderlichen Lebensstiländerungen beizutragen. Obwohl in erster Linie für die Universität Stanford und ihr weiteres Umfeld entwickelt, werden dennoch weitergehende gesundheitspolitische Ansprüche mit der HIP-Forschung und den Programmen verknüpft. Eine Verbreitung des Wissens und eine populationsbezogene Ausweitung sind stets im Blickfeld der Entwickler.

Zur Umsetzung dieser Vorstellungen wurde mit dem Motto „Changing the Face of Healthcare Together“ das Stanford Health Promotion Network gegründet. Dieser Zusammenschluss aus Arbeitgebern, Krankenversicherern, medizinischen Leistungsanbietern und lokalen Regierungsvertretern arbeitet zusammen durch gemeinsame Initiativen zur Gesundheitsförderung. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitsförderung in der „San Francisco Bay Area“ (101 Städte, 7,2 Mio. Einwohner). Jedes Quartal bietet das HIP diverse Kurse zur Gesundheit an. Ferner besteht ein umfassendes, wissenschaftlich anspruchsvolles, nutzerfreundliches Internetportal zu allen Gesundheitsthemen. Schwerpunktservices sind zudem das Aufstellen und Dokumentieren eines Gesundheitsplans, die Online-Beratung und die persönliche Unterstützung, das Angebot persönlich zugeschnittener Nachrichten, der Austausch und das Treffen mit ähnlich interessierten Personen. Allen Mitarbeitern steht außerdem ein umfangreiches Sportangebot der Universität zur Verfügung.

Die Abteilung WorkLife Office bietet organisatorische und finanzielle Hilfe an in allen Abschnitten des Familienlebens: u.a. bei der Kinderbetreuung, der Adoption, der Geburt und Kindererziehung, der Versorgung von älteren Leuten oder bei allgemeinen familiären Krisenfällen.

Die universitätseigene psychotherapeutische Beratungsstelle (Help Center) bestehend aus elf Therapeuten und Beratern für die Mitarbeiter und den Lehrkörper bietet mit Workshops, offenen Gruppen, Informationsreihen, Dokumenten, zweisprachigen Angeboten, Beratung von Arbeitsgruppen und Abteilungen vor Ort und Kriseninterventionen eine große Palette an Diensten an. Beratungsschwerpunkte sind Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Stress und Änderung des Arbeitsumfelds, Herausforderungen von Führungsverhalten und Arbeitsumfeld, Bewältigung von traumatischem Stress, Trauer und Verlust am Arbeitsplatz, Verbesserung der Schreibproduktivität, der Umgang mit Entlassung, Reduktion von Diskriminierung und Mobbing am Arbeitsplatz, richtiger Umgang mit Ärger, Eltern erziehen ihre jugendlichen Kinder, Co-Abhängigkeit. Neben einer individuellen Beratung wird besonderer Wert auf die Einbettung in akademische Seminare und durch die Veranstaltung eigener Workshops und Seminare gelegt. Unter dem Motto „Live Healthy, Live Happy“ werden von diesem Team auch alle studentischen Peer-Gruppen und Projekte zu Gesundheitsthemen betreut.

Eine Ombudstelle überprüft die Einhaltung gesetzlicher Regelungen, nimmt Beschwerden gegen Verstöße entgegen, optimiert den Zugang zu Gebäuden, Angeboten und Veranstaltungen von Behinderten. Die Mission des Büros legt Wert auf „Diversity“ der Gruppen und Meinungen an der Universität und organisiert Fortbildungen und Beratung dazu und hält die Abteilungsleiter zum aktiven Umgang damit an. Ein privater Sicherheitsdienst und ein universitätsweites Sicherheitssystem sollen zudem mit ihrer strikten Kundenausrichtung für ein sicheres Gefühl auf dem Campus sorgen.

Von diesen professionellen Gesundheitsmöglichkeiten (nahezu) unabhängig, ist die Einrichtung so genannter „Peer Health Educators“. Diese speziellen studentischen Ansprechpartner schieben selber aktiv Gesundheitsangebote an, fungieren als erstes Routing- oder Überweisungssystem bei kleineren und größeren Problemen, halten Vorträge zu Gesundheitsverhalten und dienen generell als role model für ein gesundheitsbewußtes studentisches Leben. In den 70er Jahren als Drogenanlaufstelle von Studenten für Studenten gegründet, ist „The Bridge“ eine Beratungsstelle und ein Studententreff zum allgemeinen Austausch und zur angeleiteten Besprechung von Studentenproblemen. Die Einrichtung mit festen Büroräumen wird komplett durch Studenten betrieben und durch den Ertrag einer jährlichen Benefizveranstaltung finanziert. Alle Mitarbeiter arbeiten dort ehrenamtlich und durchlaufen ein Trainingscurriculum. Telefonisch ist es rund um die Uhr erreichbar, vor Ort Beratung wird zwischen 9 und 24 Uhr angeboten. Ebenfalls auf einer Unterstützungsbasis durch Peers arbeitet das Angebot „Mirror“. Hier geht es speziell um die Themen Ernährung, falsche Ernährung, Diäten, Übergewicht, Essstörungen. Hinzugekommen ist der generelle Service eines sicheren Transports zu Abendzeiten und der richtige Umgang mit streitenden oder stark alkoholisierten Personen. Über 15 studentische Kräfte zusammen mit einigen professionellen Fahrern halten derzeit den Dienst über den Einsatz von elektrischen Golfwagen mit Funkgeräten vor. Nutzen können das Angebot alle Studierenden und Universitätsmitarbeiter unabhängig von Alter, Geschlecht oder Rasse. Jedes Jahr werden so mehrere Tausend Fahrten durchgeführt. Den Studierenden steht es frei sich über die Stanford eigene Krankenversicherung („Cardinal Plan“) oder über eine anderen Weg zu versichern. Von der speziell studentischen Zusatzkrankenversicherung über \$167 pro Quartal kann jedoch niemand befreit werden, da man nur so die umfassenden Leistungen für jeden Studierenden vorhalten kann. Bereitgestellt und organisiert werden diese Leistungen durch das universitätseigene Vaden Health Center. In der heutigen Form erst möglich durch eine Spende einer Universitätsprofessorin. Aus dieser studentischen Zusatzversicherung werden neben vielen herkömmlichen medizinischen Leistungen u.a. die nachfolgenden eher präventiven Angebote finanziert:

2.4 Universität Sorbonne Paris

Im zentral ausgerichteten Frankreich befindet sich die wesentliche Universität des Landes in Paris. Hier studieren ca. 35.500 Studenten an vier Universitäten/ Universitätsorten der Universität Sorbonne. Die Universität hat eine eigene Abteilung, die sich laut Titel der präventiven Medizin und der Gesundheitsförderung widmen soll: „Service Inter universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé“ (<http://www.univ-paris1.fr/etudiant/sante/service-inter-universitaire-de-medecine-preventive-et-de-promotion-de-la-sante/>). Die Angebote stehen sowohl den Mitarbeitern wie auch den Studierenden zur Verfügung. Die Abteilung organisiert an der Universität entsprechende Aktionen, u.a. zu AIDS und sexuell ansteckenden Erkrankungen und in Zusammenarbeit mit den Sportabteilungen ein Programm zur Wellness am Arbeitsplatz. Laut offiziellem Beschluss letzten Jahres hat jeder Student Anspruch auf eine medizinische Konsultation. Themen, die z.B. bei diesen individuellen Beratungen besprochen werden können, sind Kontrazeption, allgemeine gesundheitsbezogene Beratung, Ernährungsfragen. Diese Aufgaben werden von den drei Medizinern und der Krankenschwester des Teams übernommen. Für die psychologischen Aspekte sind zwei Psychologen zuständig. Sie beraten bei persönlichen Schwierigkeiten und Prüfungsschwierigkeiten. Eine zusätzliche psychotherapeutische Studentenberatungsstelle an der Pariser Universität konnte im Rahmen der Recherchen nicht ausgemacht werden; eine Einbindung in nationale oder internationale Initiativen der universitären Gesundheitsförderung ebenso nicht. Bezogen auf die Größe der Universität sind diese sechs Mitarbeiterstellen für einen tiefer gehenden Beratungsdienst oder für eine umfassende Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Studierenden wahrscheinlich eher knapp bemessen.

3 Hochschulziele im nationalen Vergleich

Obwohl es im Ausland herausragende vereinzelte Beispiele gesundheitsfördernder Hochschulen (Health Promoting Universities) gibt, besteht derzeit in keinem anderen Land eine derart systematische Erarbeitung des Themas wie in Deutschland. Deutlich wird dies durch die Aktivitäten des „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen“ (<http://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de>). Die Betreiber geben an, dass 2006 fast 170 Personen aus 60 Hochschulen im Arbeitskreis organisiert waren. Diese Zahlen wurden innerhalb der Tagung „10 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen“ an der Universität Bielefeld präsentiert. Der Arbeitskreis ist laut Angaben der Betreiber der weltweit größte Zusammenschluss gesundheitsfördernder Hochschulen. Vom Arbeitskreis werden Projekte zur Gesunden Hochschule systematisch erfasst, regelmäßig Tagungen abgehalten, Literatur gesammelt, Flyer entwickelt, Kontakte zu ausländischen Hochschulen unterhalten, politische Impulse gesetzt und noch einiges mehr. Derzeit werden 219 Projekte zum weiten Themenfeld „Gesunde Hochschule“ gelistet, die an 109 deutschen Einrichtungen durchgeführt werden. Bei genauerer Auswertung der Projektdatenbank lassen sich 28 Institutionen mit 3 und mehr Gesundheitsprojekten und 191 mit 1 oder 2 Projekten herausfiltern. Spitzenreiter bei den Einzeleinrichtungen sind die Universität Hannover, die Universität Augsburg und die Hochschule Bremen. Die Hochschule München ist mit zwei Projekten in der Datenbank gelistet: ein Gender-Projekt und ein Projekt zur familiengerechten Hochschule.

Fokussiert man auf die Hochschulstädte/ Regionen mit der höchsten registrierten Projektdichte, dann liegt von den bayerischen Städten Augsburg in oberen Feld mit 12 Projekten derjenigen 33 Städte mit mehr als drei Projekten und München im Mittelfeld mit insgesamt 5 Projekten an den Münchener Hochschulen. Selbstverständlich wird es sicherlich über die gelisteten Projekte hinaus Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. der Gesunden Hochschule an anderen und vielleicht auch sogar an den gelisteten Hochschulen geben. Allerdings illustriert dieses Ranking sicherlich, wo die intellektuellen Triebfedern des Konzepts „Gesunde Hochschule“ in Deutschland verortet sind und welche Hochschulen dies als Aushängeschild für sich sehen. Sicher ist in jedem Fall, dass die zugehörigen Universitäten durch derartige Projekte indirekt durch das intellektuelle und organisatorische Engagement der Protagonisten oder auch direkt durch angeschobene Projekte und Fördergelder profitieren.

Inhaltlich lassen sich unter den 219 gelisteten Projekten folgende Themenschwerpunkte erkennen:

- Familiengerechte Hochschule
- Nichtraucherangebote
- Studierenden- und Mitarbeiterbefragungen
- Umweltschutz
- Allgemeines betriebliches Gesundheitsmanagement
- Gesundheitstage
- Sucht
- Sonstiges, wie betriebliches Eingliederungsmanagement, gesunde Mensa, Konfliktmanagement, Mentorenprogramme

Projektzahl	Hochschule
13	Hannover U
10	Augsburg U
8	Bremen HS
5	Berlin FU
5	Bochum U
5	Darmstadt TU
5	Konstanz U
5	Magdeburg U
5	Magdeburg-Stendal HS
5	Berlin TU
4	Bielefeld U
4	Freiburg U
4	Kiel U
4	Marburg U
4	Münster U
4	Oldenburg U
4	Paderborn U
3	Bamberg U
3	Bremen U
3	Erlangen-Nürnberg U
3	Hamburg HAW
3	Hohenheim U
3	Kaiserslautern TU
3	Kassel U
3	München TU
3	Ulm U
3	Wuppertal U
3	Würzburg U

Projektzahl	Stadt
14	Hannover
12	Augsburg
11	Bremen
11	Berlin
10	Magdeburg-Stendal
7	Bochum
6	Hamburg
6	Münster
5	München
5	Oldenburg
5	Darmstadt
5	Konstanz
4	Köln
4	Frankfurt am Main
4	Bielefeld
4	Freiburg
4	Kiel
4	Marburg
4	Paderborn
4	Karlsruhe
	Braunschweig
3	Mannheim
3	Osnabrück
3	Potsdam
3	Gießen
3	Bamberg
3	Erlangen-Nürnberg
3	Hohenheim
3	Kaiserslautern
3	Kassel
3	Ulm
3	Wuppertal
3	Würzburg

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der Auswertungsergebnisse der Projektdatenbank des "Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen".

Die Palette gesundheitsförderlicher Vorhaben und Projekte an bundesdeutschen Hochschulen reicht derzeit von Einzelaktivitäten wie z.B. dem Modell präventiver Studienberatung in Dresden bis zur Etablierung von Gesundheitsförderung als integriertem strukturellen Merkmal an Hochschulen wie in dem an der Universität Bielefeld realisierten Ansatz „Personalentwicklung als Mittel der Gesundheitsförderung“ (Simm & Unnold, 2000). Nimmt man eine rein quantitative Bewertung der Projekte vor, so ist der Raum München mit der Vielzahl seiner Hochschulen und Studierenden sicherlich unterrepräsentiert. Dies mag daran liegen, dass noch nicht alle Münchner Gesundheitsaktiven ihren Weg in den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen gefunden haben. Dies kann aber auch darin begründet sein, dass dieses Thema noch nicht bei allen Hochschulen und Hochschulverantwortlichen der Münchner Region angekommen ist.

Nicht berücksichtigt sind an dieser Stelle besondere Einrichtungen an oder für Hochschulen, wie z.B. das Weiterbildungszentrum der Freien Universität Berlin. Dieses bietet in seinem Seminarangebot „Zehntes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention“ (2009) den Mitarbeitern der Freien Universität verschiedene Themen kostenlos zur Teilnahme an (<http://www.fu-berlin.de/weiterbildung/weiterbildungsprogramm/index.html>).

Im Jahr 2002 wurden vom Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 90 Hochschulen zur Gesundheitsförderung per Fragebogen befragt (Hartmann et al., 2003). Davon antworteten 34 und konnten befragt werden. Drei der 34 befragten Hochschulen hatten zu dieser Zeit Gesundheitsförderung in ihrem Leitbild aufgenommen und drei eine Dienstvereinbarung zur Gesundheitsförderung mit der Hochschulleitung getroffen. 20 der ausgewerteten 34 Hochschulen hatten eine gesundheitsfördernde Struktur an ihrer Hochschule etabliert. Derartige eingerichtete Strukturen an den befragten Hochschulen waren:

- Bestehender Arbeitskreis „Suchtprävention“
- Koordination Raumplanung
- Bestehende Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“

Damals laufende Projekte an den befragten Hochschulen waren:

- Gesundheitssurvey der Studierenden
- Studienberatung
- Substanzkonsum von Studierenden
- Haltungs- und Fitnessanalyse von Studierenden

In nachfolgenden Abschnitt werden Datenquellen vorgestellt, die es gestatten ein Bild der Ziele, Wünsche und Forderungen der Betroffenen an die Gesunde Hochschule zu zeichnen. Es ist davon auszugehen, dass Informationen von möglichst vielen Studierenden oder Beschäftigten einer Einrichtung einen besseren Blick auf die Situation gestatten, als das Vorliegen der Meinungen einiger weniger. Für Mitarbeiter und Studierende gibt es z. T. ähnliche Quellen um an diese Informationen zu gelangen. An manchen Stellen müssen jedoch für beide Gruppen unterschiedliche Wege gegangen werden. Für jeden Weg der Informationsgewinnung werden im Weiteren exemplarische Projekte unterschiedlicher Hochschulen vorgestellt.

3.1 Zielbestimmung aus Sicht der MitarbeiterInnen

Zentral für den Erfolg eines freiwillig zu nutzenden Angebots ist die hohe Passgenauigkeit mit den Vorstellungen der Nutzer. Um mit den eigenen Angeboten nicht ins Leere zu laufen, können verschiedene Daten über die Notwendigkeiten und Wünsche der Mitarbeiter herangezogen werden. Klassisches Instrument hierfür ist die Mitarbeiterbefragung. Weiterhin können auch – in strikt anonymisierter Form – ausgewertete Krankendaten der Hochschulmitarbeiter für die Priorisierung von Maßnahmen herangezogen werden. Dieses Verfahren gibt jedoch keine wirkliche Gewähr, dass die Rangfolge der so ermittelten Wichtigkeiten sich auch mit der Rangfolge der Mitarbeiterinteressen- und -wünschen deckt. Ebenfalls auf anonymisierter Grundlage lassen sich ggfs. bei manchen Hochschulen die dokumentierten Daten des betriebsärztlichen Dienstes für eine Priorisierung des Vorgehens nutzen. Mittlerweile liegen von Vertretern der Fachhochschule Dortmund, der Universität Bonn, des Universitätsklinikums Düsseldorf, der Universität Bochum, der TU Aachen, der Universität Duisburg-Essen, der Fachhochschule Köln, der Universität Bielefeld sowie der Unfallkasse NRW zusammenfassende, konzertierte Aussagen zur Mitarbeiter-situation vor dem Hintergrund einer gesundheitsfördernden Hochschule vor.

Systematische Mitarbeiterbefragungen wurden an folgenden Hochschulen durchgeführt (Faller, 2006):

- Universität Erlangen-Nürnberg (1996): Fragebogenerhebung (n = 1.421)
- Universität Oldenburg (2001): Fragebogenerhebung (n = 370)
- TU Dresden (1997 – 2000): Fragebogen (n = 350) und qualitative Interviews (n = 14)
- Universität Potsdam (1998 – 1999): Befragung an Sekretärinnen (n = 47)
- Universität Oldenburg (2003): Ergebnisse zweier Gesundheitszirkel
- TU Darmstadt (2005): Fragebogenerhebung an 1.700 Beschäftigten, davon 50 % in Verwaltung und Technik

Daneben fand im Jahr 2007 an der Universität Freiburg eine Befragung statt auf die nachfolgend näher eingegangen werden soll (Stößel, 2007). Der damalige Personalbestand lag bei etwa 6.180 Personen, die Anzahl der hauptberuflich Beschäftigten bei 3.515. Der Fragebogen wurde zum 1. Oktober 2007 freigeschaltet und konnte dann bis Mitte Dezember 2007 am Computer oder als Papierfragebogen ausgefüllt werden. Der Rücklauf aus der Beschäftigtenbefragung betrug 327 Bögen und entspricht damit einer Responstrate von knapp 10 Prozent. Der Fragebogen gliederte sich in folgende Teile:

- Arbeitssituation mit den Unterteilen:
 - Arbeitstätigkeit (47 Items)
 - Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (5 Items)
 - Belastung durch die Arbeitsumgebung (10 Items)
 - Zusammenarbeit und Information (20 Items)
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten, subjektive Einschätzung der Gesundheit (40 Items)
- Energie und psychisches Wohlbefinden in der Arbeit – Burnout (6 Items)
- Handlungsbedarf in der betrieblichen Gesundheitsförderung (14 Items)
- Soziodemografische Merkmale der Befragten (8 Items)

Das Ranking über die Intensität der aktuell vorliegenden Symptome der Beschäftigten anhand der 24 Items der Beschwerdenliste stellt sich folgendermaßen dar:

1. Kreuz-, Rückenschmerzen
2. Nacken-, Schulterschmerzen
3. Innere Unruhe
4. Grübelei
5. Mattigkeit
6. Reizbarkeit
7. Übermäßiges Schlafbedürfnis
8. Schlaflosigkeit
9. Schweregefühl, Müdigkeit in den Beinen
10. Druck, Völlegefühl im Leib
11. Überempfindlichkeit gegenüber Kälte
12. Schwächegefühl
13. Überempfindlichkeit gegenüber Wärme
14. Starkes Schwitzen
15. Unruhe in den Beinen
16. Schwindelgefühl
17. Stiche, Schmerzen in der Brust
18. Sodbrennen, saures Aufstoßen
19. Kurzatmigkeit
20. Klosgefühl, Engigkeit im Hals
21. Übelkeit
22. Schluckbeschwerden
23. Gewichtsabnahme
24. Zittern

Die Befragten wurden weiterhin gebeten für das vor der Befragung liegende Kalenderjahr anzugeben, an wie vielen Tagen im Jahr sie krank gewesen sind. Diese Angabe schließt die Tage mit einer AU-Bescheinigung ebenso ein wie diejenigen Tage, an denen wegen Krankheit nicht gearbeitet wurde, ohne dass bereits eine AU-Bescheinigung ausgestellt worden war. Mit durchschnittlich 5,15 Krankheitstagen im Jahr zeigen sich keinerlei Auffälligkeiten zwischen den Geschlechtergruppen. Auffällig hingegen sind die Altersunterschiede. Jüngere Beschäftigte (bis 39 Jahre) geben im Durchschnitt 3,72 Tage an, ältere Beschäftigte (50 u. älter) indes durchschnittlich 7,18, also nahezu die doppelte Zahl. Auch ist die Standardabweichung um den Mittelwert in der Gruppe der älteren deutlich ausgeprägter, was auf Untergruppen in dieser Altersklasse hinweist, die einerseits deutlich kürzere, andererseits aber auch deutlich längere Fehlzeiten aufweisen. Des Weiteren fällt in diesen selbstberichteten Angaben auf, dass die Beamten des einfachen und mittleren Dienstes bei den Krankheitstagen überdurchschnittlich hohe Werte aufzeigen. Abschließend wurden die Mitarbeiter um eine Einschätzung des dringlichsten Handlungsbedarfs gebeten.

Von den Mitarbeitern wurde die höchste Priorität auf die Verbesserung der Weiterbildungsangebote gelegt, gefolgt von den zu verbessernden Bewegungsangeboten und der Arbeitsorganisation. Geringster Änderungsbedarf liegt bei der Pausenregelung vor.

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat über eine interne Arbeitsgruppe von Hochschulvertretern einen Leitfaden zur Prävention an Hochschulen verfasst (Faller, 2008). Der Arbeitskreis differenziert Verwaltung und technisches Personal und stellt diese Gruppe den wissenschaftlichen MitarbeiterInnen und ProfessorInnen gegenüber:

VERWALTUNG/TECHNISCHE MITARBEITERINNEN			
Arbeitsanforderungen/-organisation/-gestaltung	Soziale Beziehungen	Führungsverhalten	Entwicklung und Beteiligung
<ul style="list-style-type: none"> • Unangemessene Organisation der Arbeit, z.B. unklare, teils doppelte oder fehlende Zuständigkeiten, schlecht definierte Aufgaben, intransparente Ziele, starre formale Vorgaben, ungeeignete und unklare Strukturen • Ausstattungsmängel, z.B. veraltete Technik und optimierungsbedürftige Raumgestaltung • Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Arbeitszeit und Anforderungen aus Privatleben und Familie • Zunehmende Arbeitsverdichtung und Stellenabbau • Überforderung und Unterforderung (manchmal simultan) Häufige Arbeitsunterbrechungen • Notwendigkeit zur Übernahme von Aufgaben außerhalb des eigenen Zuständigkeits- und Qualifikationsbereichs • Notwendigkeit zur gleichzeitigen Erledigung mehrerer Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Kommunikationsräume (zeitlich und räumlich) • Einseitige Fokussierung auf Ergebnisse behindert die Entwicklung von vertrauensvollen Beziehungen und die Pflege einer Unterstützungskultur • Ausgeprägte Segmentierung von Zuständigkeiten, • fehlende Informationen über angrenzende Aufgabenbereiche und defizitäre Schnittstellenkommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Anreizsysteme und mangelnde Wertschätzung der Arbeitsleistungen (hinsichtlich Qualität und Quantität) • Inadäquates und unberechenbares Führungsverhalten • Fehlende oder unangemessene leistungs- und verhaltensbezogene Rückmeldungen • Mangelnde Unterstützung • Fehlendes Bewusstsein bezüglich der Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf die Mitarbeiter / innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume • Subjektives Erleben von Perspektivlosigkeit und mangelnde Möglichkeit der Zukunftsplanung infolge befristeter Verträge, • unzureichende Transparenz über eigene berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITERINNEN			
<ul style="list-style-type: none"> • Aneinanderreihung und Kurzzeitigkeit von befristeten Arbeitsverträgen und Projekten und fehlende Möglichkeiten der Zukunftsplanung • Widersprüche zwischen der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit (häufig Teilzeitstellen), dem Umfang der zu bewältigenden Arbeitsaufgaben, einer im Hinblick auf viele dieser Anforderungen unzureichenden Qualifikation, • Mangelnde Zeit und materielle Ressourcen zum Erwerb der erforderlichen Nachqualifizierungen • Hierarchische und von hoher Abhängigkeit geprägte Organisationsstruktur • Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von eigener Qualifizierung, Arbeitsanforderungen und Familienaufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende räumliche Kooperationsmöglichkeiten (zu kleine Labore, fehlende Kommunikationsräume) • unzureichende Kooperationskultur an Hochschulen, teils bewusster Verzicht auf Kooperation aus Wettbewerbsgründen • Suboptimale Schnittstellenszusammenarbeit zwischen Wissenschaft und den administrativ-technischen Hochschulbereichen • Erleben mangelnder Wertschätzung durch fehlende Rückmeldungen und Kommunikation • Isoliertes Arbeiten, geringe Einbindung in Strukturen und Prozesse, insbesondere in den Geistes- und Sozialwissenschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Management- und Führungskompetenzen. • Fehlende zielgruppenspezifische Qualifizierungsangebote • Fehlende Verankerung regelmäßiger und strukturierter Mitarbeitergespräche • Unzureichende Präsenz und Betreuung seitens der Professorinnen und Professoren • Wenig systematische oder fehlende Karriereberatung 	<ul style="list-style-type: none"> Unzureichende Organisations- und Personalentwicklungsangebote für die Zielgruppe Wissenschaftler / innen • Fehlende Transparenz über eigene Karrieremöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Hochschule • fehlende verbindliche Zielvereinbarungen zwischen Hochschulleitung und Fachbereichen / Fakultäten

<ul style="list-style-type: none"> • Über die vereinbarte Arbeitszeit hinausgehende Tätigkeits- und Flexibilitätsanforderungen • Zu eng bemessene Projektzeiträume und Übernahme zusätzlicher, nicht eingeplanter (Selbst-) Verwaltungsaufgaben • Beschaffung kostengünstiger Ausstattungsmittel mit Qualitätsmängeln • Defizitärer Zustand von Gebäuden und Ausstattungen infolge von Instandhaltungsrückständen • Unkenntnis von Verfahrensabläufen und rechtlichen Rahmenbedingungen • Beschränkungen durch spezifische Rahmenbedingungen des öffentlichen Dienstes 			
PROFESSORINNEN			
<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Arbeitsdichte und hohe qualitative Anforderungen bei geringen zeitlichen Freiräumen • Fehlende Qualifizierung in Hochschuldidaktik sowie in Bezug auf Management- und Führungskompetenzen • Arbeiterschwernisse durch zunehmende Verwaltungsvorgaben und Routineaufgaben • Zunehmende Belastung durch Drittmittelbeschaffung • Ungleichgewichte bei der Verteilung von Prüfungsaufgaben im Kollegium 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Wertschätzung durch Dekanat und Kolleg / inn / en • Unzureichende Kooperationsstrukturen und -kultur, fehlende Absprachen zwischen Kolleg / inn / en • Mangelnde Wahrnehmung von statusgruppen- und hierarchieübergreifenden Kooperationschancen • Strukturell verankerte Tendenz zur Vertretung von Partikularinteressen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Vorgaben seitens der Hochschule hinsichtlich erwünschter Management- und Führungskompetenzen • Unzureichende adressatenspezifische Personalentwicklungsangebote • Hohe zeitliche Inanspruchnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Beteiligung bei der Entwicklung von Hochschulzielen • Fehlende Kooperation und Koordination bei der Weiterentwicklung von Forschungs- und Lehrzielen

Tabelle 3: Gegenüberstellung der gesundheitsbeeinträchtigenden Stressquellen der drei Beschäftigtengruppen an Hochschulen aus Sicht des Expertengremiums (nach Faller, 2008).

3.2 Zielbestimmung aus Sicht der Studierenden

Bei den Studierenden lassen sich gesundheitsrelevante Problembereiche im Wesentlichen aus zwei Datenquellen heraus analysieren und priorisieren: die Inhalte der psychologischen Beratungsstellen und gezielte Umfragen unter Studierenden zum Thema Gesundheit. Nachfolgend werden die Möglichkeiten dieser Quellen an Beispielen erläutert werden.

In den Jahren 2006 und 2007 wurde an 12 Hochschulen in Nordrhein-Westfalen ein Gesundheitssurvey bei Studierenden durch die Universität Bielefeld durchgeführt (Meier, Milz & Krämer, 2007). Das Erhebungsinstrument baute auf dem Bielefelder Gesundheitssurvey (jetzt CNSHS: Cross national students' health study) auf und bestand aus 67 Fragen zu sieben Bereichen. Die Bereiche waren:

- Allgemeine Gesundheit
- Beschwerden und Krankheiten
- Gefühle und Gedanken
- Fragen zum Studium
- Verhalten und Einstellungen
- Unfallgeschehen
- Soziodemographische Daten

Die Daten wurden an 13 Universitäten und vier Fachhochschulen erhoben. Bei den Fachhochschulen handelte es sich um Münster, Bielefeld, Bochum, Köln. Die Universitäten waren Münster, Bielefeld, Bochum, Köln, Paderborn, Dortmund, Essen, Duisburg, Wuppertal, Düsseldorf, Aachen, Bonn, Siegen. Es

wurden fast 3.800 Studierende per Fragebogen befragt, die Rücklaufquote betrug 87,9 Prozent (Meier, Milz & Krämer, 2007). Es wurde u.a. nach den Beschwerden in den letzten 12 Monaten gefragt. Außerdem wurde das Gesundheitsverhalten nach den Bereichen Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol und Stress erhoben. Weiterhin sollten die Befragten ihre Wünsche und Interessen bezüglich des Angebots von Gesundheitsangeboten an den Hochschulen angeben. Als besondere Beschwerden über die letzten 12 Monaten wurden angegeben:

- 40% Konzentrationsschwierigkeiten
- 38% Nervosität und Unruhe
- 37% Kreuz- und Rückenschmerzen/Schulter- und Nackenschmerzen
- 32% Kopfschmerzen
- 30% Stimmungsschwankungen
- 27% Schlafstörungen
- 16,3% depressive Verstimmungen
- 14% Herzrasen
- 11% Alpträume
- 9% Ängste und Phobien

Die weiblichen Studierenden nennen diese Beschwerden signifikant häufiger als Männer.

Nur ein kleiner Teil der Studierenden nimmt die von den Fachgesellschaften empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag zu sich. Die Hälfte der Männer und ein Drittel der Frauen kommt der Forderung nach Bewegung min. 3 x in der Woche nach. Beim Anteil der Raucher bestehen keine Geschlechtsunterschiede. Jeder fünfte Student raucht. Mit 29 Prozent weisen dreimal mehr männliche Studierende wie weibliche Studierende ein Risikoverhalten bzw. Alkoholgefährdung auf. (Erhoben über: CAGE – Kurztest zur Erfassung der Alkoholabhängigkeit). Die Geschlechter weisen nur geringe Unterschiede im Stresserleben auf. Insgesamt leiden Studierende unter Stress. 40% der Studierenden im ersten Studienjahr und 27% in höheren Semestern klagen über zu hohe fachliche Anforderungen.

Die Hälfte der Frauen und ein Viertel der Männer wünschen sich Kursangebote zu den Themen Bewegung und Entspannung/Stressmanagement. Ein Viertel der Studierenden hat Interesse an Vorträgen zu den Themen „Gesunde Ernährung“ und „Allgemeine Gesundheitsberatung“. Ein Viertel der Frauen und jeder fünfte Mann wünscht sich Kursangebote zum Thema „Gesunde Ernährung“. Frauen zeigen prinzipiell ein größeres Interesse an den abgefragten Themen der Gesundheitsförderung.

Mit dem Wissen um erhöhte Risiken von Studierenden im Suchtbereich hatte das BMBF ein entsprechendes Projekt zur genaueren Analyse ausgeschrieben. Aus dem 2007 fertig gestellten Bericht (Pauly, 2004) lassen sich folgende grundsätzliche Tendenzen ablesen: Studierende haben mehr Suchtprobleme als Nicht-Studierende. Sie vollziehen zu einem höheren Ausmaß das Verhalten des Rauschtrinkens, sie weisen bei Männern und Frauen einen höheren Alkoholmissbrauch auf, bei den Frauen lässt sich vermehrte Alkoholabhängigkeit beobachten. Die studierenden Männer liegen bei allen illegalen Drogen außer Ecstasy an der Spitze des Konsums in der jeweiligen Altersgruppe. Bei den studierenden Frauen ist die Konsumrate der Droge Cannabis erhöht, außerdem konsumieren sie mehr Opiate als ihre Altersgenossinnen, aber insgesamt auf einem niedrigen Niveau. Nicht-Studierende dagegen sind häufiger tägliche Raucher, nicht studierende Frauen konsumieren mehr Amphetamine als Studentinnen.

Neben den sich wandelnden Rahmenbedingungen markiert der Übergang von der Schule zur Hochschule für Studierende eine Veränderung, die mit mannigfaltigen Herausforderungen verbunden ist (Ablösung vom Elternhaus, Ortswechsel, höhere Eigenständigkeit). Derartige Lebensveränderungen erfordern die Ausgestaltung einer neuen Rolle sowie eine Anpassung an die gewählte Situation. Unabhängig von der Bewertung (positiv oder negativ) werden psychische Ressourcen verbraucht. In der Regel gelingt der Anpassungsprozess. Scheitert dieser, können psychische Krisen folgen und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (analog zu einem „kritischen Lebensereignis“). Diese Perspektive unterliegt klassischen Stresskonzeptionen, die als Maxime eine gelungene, unbeschadete Anpassung an eine neue Situation postulieren. In der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks gaben 27% der Befragten an, dass ihr Studium durch psychische Probleme gelitten hat. Im Einzelnen wurden mittlere bis starke Leistungsprobleme, mangelndes Selbstwertgefühl, Depressivität, Labilität und Ängste als häufigste Problembereiche angeführt (Hahne & Lohmann, 1999).

In der 11. und 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks äußerten 13% der Befragten einen Beratungswunsch. Holm-Hadulla (Holm-Hadulla, 2001) setzte in der „Heidelberger-Studie“ die Symptom Checklist (SCL-90-R) ein und stellte dabei fest, dass sich Studierende im Durchschnitt als depressiver beschreiben als dies aus der Allgemeinbevölkerung berichtet wird. Insgesamt überschreiten 21,7% der Studierenden den Grenzwert, der eine behandlungsrelevante Belastung anzeigt. Kommt es zu einem solchen Scheitern im Studium kann an vielen deutschen Hochschulstandorten eine Beratungsstelle aufgesucht werden. Im Zuge der Einrichtung studentischer Beratungsstellen (Möller & Scheer, 1974; Ziolko, 1969) wurden Anlässe/Probleme ausgewertet, mit denen Studierende diese Einrichtungen aufsuchten. Diese Erhebungen waren gering standardisiert und kaum vergleichbar. Das Gros der Beratungsanlässe waren „seelische Probleme“ (Möller & Scheer, 1974). Studienspezifische Anlässe wie Arbeitsstörungen (28%), Examensprobleme (17%) und Kontaktprobleme (12%) waren dominant (Sperling & Jahnke, 1974) [Lit.]. Auch über das Studium hinausreichende Probleme wurden dokumentiert und behandelt wie z.B. Sexualprobleme (11%), Depressionen (11%) und Phobien (11%).

3.3 Analyse von Krankenkassendaten

Fünf gesetzliche Krankenkassen erstellten für das Jahr 2003 für die bei ihnen versicherten TU Darmstadt-Beschäftigten eine Analyse der Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU) (Burrows & Keil, 2005). Die Berichte basieren auf den Daten aller pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder dieser Krankenkassen, die in dem Zeitraum 01.01.2003 bis 31.12.2003 bei der TU Darmstadt beschäftigt waren. Für all diejenigen TU Darmstadt-Beschäftigten, die 2003 bei einer anderen Krankenkasse versichert waren, liegen keine AU-Daten vor. Folgende Krankenkassen erstellten einen Arbeitsunfähigkeitsbericht:

- AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
- Barmer Ersatzkasse in Südhessen
- Taunus BKK
- Deutsche Angestellten Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse

Die Auswertung der AU-Daten und die Berechnung verschiedener Kenngrößen gibt u.a. Aufschluss über Häufigkeit und Dauer verschiedener ärztlich attestierter Erkrankungen und zeigt Schwerpunkte des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf. Ferner ist ein Vergleich der eigenen AU-Daten mit denen anderer Hochschulen sowie den AU-Daten in Deutschland insgesamt möglich. AU-Daten bilden nur jenen Teil eines Erkrankungsgeschehens ab, welcher zu einer Attestierung von Arbeitsunfähigkeit führt. Je nach Erkrankung kann sich ein unterschiedlich langer Teil jedoch bereits lange vor der Krankschreibung oder auch noch danach abspielen. Über Krankheiten, die diesen offiziellen Status besitzen, aber dennoch nicht zu einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung führen, erlauben diese Daten somit keine Aussagen. Umgekehrt gilt dies auch für Erkrankungen oder Syndrome, die keinen offiziellen Krankheitsstatus nach ICD 10 besitzen, aber dennoch zu Beschwerden und Problemen führen. Dies gilt z.B. für den Bereich von diffusen Schmerzen oder psychischen Störungen.

Weil nicht alle Beschäftigten das ganze Jahr über beim untersuchten Unternehmen beschäftigt oder nicht ganzjährig in der gleichen Krankenkasse versichert sind, wurden die Arbeitsunfähigkeitstage bzw. Arbeitsunfähigkeitsfälle in „Versichertenjahren“ (VJ) dargestellt. Die tatsächlichen Versicherungszeiten wurden von Tagen auf volle Jahre umgerechnet. Damit lassen sich unterschiedlich strukturierte Gruppen (z.B. durch Fluktuation oder Anzahl) besser vergleichen. Das nachfolgende Diagramm gibt ein erstes Bild über die Priorisierung der verbreitetsten Diagnosen bei den Universitätsbeschäftigten. Jedoch wird hier nicht nach Schwere unterschieden, dies wird erst deutlich durch die Hinzunahme der Falldauer. Daher kann „Atemwege“ in dieser Grafik für häufige kürzere grippale Infekte wie auch für schwere, langwierige Asthmaerkrankungen stehen.

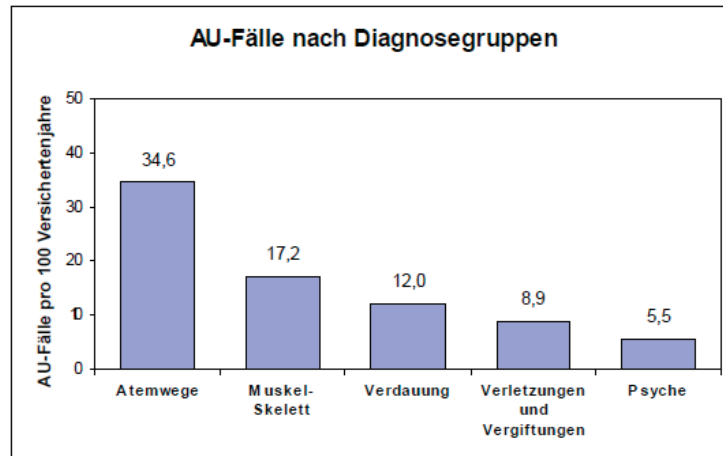


Abbildung 5: Ergebnisse der Analyse der Krankenkassendaten (DAK, AOK, TK, Barmer, Taunus BKK) der Universitätsbeschäftigten der TU Darmstadt, 2007: Fälle von Arbeitsunfähigkeit für die relevanten Diagnosegruppen (Darstellung entnommen aus: Burrows & Keil, 2005).

Betrachtet man die AU-Daten von der Seite der meisten AU-Tage, die sich hinter einer Diagnosegruppe befinden, dann ergibt sich abermals eine deutliche Verschiebung. Als relevantestes Problem für den Arbeitgeber treten dann Muskelskelett-Erkrankungen zu Tage. Hinter den Atemwegserkrankungen erhalten dann auch die psychischen Erkrankungen (laut ICD) ein Gewicht. Vor diesem Hintergrund ließen sich bereits Aktionen oder Kampagnen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sinnvoll priorisieren. Allerdings erst durch die durchschnittliche Falldauer wird deutlich, wo die schwerwiegendste Beeinträchtigung für den Arbeitgeber und für den Beschäftigten liegen. Leidet ein Mitarbeiter an einer psychischen Erkrankung dann fällt er im Durchschnitt für einen Monat aus, bei den Atemwegen allerdings im Durchschnitt nur 7 Tage. Ein Mitarbeiter mit einer psychischen Erkrankung greift somit z.B. wesentlich dramatischer durch seine Abwesenheit in die Arbeitsabläufe einer Abteilung ein.

Bei der Auswertung der TU Darmstadt wurden die eigenen AU-Auswertungen in das Verhältnis zu den Daten anderer vergleichbarer Einrichtungen gesetzt. Somit wird deutlich, wo man zwar Probleme in seiner Einrichtung hat, diese aber dennoch vergleichsweise klein sind oder umgekehrt, wo Daten aus dem Gesamtbild nicht wesentlich nach oben herausragen, aber im Einrichtungvergleich deutlich zu hoch sind. Ein populations- bzw. einrichtungsspezifischer Handlungsbedarf tritt damit zu Tage.

4 Gesundheitsförderung an der HM

Die folgenden Abschnitte unternehmen einen Versuch der Übertragung der bisher beschriebenen Erkenntnisse auf die konkreten Anforderungen und Möglichkeiten einer Hochschule am Beispiel der Hochschule München (HM). Weiterhin werden die potentiellen Wünsche, Bedürfnisse und Notwendigkeiten bei der Gesundheitsförderung aus Sicht der Hochschulmitarbeiter und Studenten dargestellt.

Die Hochschule München stellt mit ihrer Studentenzahl von über 14.000 eine wesentliche Einflussgröße im Kontakt mit jüngeren Erwachsenen in München dar. Eingebettet in die 12 Münchener Hochschulen mit etwa 87.800 Studierenden (Stand 2008), kommt aus der Hochschule München etwa ein Anteil von 17%. Von den 14.000 Studierenden sind etwa zwei Drittel männlich und etwa 14% Ausländer. Die Hochschule verteilt sich auf drei Standorte: Lothstraße (ca. 8.500 Studierende), Karlstraße (ca. 1.500 Studierende) und Pasing (ca. 4.500 Studierende). Die rund 820 Beschäftigten (470 Professoren/ 350 Mitarbeiter Verwaltung/ Technik) entsprechen der Größe eines relevanten mittelständischen Unternehmens.

Da die Hochschule München die größte Hochschule in Bayern ist, kommt ihr in diesem Sinne auch eine spezielle Vorreiterfunktion zu. Diese Funktion ergibt sich sowohl durch ihre Lage in einem Ballungsraum, wie über die Höhe des Hochschuletats, über die Anzahl der Studierenden und durch die Kooperationsmöglichkeiten in dem dichten Münchner Hochschulnetz. Es ist davon auszugehen, dass gewisse Angebote nur bei einer ausreichenden Hochschulgröße effektiv aufgesetzt und ausprobiert werden können. Selbstverständlich können kleinere Hochschulen später im zweiten Schritt von gut ausgearbeiteten und optimierten Programmangeboten größerer Einrichtungen profitieren. Ähnliche Zahlenverhältnisse treffen natürlich auch auf die Hochschulbeschäftigten zu.

Die Verteilung der Hochschule München auf drei unterschiedlich große Campi stellt bei der Durchführung von regional gebundenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung eine logistische, numerische (s.o.) oder organisatorische Schwierigkeit dar. Darüber hinaus verlangt auch die politische Inselbildung bei Konsensusprozessen ein entsprechendes Augenmerk. Eine hochschulüberspannende positive Initiative „Gesunde Hochschule“ kann natürlich auch zu einer gemeinsamen Identitäts- und Teambildung maßgeblich beitragen und kann somit auch als organisationspsychologische Chance verstanden werden. Dies gilt umso mehr auch für die z.T. sehr unterschiedlichen 14 Verwaltungseinheiten „Fakultäten“. Die anzunehmende Diversität der Studierenden und der Mitarbeiter an den 14 Fakultäten macht eine bindende Klammer für ein gemeinsames Verständnis, z.B. einer Gesunden Hochschule notwendig. Zentral ist, dass alle Gruppen in den gemeinsamen Prozess Gesunde Hochschule eingebunden werden – was sich bei 14 Fakultäten an drei Standorten nicht einfach darstellt. Um so mehr ist hier eine breit aufgestellte, objektiv nachvollziehbare Datenbasis als Entscheidungs- und Planungsgrundlage z.B. durch Studierenden- und Mitarbeiterbefragungen von extremer Bedeutung. Dadurch wird auch vermieden, dass langfristig bestimmte Gruppen als Meinungsmacher stellvertretend für die gesamte Hochschule agieren und sich dadurch ein einseitiges Bild bei Aktionen und Interpretationen der Gesundheitsförderung ergibt.

Es ist davon auszugehen, dass die Konzepte und Prozesse der Gesunden Hochschule München durch diese selbst hervorgebracht werden. Ausgehend von den 14 Fakultäten scheint auf den ersten Blick die Fakultät 11 „Angewandte Sozialwissenschaften“ prädestiniert für die maßgebliche Entwicklung, Initiierung, Stützung und Evaluation der Aktivitäten der Gesunden Hochschule. Von anderen Hochschulen ist bekannt, dass praktische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, akademisch aufbereitet auch in das reguläre Unterrichtsangebot entsprechender Fakultäten aufgenommen werden können. Umgekehrt können auch bereits bestehende Lehrveranstaltungen von ihren Teilnehmern in praktische Projekte der Gesundheitsförderung an der Hochschule umgesetzt werden. Methodenkompetenz und soziale Kompetenz werden in den teilnehmenden Fakultäten auf Seiten der Beschäftigten und der Studierenden vermehrt. Die Fakultät 11 könnte von einem Konzept vor allen anderen inhaltlich und akademisch von einer Initiative „Gesunde Hochschule“ profitieren. Durch diesen Prozess können sich bei einigen Fakultäten die Hochschullehre, praktisches Üben und die Gesunde Hochschule in einem synergistischen Kreislauf gegenseitig befruchten.

Kleine Hochschulen in kleineren Städten prägen mitunter durch ihre Aktivitäten sehr deutlich das Stadtbild und die städtische Kultur. Initiativen der gesunden Hochschule an Mittelzentren können hier besonders stark das Gesundheitsangebot einer Stadt optimieren. Bei Hochschulen in großstädtischen Ballungsräumen profitiert zwar auch die Stadt gesundheitsbezogen von der Initiative Gesunde Hochschule, umgekehrt kann sich in diesem Fall aber auch die Hochschule mit ihren Angeboten effizient in die bestehende Angebotslandschaft der Stadt integrieren. Eine Überversorgung oder der Aufbau von Doppelstrukturen sollte vermieden werden. Im vorliegenden Fall der Hochschule München ist auch davon auszuge-

hen, dass a) das Gesundheitsangebot der Stadt München sinnvoll in das Angebotsspektrum Gesunde Hochschule aufgenommen werden kann und b) die Stadt München auch als Arbeitgeber bereits eigene Prozesse, Strukturen und Aktionen betrieblicher Gesundheitsförderung laufen hat und die Hochschule München am Anfang von den Erfahrungen der städtischen Verantwortlichen profitieren könnte. Idealtypisch können auch aus dem Hochschulumfeld wissenschaftlich untermauerte Gesundheitsangebote entwickelt werden, die unabhängig von der Hochschule von der Stadt oder anderen Anbietern der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Bestes, auch wirtschaftlich interessantes Beispiel, ist die University of Stanford (s.o.). Ein weiterer Vorteil des Ballungsraums Münchens kann sich für die Hochschule München aus der Zusammenarbeit mit den anderen Hochschulen Münchens ergeben. Bisher scheint keine dieser Einrichtungen in Bayern oder Deutschland eine herausragende Stellung bei der Entwicklung und Umsetzung einer Initiative „Gesunde Hochschule“ zu spielen. Vor diesem Hintergrund besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit zusammen mit den anderen Hochschulen ein gleichberechtigtes Netzwerk „Gesunder Münchner Hochschulen“ zu entwickeln. Sicherlich ist hier im Vorfeld abzuwägen, in wie weit die Vorteile der Vernetzung mögliche Nachteile von dadurch verringerten Wettbewerbsvorteilen der Hochschule München überragen. Neben den üblichen Volumenvorteilen lassen sich über die Vernetzung auch kreative und strategische Vorteile heben. Beispielsweise lassen sich, ausgehend von einer einheitlichen Gesundheitsberichterstattung über die Münchner Hochschulen, die Wirksamkeit unterschiedlicher Aktionen an verschiedenen Hochschulen evaluieren. Misserfolge, ineffiziente Projekte lassen sich so gut identifizieren und müssen dadurch nicht wiederholt werden. Umgekehrtes gilt für erfolgreiche Projekte, die gegebenenfalls nach Anpassungen, von anderen Mitgliedern des Netzwerks übernommen werden können. Bislang verfügt die HM über nur sehr wenige Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung (Betriebsvereinbarung „Sucht“; Betriebssport und Betriebssportgruppen; Mensa: Bioessen; Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“; Psychosoziale Beratung, Mitarbeiterbefragung). Dafür besitzt die Hochschule einen deutlichen familienorientierten Schwerpunkt (audit – familiengerechte Hochschule)

4.1 Praktische Herausforderungen

Die erste und wichtigste Entscheidung, die es im Umfeld eines Konzepts Gesunde Hochschule zu treffen gilt, ist eine stabile (auch zeitlich befristete) eindeutige Aussage der obersten Gremien, welchen Stellenwert die „Gesunde Hochschule“ für die Hochschule einnehmen soll. Dazu können einige Fragen zur Anreicherung oder Klärung dieser Einstellung dienen:

1. Liegt die Zielpriorität der Hochschule eher auf der betriebswirtschaftlichen Seite des Konzepts der Gesunden Hochschule, d.h. ist das Ziel die Steigerung der Produktivität von Studenten und Mitarbeitern und die Reduktion von AU-Tagen?
2. Geht es der Hochschule primär um eine Darstellung ihrer Exzellenz nach außen, die sich darin ausdrückt, dass man auch im Rahmen des Konzepts der Gesunden Hochschule Kunden(Studenten)- und Mitarbeiter-orientiert auftritt? Mit dem Ziel bessere Mitarbeiter und bessere Studenten anziehen zu können.
3. Ist die Hochschule an langfristigen (über mehrere Jahre) gesundheitlichen Änderungen bei ihren Mitarbeitern – und im eingeschränkten Maße bei ihren Studenten – interessiert, so dass kurzfristige Ergebnisse eher zweitrangig sind?
4. Ist die Hochschule bereit ihr Engagement in Sachen Gesunde Hochschule auch in ein finanzielles Engagement einfließen zu lassen? Und wenn ja, wie hoch ist dieses über welchen Zeitraum und mit welcher Planungssicherheit verbunden?
5. Wie breit oder eng versteht man ein Konzept „Gesunde Hochschule“? Schließt dieses Konzept Fragen des Umweltschutzes, der Nachhaltigkeit, der Sicherheit, der Work-Life-Balance, des Mitarbeiterklimas, des Curriculums, der Forschung, der Personalentwicklung, der Hochschulpolitik als Leitlinie mit ein?
6. Wird das Konzept „Gesunde Hochschule“ als konzeptuelle Klammer von gesundheitsbezogenen Einzelprojekten gesehen oder versucht man einen tatsächlichen Politikwandel im Sinne einer gesunden Hochschule und somit auch einer deutlichen Verankerung im Leitbild der Hochschule und in den zukünftigen Planungsprozessen?
7. Welche Entscheidungsbefugnisse sollen ggfs. z.B. einer Abteilung „Gesunde Hochschule“ zugestanden werden? Und passen diese zu den vereinbarten Zielen der Gesunden Hochschule?
8. Wie kann eine Prioritätensetzung der Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für die Hochschule aussehen in Abhängigkeit der finanziellen Ressourcen, die man für dieses Konzept bereitstellt?

9. Welche Gremien/ Einheiten können, sollen, müssen in die Umsetzung eines Konzepts Gesunde Hochschule mit eingebunden werden? Ist sich die Hochschule bewusst, dass das Konzept „Gesunde Hochschule“ für den Erfolgsfall alle Fakultäten, alle Studierenden, alle Mitarbeiter einbeziehen muss?
10. Welche Rolle soll die Hochschule im Umfeld der lokalen Hochschulen und Universitäten bei einer Umsetzung des Konzepts der Gesunden Hochschule einnehmen?
11. Wie eng wird eine Verzahnung mit dem außer-universitären Umfeld, z.B. der Stadt, bei der Generierung von gesundheitsförderlichen Angeboten gesehen? Will die Hochschule ihre (neuen) Möglichkeiten auch anderen zur Nutzung bereitstellen bzw. die anderer Einrichtungen mit in ihr Angebot einbeziehen?
12. Wie stark will die Hochschule mit anderen Partnern (Krankenkassen, Unfallkassen, Regierungsstellen, medizinischen Experten, größeren Arbeitskreisen, etc.) bei der Entwicklung und der späteren Fortführung eines Konzepts zusammenarbeiten, d.h. sich auch ein Stückweit auf diese Partner einzulassen und abhängig zu machen?
13. Ist die Hochschulleitung bereit an den wichtigen Stellschrauben „Führungsverhalten“, „Arbeitsorganisation“, „psychische Probleme im Arbeits- und Studenumfeld“ und ggfs. auch Gratifikation im Sinne einer „Gesunden Hochschule“ zu drehen?
14. Decken sich die Interessen der Hochschulleitung an der „Gesunden Hochschule“ mit denen der Studierenden und Beschäftigten? Und wie kann hier ggfs. Konkordanz erzielt werden?

Wie bei jedem Projekt sind auch hier die nachfolgenden Punkte extrem beeinträchtigend für einen Umsetzungserfolg und somit gilt es diese besonders zu prüfen:

- Unklare oder fehlende Zielvereinbarungen
- Unklare Entscheidungskompetenzen
- Ungeklärte Rahmenbedingungen und Ressourcen
- Übergehen von Gruppen und Interessen

4.2 Standardisierte Gesundheitsberichterstattung

In den bisherigen Ausführungen konnten durch die Beschreibung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Health Promoting Universities bereits einige Probleme einer Gesunden Hochschule umrissen werden. Für den vorliegenden Fall der Hochschule München können jedoch an manchen Stellen ganz andere Barrieren verborgen sein, so dass man zunächst an einer einrichtungsbezogenen Problembeschreibung nicht vorbei kommt. Auch könnten die zwar vergleichbaren Probleme der unterschiedlichen Hochschulen im konkreten Fall der Hochschule München anders bewertet bzw. priorisiert werden. Eine Fragebogen- oder Interviewerhebung müsste für die Rangfolge der relevanten Ressourcen und Hemmnisse der Mitarbeiter und Studenten herangezogen werden. Eine sehr gute Repräsentativität der Erhebung ist zentral, um sich nicht von den Ergebnissen eines Selection Bias bei der weiteren Planung und Bewertung in eine falsche Richtung leiten zu lassen. Es darf bei der Identifikation und Evaluation nicht nur um die engagierten oder besonders klagsamen Mitarbeiter gehen, sondern Ziel ist das Erfassen eines breiten Mitarbeiterbildes. Gemäß der Aussage „if you don't measure it, you can't control it“ besteht der Königsweg an dieser Stelle in einer objektivierbaren und quantifizierbaren Abbildung geeigneter Parameter. Nur so können, dem PDCA-Zyklus² folgend, Fehler und Erfolge sichtbar gemacht werden und korrigierend eingegriffen werden. Kritisch ist hierbei die Reichweite der Entscheidung einer Gesundheitsberichterstattung, denn nur über die Zeit gleich bleibende Kriterien erlauben die Darstellung eines Verlaufs. Das bedeutet, dass bereits am Anfang des Prozesses der betrieblichen Gesundheitsförderung/ Gesunden Hochschule sehr detailliert über Ziele und Inhalte nachgedacht und entschieden werden muss. Nachträglich eingefügte Messkriterien kosten überdurchschnittlich viel Ressourcen und bringen erst nach einiger Zeit die notwendigen Erfolge. Da eine standardisierte Gesundheitsberichterstattung auch für andere Münchener Hochschulen essentiell ist, bietet es sich an diese auf mehrere Schultern zu verteilen. Eventuell lassen sich Bereiche ausmachen, wo alle Einrichtungen gleichartig aufgestellt sind. Weiterhin lassen sich so quasi-experimentelle Analyseverfahren entwickeln, bei denen man sich über die Einrichtungen hinweg zur Implementierung bestimmter unterschiedlicher Interventionen abspricht. Erst nach einer erfolgreichen Umsetzung an einer Hochschule/ Fachbereich/ Mensa etc. werden diese dann an den anderen ausgerollt. Bei der klassischen Präventionsarbeit stehen die Identifikation und anschließende Reduktion

² PDCA: „Plan Do Check Act“ nach Deming (1986)

von Risikofaktoren an erster Stelle. Die Risikofaktoren sind medizinisch relativ scharf zu benennen und zu quantifizieren. Eine Evaluation kann sich somit auf die zum Erhebungszeitpunkt vorhandenen Risikofaktoren beziehen. Ein weiterer Quantifizierungsansatz ist der Krankenstand bzw. die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn sie im umfassenden Sinne verstanden wird, lassen sich die geförderten weichen Faktoren oft nur schlecht oder mit großem Aufwand und wenig aus einer Routine heraus erfassen. Darüber hinaus entfalten die Interventionen erst sehr langsam ihre Wirkung bis sie direkt messbar werden. Kurz-, mittel-, und langfristige Evaluationskriterien sind bei der Gesundheitsförderung zwingend erforderlich.

Berichtsbereich	Inhalte
Allgemeine Rahmenbedingungen, Organisationskultur, Leitbild(er), Strategieplanung, Verhältnis von Lehre, Forschung und Dienstleistung	Hochschulpolitische, ökonomische, kulturelle Rahmenbedingungen und Leitbilddefinitionen, Fakultäten, Fachbereiche und Institute und deren Arbeits- und Lernbedingungen, Ergonomie des Lehrens/ Lernens, Versorgungsstruktur hinsichtlich Ernährung, Wohnen, Kultur/ Freizeit, Verkehrsbedingungen
Ausstattung bei Arbeits- und Studienbedingungen	Personal- und Sachausstattung, Arbeitsgestaltung, Arbeitsmittel, Arbeitsschutz, Lehr- und Lernausstattung, Betreuungsrelation, didaktische Unterstützung, effektive Studienorganisation, Leistungsparameter zum Studienerfolg
Gesundheitsliche Lage (Potenziale, Risiken) bei Beschäftigten und Studierenden differenziert nach Gruppen	Arbeits- und Studienzufriedenheit, Lebensbewältigungskompetenzen, soziale Unterstützungssysteme, Bewältigungsressourcen, körperliche, psychische, soziale und mentale Belastungen und Beanspruchungen, Fehlzeiten, AU-Tage und deren Ursachen, frühzeitige Berentung, gesundheitsbedingte Fluktuation, Studienabbruch, allgemeiner Gesundheitsstatus, psychosomatische Beschwerden
Angebotsressourcen und deren Inanspruchnahme	Betriebsärztliche Betreuung, psychosoziale, psychotherapeutische Beratung, Informationsdienste, andere Beratungs- und Betreuungsdienste
Finanzierung und Steuerung	Sächliche und personelle Ressourcen für Betreuungs- und Beratungsleistungen
Weiterentwicklung/ Veränderung Management und Vernetzung	Zielvereinbarungen, Strategiepapiere, Szenarien Verknüpfung mit anderen Hochschulmanagementbereichen (Finanzmanagement, Personalmanagement, Qualitätsmanagement) Nachwuchsförderung, Fort- und Weiterbildung, Vernetzung und Kooperation mit lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Organisationen und Einrichtungen

Tabelle 4: Gliederungsfelder eines Hochschulgesundheitsberichts am Beispiel der Universität Freiburg.

Obwohl z.T. andere Einflüsse auf die Besetzung von Hochschulstellen einwirken als in der freien Wirtschaft, ist davon auszugehen, dass auch hier der demografische Wandel seine Spuren hinterlassen wird. Eine zusätzliche Altersstrukturanalyse und eine Ist-Analyse der altersgerechten Personal- und Arbeitsplatzgestaltung sind die Startpunkte für eine altersgerechte Anpassung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die bisherigen Ausführungen stellten das Vorgehen und die Ergebnismöglichkeiten von Gesamt- oder Gruppenauswertungen in den Vordergrund. Derartige Ergebnisse machen erst eine strategische Planung einer betrieblichen Gesundheitsförderung möglich. Ziel der strategischen Planung ist die unternehmens- oder abteilungsbezogene Etablierung von spezifischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Diese generellen Maßnahmen, wie z.B. Pausenregelung oder „Treppe statt Lift“ erreichen – auch dann individuell angepasst – den einzelnen Beschäftigten. Selbstverständlich sind aber auch auf individueller Ebene die Ergebnisse von standardisierten Mitarbeiterbefragungen hilfreich für eine optimierte Gesundheitsförde-

Wesentliche Befragungsthemen von Beschäftigten sind der zentrale arbeitsplatzbezogene Handlungsbedarf in Sachen Gesundheit und der eigene Gesundheitszustand selbst. Ersteres weist den Arbeitgeber primär auf seine Möglichkeiten der Verhaltensprävention hin, letzteres beleuchtet die gemeinsamen Möglichkeiten einer Verhaltensprävention bei diesem Beschäftigten. Die so aufgedeckten Schwächen des individuellen Arbeitsplatzes, wie z.B. einseitige Arbeitsbelastung oder des eigenen Gesundheitszustandes, wie z.B. erhöhter Blutzuckerspiegel, erlauben dann auch ein individuelles Gesundheitscoaching. Dieses Coaching kann auch über die Grenzen des Arbeitsplatzes hinausgehen, wie z.B. Gewichtsreduktion und Bewegungssteigerung. Ein derartiger individueller Ansatz wirft in der Regel zwei Probleme auf:

- Auch über eine technische und rechtliche Absicherung hinaus, fühlen sich Mitarbeiter unwohl bei dem Gedanken, dass der Arbeitgeber gesundheitsrelevante Informationen erfasst und verwaltet. Dies wirkt sich in der Regel minimierend auf die Teilnahmequote einer solchen freiwilligen Befragung aus
- Ein individuelles Gesundheitscoaching für viele oder alle Mitarbeiter kann inhaltlich und personell nicht vom Betriebsarzt geleistet werden

Vor diesem Problemkreis haben bereits einige private Gesundheitsdienstleister ihr Angebot entwickelt, welches sowohl die Ermittlung des gesamtunternehmerischen wie auch des individuellen Gesundheitsförderungsbedarfs enthält, wie auch das individuelle Coaching der indizierten Programmteilnehmer nach der Analyse.

4.3 Zugang zu und Rekrutierung von Programmteilnehmern

DAS zentrale Stellglied für ein erfolgreiches Konzept „Gesunde Hochschule“ ist die Inanspruchnahme entsprechender Aktivitäten. Angebote müssen in vielen Fällen nahezu gleich aufwendig geplant und finanziert werden, unabhängig davon ob sie von einem oder von 50 Teilnehmern besucht werden. Eine zu geringe Teilnahmequote ist daher doppelt ineffizient: diese Angebote binden Ressourcen, die für andere Angebote fehlen und es wurde eine Chance vergeben eine größere Personenzahl an das Thema heranzuführen.

Selbstverständlich ist es einfach die Gesundheitsangebote ausführlich im Intranet darzustellen, um dann davon auszugehen, dass diese von allen Beschäftigten angesehen werden. Ziel sollte sein, diese Angebote entsprechend positiv und zentral und wiederholt zu präsentieren, sie zu bewerben, mit Hochschulprominenz zu verbinden, etc. Über diesen Weg, aber auch über die damit transportierte Aussage „Dies ist der Hochschule sehr wichtig“, kann sich eine Teilnahmequote positiv entwickeln.

„Stell dir vor es ist „Gesundheitsförderung“ und keiner geht hin!“ In Abwandlung eines bekannten Politerspruchs kommt es im Rahmen von flächendeckenden Angeboten immer wieder zu derartigen unerwarteten Erfahrungen der Ignoranz von Angeboten. Wie kann es zu solchen Widersprüchen kommen, dass große Gruppen sich aktiv von einer Situation zurückziehen, die so zwingend bedeutend für jeden einzelnen ist?

Sicherlich gibt es für jeden einzelnen viele individuelle Gründe sich hierbei zurückzuhalten und sicherlich können ganz prinzipiell zusätzliche Angebote einen ungünstigen Einfluss auf die Alltagsorganisation ausüben. Sicher ist aber auch, dass in der Summe gerade dieses gesundheits-ignorierende Verhalten der Grund für gesundheitliche Schwierigkeiten wie Burnout, Übergewicht, Stress-assoziierte Störungen (Kopfschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.) ist. Dieses Dilemma muss von einer Gesunden Hochschule erkannt und durch geeignete Konzepte angegangen werden.

Es ist bekannt, dass vor allem bestimmte Persönlichkeitstypen Gesundheitsangebote nutzen. Diese Personengruppe ist nicht unbedingt identisch mit jener Gruppe, die aufgrund ungünstiger Risikoprofile Unterstützung bei der Optimierung ihres Gesundheitsverhaltens benötigt. Wahrscheinlich ist es schwierig, diese eher zurückhaltenden Gesundheitskonsumenten speziell anzusprechen. Auf der anderen Seite bieten Angebote, „bei denen die ganze Abteilung mitmacht“, auch für diese Mitarbeiter die Chance sich mit gesundheitsförderlichen Verhalten auseinanderzusetzen. Darüber hinaus wirkt ein positives Arbeits- und Gesundheitsklima am Arbeitsplatz auch auf diese Mitarbeitergruppe positiv. Erfahrungsgemäß besteht zumeist ein „Überangebot“ von Angeboten zur Gesundheitsförderung in einem Betrieb. Ausgehend von Maßnahmen, die für alle Mitarbeiter ausgelegt sind, nutzen diese Möglichkeiten nur wenige (Beispiel: günstiges Vollwertkantinenessen). Schneidet man die Angebote spezifischer auf Mitarbeiter zu, die einen ausgesprochenen Bedarf bzw. ein Problem haben, steigt die relative Teilnahmequote, wird aber

dennoch nicht 100% (Beispiel: Burnout-Beratung). Mit einer Defizit-orientierten Nutzung eines derartigen Angebots ist immer auch die potentielle Offenlegung eines Risikos oder Fehlverhaltens verbunden. Idealerweise erfolgt die Inanspruchnahme dieses Angebots anonym, d.h. außerhalb des Unternehmens oder ohne Kenntnis von Kollegen und Vorgesetzten. Für den Teilnehmer vorteilhafte Programme können z.B. online genutzt werden oder erfolgen – auch außerhalb der Arbeitszeit – telefon-gestützt. Für die Lösung vom Arbeitgeber, den Einsatz unterschiedlicher Medien, die individuelle Nutzung außerhalb von Gruppen und die Durchführung zu individuellen Teilnehmer-freundlichen Zeiten stehen externe Anbieter zur Verfügung. Einige haben sich dabei bereits auch zusätzlich auf die Situation älterer Arbeitnehmer eingestellt. Die salutogenetische Ausrichtung einer Gesundheitsförderung umgeht diese selbstoffenbarende Ausrichtung auf bereits bestehende Defizite und steht somit allen Personen offen. Das Eingehen auf Ressourcen und die Stärkung der Resilienz bieten allen Personen die Möglichkeit von entsprechenden Angeboten zu profitieren.

4.4 Verstetigung von Programmangeboten

Neben strukturellen Veränderungen, die für sich stehen können und tendenziell konservativ selbsterhaltend sind, wird man auch einzelne Gesundheitsprojekte im Rahmen einer Gesunden Hochschule definieren. In der Projektdefinition ist die Limitierung in Zeit und Ressourcen inbegriffen. Dadurch kommt es beim Auslaufen des Projekts bzw. bei seiner Verstetigung immer wieder zu Sollbruchstellen an denen sich die Tragfähigkeit des Projekts beweist. Erfahrungsgemäß lassen sich erfolgreiche Projekte nicht automatisch planen, aber sie lassen sich begünstigen. Nachfolgend sind einige Punkte gelistet, die in dieser Richtung fungieren können:

- Breiteste Partizipation der Zielgruppen in der Planungsphase
- Planung kleiner, überschaubarer Projekte
- Angebote, mit denen deckungsgleiche Ziele von Teilnehmern und Hochschule überwiegen
- „Make the healthier choice the easier one.“
- Projekte mit kontrolliertem Aufwand – Nutzen – Verhältnis

Neben der eher „technischen“ Gestaltung der Projektumsetzung ist auch die innere Motivation der Zielgruppe bzw. die äußere Anreizstruktur für eine dauerhafte Nutzung eines Gesundheitsangebots von entscheidender Bedeutung. Hierbei wird immer wieder die Frage der Zuordnung von Gesundheitsaktivitäten zu Arbeitszeit oder Freizeit diskutiert.

Viele Mitarbeiter sehen Angebote des Arbeitgebers als zur Arbeit gehörig an und erwarten auch, dass die Teilnahme an den Angeboten als Arbeitszeit gerechnet wird. Die Erörterung dieser Tatsache durch den Arbeitgeber ist extrem wichtig. Ein rigides „Es ist ihre private Gesundheit – und somit Freizeit“ setzt sicherlich falsche Akzente was den Stellenwert der Gesundheit und der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen angeht. Allerdings kann auch ein „Wir tun alles für Ihre Gesundheit – (Sie entsprechend nichts)“ eine falsche, weil zu patronistische Botschaft aussenden. Idealer wäre sicherlich eine Haltung der Hochschule, die von außen wahrgenommen wird als „Uns ist unser Mitarbeiter wichtig und daher hat Gesundheit in der Hochschule eine hohe Priorität. Wo können wir etwas für ihre Gesundheit tun?“. Aus der Forschung weiß man, dass a) Belohnung Verhalten hervorragend beeinflussen kann und b) das sogar „gekaufte“ Gesundheitsaktivitäten ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis entwickeln. Somit gilt es in jedem Fall darüber zu entscheiden, wie z.B. vor diesem Hintergrund ein Arbeitszeitmodell aussehen kann, so dass nicht alle Gesundheitsangebote zwischen 17.30 Uhr und 19.00 Uhr liegen. Diese Zeitstruktur übt u. U. wiederum auch einen extremen negativen Einfluss auf eine entspannte Organisation des familiären Alltags der Hochschulmitarbeiter aus. An dieser Stelle sollten die Einstellungen „Transparenz“ und „Partizipation“ der Hochschule handlungsleitend sein, d.h. Motive auf Seiten des Arbeitgebers sollten offen gelegt werden und die Mitarbeiter sollten in alle wichtigen Angebote, Regelungen und Entscheidungen mit einbezogen werden.

Ähnliches gilt auch für die Studierenden. Seminare, die im Curriculum des Faches angeboten werden, sollten selbstverständlich auch zu ECTS-Punkten führen. Dadurch wird vermieden, dass bei einer Zunahme des Studiendrucks Seminare, die keinen formalen Beitrag zum Studienerfolg leisten als erstes abgewählt werden. Gerade in diesen Situationen kann die Gesundheit – oder Nicht-Gesundheit als Monitor für zielführenden oder inadäquaten Umgang mit Stresssituationen dienen. Die von den Professoren oder wissenschaftlichen Mitarbeitern abgehaltenen Seminare zur Gesundheitsförderung sollten dementsprechend auch auf deren Lehrdeputat anrechenbar sein.

Zur Verstetigung von Gesundheitsaktivitäten gehört sicherlich auch ihre langfristige Finanzierung, so dass die Nutzer sich planerisch darauf verlassen können, dass das Angebot auch noch nächstes Jahr besteht. Bei der finanziellen Sicherung zahlt es sich aus möglichst viele Förderer zu gewinnen, so dass vorübergehende Finanzierungsschwächen unter den Förderpartnern ausgeglichen werden können.

5 Umsetzung weiterer nachhaltiger Schritte

Fünf Schritte erscheinen vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen auf dem Weg zu einer Gesunden Hochschule besondere relevant

Schritt 1: Bestandsaufnahme bestehender Angebote

Nach der Entscheidung durch die entsprechenden Gremien weiter in die Gesunde Hochschule als Konzept einzusteigen, wird eine Bestandsaufnahme aller kleineren und größeren Gesundheitsaktivitäten an der Hochschule erforderlich sein. Dadurch werden bestehende Aktivitäten erfasst, gewürdigt und aufgewertet, die maßgeblichen Kontaktpersonen und „Motoren“ der Gesundheit an der Hochschule identifiziert und Transparenz und Vernetzung möglich gemacht. Die nachfolgende Grafik gibt Beispiele für Bereiche, deren Ist-Zustand zu Gesundheitsaktivitäten in die Bestandsaufnahme eingeschlossen werden sollten. Sinnvollerweise werden bestehende Projekte immer als Anknüpfungspunkte für neue oder erweiterte Angebote dienen, bevor man komplett neuartige Angebote und Konzepte aktiviert.

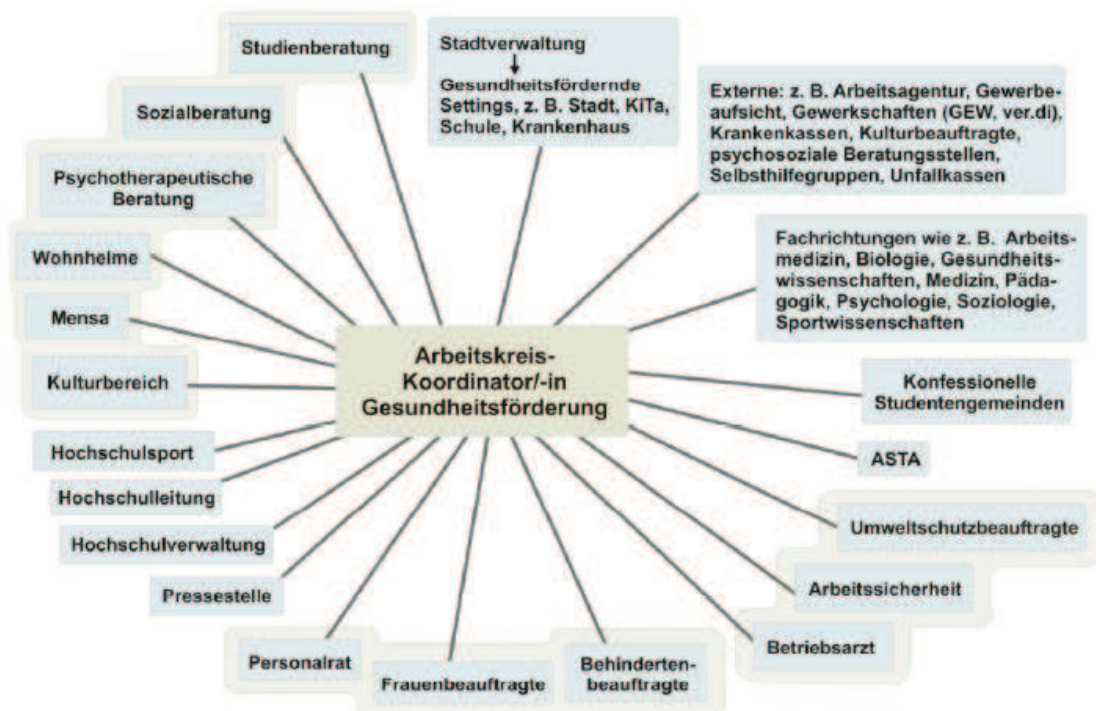


Abbildung 6: Mögliche Abteilungen, Gruppen, Gremien, die an einen Arbeitskreis „Gesundheitsförderung“ an einer Hochschule beteiligt sein können. Aus „Gesunde Hochschule – ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 20“.

Schritt 2: Koordinierung und Harmonisierung der Angebote

Aus der Übersicht des IST-Zustandes kann dann eine Analyse erfolgen. Wo können sich Programme, Konzepte ergänzen, wo gibt es Überlappungen oder gar Doppelungen, etc. Spätestens an dieser Stelle wird ein Arbeitskreis „Gesunde Hochschule“ benötigt, der die Diskussion in die Abteilungen hineinträgt und mit den „Betroffenen“ der Abteilungen erste Aktivitäten diskutiert und abstimmt. Zur Gewährleistung eines koordinierten und qualifizierten Vorgehens ist die Beauftragung und Freistellung eines fachkundigen Koordinators / einer Koordinatorin für Gesundheitsförderung an Hochschulen unabdingbar. Wie die Erfahrung zeigt, kann die Übernahme dieser verantwortungsvollen und arbeitsintensiven Aufgaben nicht zusätzlich geleistet werden, sondern erfordert langfristig eine von der Hochschule getragene, angemessene

sene personelle Freistellung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für diese Koordinationsaufgabe mindestens 0,5 Stellen pro Hochschule.³

Schritt 3: Setzung realistischer Ziele

Nachdem man sich in einem ausreichenden Diskussions- und Abstimmungsprozess innerhalb der erforderlichen Abteilungen und Gremien auf das Oberziel der Hochschule München in Bezug auf die Gesunde Hochschule festgelegt hat, geht es darum dieses in realistische Teilziele herunter zu brechen. Bei der Definition der Teilziele sollt dem langfristigen Charakter der Gesundheitsförderung Rechnung getragen werden. Dennoch benötigen Projekte und die auftraggebenden Institutionen auch kurz- und mittelfristige Erfolge und Rückmeldungen über ihr Tun. Kurze Erfolgs- und Rückmeldeschleifen sichern die Motivation der Beteiligten für die Durchführung weiterer Schritte. In verschiedenen Projekten hat sich für die Festlegung derartiger Ziele auch die RUMBA-Regel bewährt. Die Abkürzung RUMBA steht hierbei für folgende englische Begriffe:

- relevant (wichtig) – das zugrunde liegende Problem ist relevant und damit schwerwiegend.
- understandable (verständlich) – die Projektformulierung ist allgemein verständlich.
- measurable (messbar) – die Messkriterien des Projekts sind in Zahlen mess- und nachvollziehbar.
- behavioral oriented (verhaltensverändernd) – das Projektziel ist eindeutig durch eine Verhaltensänderung erreichbar, indem bestimmte Personen mit der Durchführung und der Verantwortung für diese Aufgabe betraut werden und diese in ihre täglichen Arbeitsabläufe integrieren.
- achievable (erreichbar) – das Projektziel ist auf jeden Fall realistisch und erreichbar.

Schritt 4: Umsetzung erster praktischer Aktionspläne

Nach der Identifikation und Definition von relevanten Zielen für die Umsetzung eines Konzepts „Gesunde Hochschule“ müssen die Ziele mit Aktionsplänen versehen werden. Spätestens hier greifen langfristige und kurzfristige Projekte, das Vorhandensein von Budgets und Ressourcen. Nach einer Priorisierung der Aktionen kann mit der Umsetzung begonnen werden. Wie an anderer Stelle bereits deutlich gemacht (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) sollte in jedem Fall am Anfang eine Erhebung der gesundheitlichen Situation bei Beschäftigten stehen. Nur so ist eine Planung am Bedarf und langfristige Evaluation und Adjustierung der Maßnahmen möglich. Erst nach diesen Erhebungen sollten die ersten Interventionen/ Angebote realisiert werden.

Schritt 5: Einbindung von Bündnispartnern

Bei einem derartig umfassenden, langfristigen und innovativen Vorhaben wie der Etablierung des Konzepts „Gesunde Hochschule“ an der Hochschule München sind alle verfügbaren externen Ressourcen hilfreich. Zum besseren Überblick der Kooperationspartner kann eine Unterteilung in „Berater“, „Förderer“ und „Kooperationspartner“ hilfreich sein.

Berater bieten, teils kostenpflichtig, ihre Unterstützung bei der Analyse und Planung von betrieblichen Maßnahmen zu Umwelt und Gesundheit an. Zu nennen sind hier:

- Berater zur Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen über den § 20 SGB V
- Berater durch die Berufsgenossenschaften bzw. staatliche Arbeitsschutzbehörden zu entsprechenden Themenschwerpunkten (z.B. Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeprogramme, Ermittlung gesundheitlicher Belastungen für die Mitarbeiter, Auswahl geeigneter Analyseinstrumente, etc.)
- Umweltschutz-Berater und Auditoren nach DIN EN ISO 14001:2005-06
- Qualitätsmanagement-Berater und Auditoren nach DIN EN ISO 9000 ff
- Dienstleister und Unternehmensberatungen mit dem Fokus Gesundheit (Analysen und Bereitstellung von Betreuungsdienstleistungen von Mitarbeitern, etc.)
- Demografieberater privatwirtschaftlich oder über verschiedene Bundesinitiativen (Analyse der Altersstruktur, Ermittlung von Kennzahlen über spezielle Instrumente, Beratung zu Defiziten und entsprechender betrieblicher Personal- und Gesundheitspolitik)

³ Tsouros A. D. (2000). Health Promoting Universities: concept and strategy. In: Sonntag U. / Gräser S. / Stock C. / Krämer A. (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa, S. 15–24.

- Moderatoren, Mediatoren, Supervisoren, Coaches mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten

Als Förderer wird hier nicht derjenige verstanden, der eine Dienstleistung bereitstellt, sondern hier geht es um die tatsächliche Finanzierung von Personal oder Sachmitteln. Die Förderquellen können durch die Breite des Themas aus den Bereichen Forschung, Bildung, Gesundheit und Arbeit/ Soziales genutzt werden. Bei den Krankenkassen und den Unfallkassen gibt es eine explizite Hochschulförderung. Als Förderer sind im einzelnen zu nennen:

- Gesetzliche Krankenkassen nach § 20 SGB V
In der Regel die großen 10 der Hochschule, da sonst zu geringe Versicherten auf eine Krankenkasse fallen. Es werden auch Stellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zur Gesunden Hochschule unterstützt. Hervorzuheben sind die TK, DAK, AOK, Barmer.
- Unfallkassen nach § 14 SGB VII
Die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in Hochschulen werden finanziert; Zusammenarbeit mit Krankenkassen ist gesetzlich vorgegeben.
- Stadt München mit den unterschiedlichen Referaten für spezielle Projekte
- Landesfördermittel des Freistaats Bayern für spezielle Projekte
- Bundesfördermittel zu speziellen Projekten
- Ggfs. auch bei Zusammenschlüssen mit europäischen Partnerhochschulen: Europäische Union
- Ein gemeinnütziger (Förder)Vereine, der sich dem Zwecke der Gesundheitsförderung an der Hochschule verschreibt, ist zuschussfähig und kann Spenden entgegennehmen
- Förderung analog zum „Landesgesetz über die öffentliche Förderung von Sport und Spiel in Rheinland-Pfalz (Sportförderungsgesetz - SportFG -)“
- Es sollte geprüft werden, ob Studiengebühren in irgendeiner Form hier zum Einsatz kommen können
- Bei einigen Kursen zur Gesundheitsförderung gewähren die jeweiligen Krankenkassen ihren Mitgliedern einen Zuschuss. Diese Tatsache könnte für eine Förderung systematisch genutzt werden.

Mit entsprechenden Kooperationspartnern lassen sich ressourcen-schonend Synergien nutzen (gemeinsame Gesundheitsberichterstattung), geprüfte Angebote übernehmen, Referenten gewinnen, Aufgaben outsourcen, neue Ideen diskutieren, ein schneller Weg zu den Zielgruppen finden (fzs), etc. Je nach Anforderungen und Verfügbarkeit lassen sich die folgenden potentiellen Kooperationspartner nennen:

- Weitere Münchner oder bayerische Hochschulen
- Hochschul-Informationssystem GmbH
- Centrum für Hochschulentwicklung
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
- Landesvereinigung für Gesundheit
- Gewerkschaften
- Verband der Deutschen Betriebs- und Werkärzte
- fzs freier Zusammenschluß von studentinnenschaften
- größere Betriebe vor Ort

Literatur

- Abercrombie, N., Gatrell, T. & Thomas, C. (1998). Universities and health in the twenty-first century. In A. D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Hrsg.), Health promotion universities. Concept, experience and framework for action (S. 33-40). Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.
- Betriebliche Gesundheitsförderung. Well-being Management System (Gütesiegelträger 2008-2010) http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html?ctrl.cmd=render&ctrl.window=bgfportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=67638&p_tabid=5 (Zugriff am 30.6.2009)
- BKK Essanelle (2006). Geschäftsbericht 2006. http://www.bkk-essanelle.de/fileadmin/pdf/BKK_ESSANELLE/Geschaeftsbericht/Geschaeftsbericht_2006.pdf (Zugriff am 30.6.2009)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (1986). Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 11. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bad Honnef: Bock
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2006). Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Bonn:
- Burrows, E. & Keil, U. (2005). Erster Gesundheitsbericht für die Technische Universität Darmstadt. Präsidium der Technischen Universität Darmstadt, Arbeitskreis Gesundheit (Hrsg.): Darmstadt. http://www1.tu-darmstadt.de/akgesundheit/gesundheitsbericht_tud.pdf (Zugriff am 30.6.2009)
- Carr, R. W. (2004). GlaxoSmithKline: Environment, Health and Safety - VP Corporate Employee Health Management In: GSK GlaxoSmithKline (Hrsg.). Coporate Responsibility Report 2003 (Updated June 20, 2004). <http://www.gsk.com/investors/reps03/EHS03/GSKeHS-7.htm> (Zugriff am 30.6.2009)
- Carr, R. W. (2005). GlaxoSmithKline Corporate Responsibility Report 2004, published on 24th March 2005 on www.gsk.com.
- Deming, W.E. (1982). Out of the Crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press
- Dooris, M.; Dowding, G.; Thompson, J. & Wynne, C. (1998). The settings-based approach to health promotion. In A. D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Hrsg.), Health promotion universities. Concept, experience and framework for action (S. 21-31). Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Dooris, M. (2001). Health Promoting Universities: Policy and Practice – A UK Perspective. Held at Community-Campus Partnerships for Health's 5th Annual Conference, May 5-8, 2001, San Antonio (Texas). http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/p-dooris.pdf (Zugriff am 30.6.2009)
- Faller, G. (2006). Gesundheit und Arbeit aus Sicht verschiedener Statusgruppen an Hochschulen. In: Faller G., Schnabel P.-E. (Hrsg.), Wege zur gesunden Hochschule – ein Leitfaden für die Praxis. (S. 35-56). Berlin: edition sigma.
- Faller, G. (2008). Die Zukunft unserer Hochschule gestalten – bestehende Chancen nutzen. Sind Sie für die Zukunft gut aufgestellt? Prävention in NRW 11. Hrsg. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.
- Freie Universität Berlin. Zentraleinrichtung Studienberatung und Psychologische Beratung. http://www.fu-berlin.de/studienberatung/psychologische_beratung/index.html
- Gesunder Lebensstil und Unternehmenskultur, S. 13, www.enterprise-for-health.org, Oktober 2006, Bertelsmann Stiftung & BKK Bundesverband
- GlaxoSmithKline Corporate Responsibility Report 2004. Published on 24th March 2005 on www.gsk.com. (Zugriff am 30.6.2009)
- Gräser, S. (2003). Hochschule und Gesundheit: Salutogenese am Arbeitsplatz Universität. Lengerich: Pabst.
- Hafen, M. (2004). Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? Prävention(1), 8-11.
- Hahne, R. & Lohmann, R. (1999). Studium und psychische Probleme: Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bonn: Deutsches Studentenwerk.
- Hartmann, T.; Heinrichson, T.; Hering, T.; Sonntag, U. (2003): Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen. Bestandsaufnahme der Strukturen und Projekte im Jahr 2002. http://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/O5_Materialien/Links/Literatur/10172-2003.pdf (Zugriff am 30.6.2009)

- Holm-Hadulla, R. M. (2001). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden und ihre Behandlung. Ein Überblick. In R.-M. Holm-Hadulla (Hrsg.), Psychische Schwierigkeiten von Studierenden (S. 7-13). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.): Good Practice Datenbank INQA: Work-Life-Balance & Stressmanagement bei IBM, "Stress lass nach" - Schwerpunktthema 2004 der Deutschen Telekom AG www.inqa.de. <http://www.move-europe.de/index.php?id=273> (Zugriff am 30.6.2009)
- Juffernbruch, K. (2006). Gesund und Glücklich im Stress – Die Well-Being Angebote der IBM. BGAG Fachkonferenz Gesundheitsfaktor Arbeit. Vortragspräsentation. <http://www.dguv.de/bgag/de/veranstaltungen/zukunft/2006/programm/dokumente/juffernbruch.pdf> (Zugriff am 30.6.2009)
- Juffernbruch, K. & Scharwenka, N. (2006). Stress Team Training – Konzept und Erfahrungen. BGAG Fachkonferenz Gesundheitsfaktor Arbeit. Vortragspräsentation. <http://www.dguv.de/bgag/de/veranstaltungen/zukunft/2006/programm/dokumente/juffernbruch.pdf> (Zugriff am 30.6.2009)
- Kirsten, W. (2006). Internationale Perspektiven des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Bewegungstherapie und Gesundheitssport; 22; 1–5
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2007) [http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger Deklaration_05_09.pdf](http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklaration_05_09.pdf) (Zugriff am 30.6.2009)
- Meier, S., Milz, S. & Krämer, A. (2007). Projektbericht: Gesundheitssurvey für Studierende in NRW (Laufzeit 11.2005 - 12.2007). Hrsg. Gesundheitslabor der AG Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. http://xn-gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf (Zugriff am 30.6.2009)
- Möller, M. I. & Scheer, J. W. (1974). Psychotherapeutische Studentenberatung: Problematik der Klienten - Problematik der Institution. Stuttgart: Thieme.
- Pauly, A. (2004). Suchtprobleme bei Studierenden an deutschen Hochschulen. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. (Förderkennzeichen 1705702). Katholische Fachhochschule NW, Abteilung Köln http://www.xn-gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/05_Materialien_Links/Literatur/10478-2004.pdf (Zugriff am 30.6.2009)
- Reher, J. (2007). Karrierefaktor Resilienz: Rückschläge besser wegstecken. Heft 110, Mai 2007, managerSeminare - DAS WEITERBILDUNGSMÄGAZIN
- Reifferscheid, A. (2007). Das Gesundheitsmanagement Henkel. Vortragspräsentation. <http://www.bibliomed.de/images/fw/Reifferscheid.pdf> (Zugriff am 30.6.2009)
- Rosenbrock, R. (2006). Vorwort: Hochschulen im Blick der Gesundheitswissenschaften. In: Faller, G. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.), Wege zur gesunden Hochschule (S.9-13). Berlin: Edition Sigma.
- Schnitzer, K.; Isserstedt, W.; Leszczensky, M. (1986) Zusammenfassung der Ergebnisse der 11. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks im Sommersemester 1985 - durchgeführt von der Hochschul-Informationssystem GmbH (HIS-Kurzinformation A10/86)
- Simm, H. J. & Unnold, K. (2000). Personalentwicklung als Mittel der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer (Hrsg.), Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele (S. 218-228). Juventa: Weinheim.
- Sperling, E. & J. Jahnke (Hrsg.) (1974): Zwischen Apathie und Protest. Bd. 1. Huber: Bern/Stuttgart/Wien
- Stößel, U. (2007). MitarbeiterInnenbefragung zum Arbeitsplatz Hochschule an der Universität Freiburg. Kurzbericht im Auftrag des Arbeitskreises Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Universität Freiburg. (Verfasser: Dr. Ulrich Stößel, Abt. Medizinische Soziologie) <http://www.gesunde.uni-freiburg.de/bilder-dokumente/MitarbeiterInnenbefragung%202007> (Zugriff am 30.6.2009)
- The Edmonton charter for Health Promoting Universities and Institutions of higher education. Edmonton, February 28, 2006. <http://www.virtualwellness.ualberta.ca/docs/VW/CharterHealthPromoting.pdf> (Zugriff am 30.6.2009)
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (1998). Health Promoting Universities -Concept, experience and framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Universität Karlsruhe (TH). zib - Zentrum für Information und Beratung. <http://www.zib.uni-karlsruhe.de/index.php>
- World Business Council for Sustainable Development (WBCSD) & International Business Leaders Forum (IBLF). Enhancing resilience and mental well-being: GlaxoSmithKline. In: The Business of Health – The Health of Business. (S. 6-7). Publication Date 9 May 2006. http://www.wbcd.org/DocRoot/9LN77c9HaPclogNscMEq/business_of_health.pdf (Zugriff am 30.6.2009)

- Wienemann, E. & Wattendorff, F. (2008). Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Einführung ins BGM: Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft, Leibniz Universität Hannover. <http://www.wa.uni-hannover.de> (Zugriff am 30.6.2009)
- Ziolko, H. U. (1969). Psychische Störungen bei Studenten. Stuttgart: Thieme.

6 Angaben zu den Autoren

Dr. Christian Leopold ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt BELiA an der Hochschule München. Der Psychologe und Gesundheitswissenschaftler war bereits im Vorfeld als Projektleiter für den Bereich psychosozialer Gesundheitsprojekte verantwortlich und führte u. a. ein vom BMBF gefördertes Projekt zur Entwicklung eines Dokumentationsprogramms für Schizophrenie-Patienten durch. Zudem beteiligte er sich am „Modellprojekt Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Entsorgungsbereich“. Er war außerdem wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen DFG-Projekten und ist zudem für das Qualitätsmanagement von Organisationsstrukturen ausgewiesen.

Prof. Dr. Stefan Pohlmann wurde 2004 für das Lehrgebiet der Gerontologie an die Hochschule München berufen. An der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften koordiniert er sowohl den Qualifizierungsbereich Life Span Development als auch den Studienschwerpunkt Gerontologie. Darüber hinaus ist er durch seine Studiengangsleitung maßgeblich an der Öffnung der Fakultät für den Gesundheitsbereich beteiligt. Als Mitglied ausgewiesener nationaler und internationaler Expertengremien setzt er sich auch außerhalb der Hochschule für Belange der Sozialpolitik und Alternswissenschaft ein. Stefan Pohlmann studierte Psychologie, Pädagogik, katholische Theologie und Kognitionswissenschaft an den Universitäten Münster und Hamburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen empirische Sozialforschung, Sozialpolitik, Altersbilder und Alterswissen, Solidarität und Partizipation im Alter, Altenhilfe sowie Demografie und Gesundheit.