

# Social Challenges in Social Sciences

Schriftenreihe der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften an der Hochschule München

Förderung mentaler Gesundheit  
an der Hochschule München

**Eine explorative Annäherung**

Charis Gulder-Schuckard



# Impressum

Social Challenges in Social Sciences  
Nr. 5/August 08 Schriftenreihe der Fakultät  
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

<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>Einführung .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Theoretische und empirische Grundlagen .....</b>	<b>6</b>
1.1 Epidemiologische Relevanz psychischer Störungen .....	6
1.2 Risikofaktoren und protektive Faktoren für mentale Gesundheit.....	8
<b>2 Hochschulen und Gesundheitsförderung.....</b>	<b>12</b>
2.1 Gesundheitsförderung als Handlungsstrategie .....	12
2.2 Das Setting Hochschule .....	14
2.3 Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen.....	19
<b>3 Untersuchungsmethode .....</b>	<b>21</b>
3.1 Internetrecherche und Dokumentenanalyse .....	21
3.2 Teilstandardisiertes Leitfadeninterview mit Schlüsselpersonen.....	21
<b>4 Die Hochschule München.....</b>	<b>24</b>
4.1 Allgemeine Rahmenbedingungen .....	24
4.2 Mentale Gesundheit bei Beschäftigten und Studierenden.....	26
4.3 Angebotsressourcen und Inanspruchnahme.....	28
4.4 Finanzierung und Steuerung.....	34
4.5 Weiterentwicklung und Veränderung .....	34
4.6 Management und Vernetzung.....	36
<b>5 Diskussion und Handlungsempfehlungen .....</b>	<b>38</b>
5.1 Status quo und Entwicklungspotential.....	38
5.2 Handlungsempfehlungen.....	39
<b>6 Ausblick.....</b>	<b>41</b>
<b>7 Abbildungen, Tabellen und Abkürzungen.....</b>	<b>43</b>
<b>8 Literatur .....</b>	<b>44</b>
<b>9 Angaben zur Autorin .....</b>	<b>50</b>

## Abstract

Eine Hochschule stellt im Sinne der Ottawa-Charta der WHO ein sozialräumliches System dar, dessen Arbeits- und Lebensbedingungen die Gesundheit der Menschen in diesem Setting und darüber hinaus beeinflussen. Die vorliegende Veröffentlichung befasst sich zunächst mit den theoretischen und empirischen Grundlagen der Themenbereiche „Mentale Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ und nimmt dann die Hochschule München – die zweitgrößte Fachhochschule Deutschlands – in den Blick. Dies geschieht auf der Basis einer Expertenbefragung und einer Dokumentenanalyse, wie sie im Rahmen einer Diplomarbeit in der Zeit von Juli bis Dezember 2007 durchgeführt wurden. Zu eruiieren war im Sinne einer explorativen Annäherung die Wechselwirkung zwischen den in der Organisation aktuell herrschenden Bedingungen und der mentalen Gesundheit der Studierenden und Mitarbeiter. Der Datenerhebung gehen eine Begründung der methodischen Vorgehensweise sowie eine kurze Darstellung der Gesundheitsförderungspraxis an deutschen Hochschulen voran. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit werden entsprechende gesundheitsförderliche Einflussmöglichkeiten für die Hochschule München benannt und erste wissenschaftliche sowie praktische Handlungsvorschläge für die Zukunft abgeleitet.

# Einführung

Im Zuge weit reichender gesellschaftlicher Veränderungen mit den Megatrends Globalisierung, Individualisierung und Ökonomisierung transformieren sich die westlichen Industriestaaten zu Informations- bzw. Wissensgesellschaften. Den Hochschulen kommt in diesem Prozess eine Schlüsselrolle zu, die sie auch durch den prognostizierten Anstieg der Studentenzahlen vor große Herausforderungen stellt. Gleichzeitig vollzieht sich ein epidemiologischer Wandel: In den westlichen Industriestaaten liegt der Schwerpunkt des Krankheitsspektrums mittlerweile auf chronischen Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Atemwegserkrankungen sowie auf psychischen Störungen. Letztere gehören zu den für die Volkswirtschaft kostenintensivsten und für den Einzelnen besonders stark beeinträchtigenden Krankheitsformen.

Psychischen Erkrankungen wird insofern zunehmend mehr politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet. Dass präventiven Ansätzen dabei eine besondere Bedeutung zukommt, zeigt unter anderem das im Jahr 2005 veröffentlichte Grünbuch der Europäischen Kommission zur Entwicklung einer Strategie für die Förderung psychischer Gesundheit. Auch auf lokaler Ebene wird mittlerweile nach den Rahmenbedingungen für psychische Gesundheit im tertiären Bildungssektor gefragt: So fand am 19. 6. 2008 in München die Fachtagung „Macht Studieren krank?“ statt, an der Vertreter der drei großen Münchner Hochschulen und des Staatsministeriums teilnahmen.

Der vorliegende Beitrag führt die angesprochenen Themen am Beispiel der Hochschule München unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung zusammen. Die Fragestellung der Untersuchung gliedert sich in drei Hauptfragen:

- Welche hemmenden und fördernden Bedingungen für mentale Gesundheit sind an der Hochschule München erkennbar?
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen gibt es bisher auf der individuellen und strukturellen Ebene?
- Wie könnte eine „gesundheitsfördernde Hochschule München“ aussehen? Was wären die nächsten Schritte und notwendigen Interventionen auf dem Weg dorthin?

# 1 Theoretische und empirische Grundlagen

## 1.1 Epidemiologische Relevanz psychischer Störungen

Psychische Störungen umfassen nach der Klassifikation der ICD zehn affektive Störungen (worumter im Wesentlichen alle depressiven Krankheitsbilder subsumiert werden), Angst- und Verhaltensstörungen (einschließlich Essstörungen) sowie Substanzstörungen (Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Drogen). Obwohl an Veranstaltungen und Veröffentlichungen erkennbar ist, dass die öffentliche Aufmerksamkeit für den Bereich der psychischen Störungen wächst, fehlen doch vielfach einheitliche und belastbare Datenquellen, um genaue Prävalenz- und Inzidenzzahlen innerhalb einer Bevölkerung bestimmen zu können. Es existiert weder ein kontinuierliches Monitoring, noch sind Regionaldaten verfügbar. Von offizieller Seite ist von einer „lückenhaften und inkonsistenten Datenlage“ (vgl. Kuhn et al. 2007: 189) die Rede, die die Arbeit mit Sekundär- und Versorgungsdaten notwendig macht. Repräsentatives, allerdings subjektives Datenmaterial für Deutschland liefert einzig die Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit dem zuletzt 1998 veröffentlichten Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes und dem darauf aufbauenden Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (vgl. RKI 2006, Wittchen et al. 1999).

Demnach liegt die Vier-Wochen-Querschnittsprävalenz für psychische Störungen hierzulande bei 17% (vgl. Wittchen 1999: 216). Als Hauptgruppen werden affektive Störungen, somatoforme Störungen und Angststörungen benannt. Affektive Störungen wirken sich bedeutsam stärker als die anderen beiden Gruppen auf die Arbeitsproduktivität aus (vgl. Wittchen 1999: 216). Ab der Adoleszenz sind die Prävalenzzahlen über die Altersgruppen hinweg ähnlich, jedoch sind deutlich mehr Frauen als Männer betroffen. Besonders stark ist der Unterschied bei depressiven Störungen: In Deutschland liegt die Zwölf-Monatsprävalenz für eine depressive Phase bei Frauen nahezu doppelt so hoch wie bei Männern (15% vs. 8%) (vgl. RKI 2006: 29). Bei Angststörungen ergibt sich ein ähnliches Verhältnis (vgl. Wittchen/Jacobi 2004: 12). Lediglich bei Substanzstörungen dominieren die Männer, in Bezug auf psychotische Störungen lässt sich kein signifikanter Geschlechterunterschied feststellen (vgl. Jacobi et al. 2004: 605 und 609). Die Zwölf-Monatsprävalenz für psychische Störungen wird mit 31% in der erwachsenen Bevölkerung (18–65 Jahre) angegeben, die Lebenszeitprävalenz beträgt auf der Basis einer auf dem Survey aufbauenden Analyse 43% (vgl. ebd.: 607). Die Daten zeigen auch, dass die meisten mentalen Störungen früh beginnen (späte Adoleszenz und junges Erwachsenenalter) und durch hohe Remissionsraten und Komorbiditätsraten charakterisiert sind (vgl. ebd.: 603 und 608).

Ähnliche Zahlen ergeben sich für den europäischen Raum (vgl. Wittchen/Jacobi 2005a: 365). Ob von einer allgemeinen Zunahme psychischer Störungen gesprochen werden kann, ist unter Experten umstritten. Es seien nur wenige indirekte Hinweise auf eine allgemeine Zunahme psychischer Störungen erkennbar, lediglich bei Depressionen und Suchtstörungen sei ein ansteigender Trend zu verzeichnen (vgl. Wittchen 2005b). Als empirisch gut bestätigt kann mittlerweile jedenfalls in Bezug auf depressive Störungen ein zunehmendes Erkrankungsrisiko in jüngeren Geburtskohorten und ein sinkendes Ersterkrankungsalter gelten (vgl. Wittchen/Jacobi 2006: 29). Dies ist in unserem Zusammenhang besonders für die Gruppe der Studierenden relevant.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen darüber hinaus die Befunde zur Einschränkung der Arbeitsproduktivität, da sie die gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Störungen verdeutlichen (vgl. Wittchen 1999: 216 und 220f). Bei Frühberentungen stehen die psychischen Störungen in der Rangfolge der Diagnosen inzwischen an erster Stelle und machen fast ein Drittel aller Frühberentungen aus (vgl. Bayer. LGL 2007: 7). Insofern wird auch immer wieder auf die sehr hohen indirekten Kosten – die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und der sozialen Beziehungen – hingewiesen, die die direkten Behandlungskosten bei weitem übersteigen (vgl. Wittchen 2005b, Arolt 2003: 605). Nach einer Schätzung der WHO werden im Jahr 2020 allein Depressionen den zweiten Platz nach koronaren Herzerkrankungen unter den am stärksten belastenden Krankheitsformen einnehmen (vgl. Wittchen 1999: 217 und RKI 2006: 29).

Zusammenfassend und verallgemeinernd kann also gesagt werden, dass psychische Störungen in der nationalen und internationalen Bevölkerung verbreitet sind und sehr hohe gesellschaftliche und wirtschaftliche Kosten verursachen. Zumindest bei Depressionen und Suchtstörungen kann von einer zu-

nehmenden Tendenz ausgegangen werden. Als Rahmen gebende Perspektive erscheint dabei die Analyse des französischen Soziologen Alain Ehrenberg bedeutsam. Seinen Thesen zufolge ist die wachsende Ausbreitung von Depressionen und Suchtverhalten auf eine Überforderung des Individuums zurückzuführen, das in der gegenwärtigen kapitalistischen Gesellschaft neoliberaler Prägung unter der allgegenwärtigen Erwartung von eigenverantwortlicher, authentischer Selbstverwirklichung zusammenbricht. Waren noch vor wenigen Jahrzehnten Neurosen die pathologische Signatur eines repressiven Kapitalismus, so seien jetzt depressive Störungen und Suchtverhalten die Antwort auf die omnipräsente Forderung nach individuellem Selbstmanagement. Die Befreiung des Subjekts aus überkommenen Bindungen und Traditionen koste insofern einen hohen gesundheitlichen Preis (vgl. Ehrenberg 2004).

Was aber meint nun der Begriff „mentale Gesundheit“? Schon der allgemeine Gesundheitsbegriff ist nicht eindeutig zu definieren, sondern relativer Natur (vgl. Schwartz/Siegrist et al. 2003: 27). Gerade in den letzten Jahren wurde von wissenschaftlicher Seite der Versuch unternommen, eine Übersicht über Modelle von Gesundheit und Krankheit zu geben. Deutlich wird bei diesen Analysen, dass Gesundheit und Krankheit einerseits in hohem Maße von gesellschaftlichen Vorstellungen, andererseits aber auch von subjektiven Theorien beeinflusst sind. Interessant – und für die Gesundheitsförderung relevant – erscheint in diesem Zusammenhang, dass in den subjektiven „Laien“-Theorien den psychosozialen Bedingungen und Umweltfaktoren eine größere Bedeutung im Krankheitsgeschehen beigemessen wird, als dies in den meisten wissenschaftlichen Theorien der Fall ist (vgl. Franke 2006: 218).

Nähert man sich dem Wort „mental“ von der etymologischen Seite, so bezeichnet das lateinische „mens“ zunächst das Denkvermögen und den Verstand eines Menschen, aber auch dessen Gesinnung, sein Gemüt und seinen Willen. Der in der Wissenschaft verbreitete englische Begriff „Mental Health“ wird freilich im Deutschen üblicherweise mit „psychische Gesundheit“ übersetzt. „Psyche“ (griech. Hauch, Seele, Leben – der adäquate lateinische Begriff wäre am ehesten „anima“) meint eigentlich das geistig-seelische Leben eines Menschen im Kontrast zu seiner Körperlichkeit. „Psychische Gesundheit“ hat so letzten Endes eine etwas andere Konnotation als „Mentale Gesundheit“. Indes werden beide Begriffe auch in der Fachliteratur synonym verwendet. Im deutschen Sprachgebrauch überwiegt die Bezeichnung „Psychische Gesundheit“. Aus pragmatischen Gründen wird auch in dem vorliegenden Beitrag letztlich nicht differenziert. Allerdings erhält – wie auch der Titel zeigt – eher der Begriff der „Mentalen Gesundheit“ den Vorzug, um zu dem in der internationalen Wissenschaft verbreiteten englischen „Mental Health“-Begriff aufzuschließen. Da in der Grundbedeutung außerdem eine deutlichere Gewichtung der kognitiven Komponente zum Ausdruck kommt, kann auch ein engerer Zusammenhang zum „Sense of Coherence“ der Salutogenese-Theorie Antonovskys hergestellt werden (s. Kapitel 2.1). In jedem Fall geht es bei dem Begriff „Mentale Gesundheit“ um Gesundheit im Hinblick auf Denken, Fühlen und Wollen eines Menschen in Beziehung zu sich selbst und zu anderen.

Auch von institutioneller Seite gibt es Versuche, den Begriff der mentalen Gesundheit einzugrenzen. Die WHO definiert „Mental Health“ als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in dem er ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2001 zit. nach: Europäische Kommission 2005: 4).

Es besteht insgesamt weitgehend Konsens darüber, dass mentale Gesundheit mehr meint als die Abwesenheit psychischer Störungen. Die ICD-10-Diagnoseklassifikation (Kap. V) kann lediglich einen Anhaltspunkt dafür liefern, was Mental-Ill-Health meint. Klar wird anhand dieser Diagnoseschlüssel jedenfalls, dass es sich bei psychischen Erkrankungen um Erkrankungen unseres Gehirns und Nervensystems handelt, also sowohl kognitive als auch affektive Anteile eine Rolle spielen. Auch durch Erkenntnisse der jungen Neurobiologie und -psychologie wird mittlerweile das gesamte menschliche Verhalten, Empfinden und Erleben auf neuronale Prozesse zurückgeführt. Psychische Störungen werden als veränderte physische Prozesse definiert, die auf Abweichungen der neuronalen Struktur und Funktion beruhen. Freilich scheint auch in der einschlägigen Literatur eine Auseinandersetzung mit dem, was als „normal“ angesehen wird, bisher zu fehlen (vgl. Franke 2006: 65).

Ein letzter Aspekt soll das Bild um den Begriff der mentalen Gesundheit abrunden: Es sind dies die verschiedenen Theorien der einzelnen psychologischen Schulen zur Entstehung psychischer Gesundheit oder vielmehr: ihre übereinstimmenden inhaltlichen Ähnlichkeiten. Tiefenpsychologie, Entwicklungs- und humanistische Psychologie, Persönlichkeitspsychologie, Lern- und Verhaltenspsychologie sowie Sozialpsychologie haben zwar ihren je eigenen charakteristischen Ansatz, aber auch einige wichtige Überschneidungen (vgl. Feser 2006: 4f).

Determinanten für seelische Gesundheit sind demnach

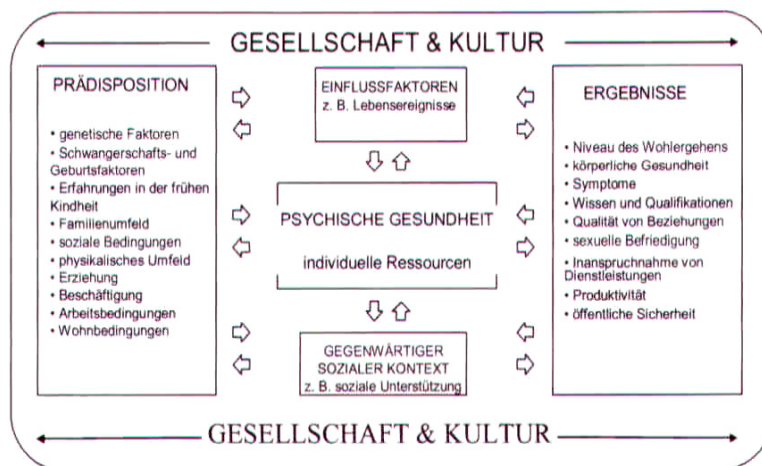
- die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen,
- Regulationskompetenzen nach außen (soziale und materielle Umwelt) und innen (Triebe, Gefühle, Bedürfnisse) und
- Wertorientierung (Verantwortung, Sinngestaltung).

Einzelne Wissenschaftler plädieren deshalb für einen Prozess der synoptischen Theoriebildung in der Gesundheitspsychologie. Zwar wäre eine solche Zusammenschau immer auch von den jeweiligen gesellschaftlichen Leitbildern und der umgebenden Kultur geprägt, könnte aber dennoch neue Möglichkeiten für Diagnostik, Prävention und Therapie eröffnen (vgl. Feser 2006: 7) und wäre insofern auch für die Gesundheitsförderung relevant. Auffällig erscheint auch hier die große Nähe der Übereinstimmungskomponenten zum Konstrukt des Kohärenzgefühls im Salutogenese-Konzept von Antonovsky (s. Punkt 2.1 dieser Arbeit).

### 1.2 Risikofaktoren und protektive Faktoren für mentale Gesundheit

Gerade in Bezug auf mentale Gesundheit besteht weiterhin ein Mangel an gesicherten Kenntnissen über das transaktionale Ineinandergreifen von biologischen und psychosozialen Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen, d.h. Ätiologie und Pathogenese sind weitgehend unaufgeklärt (vgl. Arolt 2003: 605 und 608). Unumstritten ist jedoch, dass immer individuelle und externe Faktoren beteiligt sind. Die jeweilige Gesellschaft bzw. Kultur bildet dabei das Rahmen gebende System. Dies verdeutlicht das nachfolgende Schaubild:

**Abb. 1:** Funktionsmodell psychische Gesundheit



Quelle: Europäische Kommission 2005: 16.

Einen ersten allgemeinen Überblick über die wichtigsten externen Einflussfaktoren gibt die nachfolgende Tabelle. Aufgeführt sind soziale, umfeldbedingte und wirtschaftliche Determinanten für mentale Gesundheit:



**Tab. 1:** Einflussfaktoren für mentale Gesundheit

<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
Zugang zu Alkohol und Drogen	Empowerment
Umsiedlung	Integration ethnischer Minderheiten
Isolation und Entfremdung	Positive interpersonelle Interaktionen
Mangel an Erziehung, Transport, Wohnung	Soziale Partizipation
Nachbarschaftsdesorganisation	Soziale Verantwortung und Toleranz
Peer-Ablehnung	Soziale Dienste
Schlechte soziale Bedingungen	Soziale Unterstützung und Gemeinschaftsnetze
Schlechte Ernährung	
Armut	
Rassengerechtigkeit und Rassendiskriminierung	
Soziale Nachteile	
Urbanisierung	
Gewalt und Straftaten	
Krieg	
Stress am Arbeitsplatz	
Arbeitslosigkeit	

Quelle: WHO 2004b: 21

Wegen seiner besonderen Relevanz im Blick auf den Sozialraum Hochschule soll im Folgenden der Faktor „Stress am Arbeitsplatz“ herausgegriffen und näher betrachtet werden. Im Zuge der Automatisierung und Anwendung neuer Informationstechnologien einerseits und des Trends zur Dienstleistungsgesellschaft andererseits hat sich ein Wandel von Arbeit und Arbeitsbelastung vollzogen. Man spricht von einem Belastungsstrukturwandel, bei dem „die Probleme eindeutiger und direkter körperlicher Schädigung an Gewicht verlieren, jene der psychischen und sozialen Beeinträchtigung und deren somatische Konversion jedoch zunehmend bedeutsamer werden“ (Elkeles 2003: 654).

In diesem Zusammenhang ist auch das Arbeitsschutzverständnis in Bewegung geraten: Hauptaufgabe des Arbeitsschutzes war bisher die Abwehr traditioneller äußerer Gefahren (Strahlen, Giftstoffe etc.), mit der vor allem Sicherheitsingenieure und Arbeitsmediziner befasst waren. Durch den Wandel der Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt hin zu einer größeren Bedeutung psychosozialer Belastungen hat sich der Kreis der mit Fragen des Gesundheitsschutzes befassten Personen jedoch erweitert: Stressprävention gilt nicht länger als Aufgabe einzelner Experten, sondern liegt in der Verantwortung von Vorgesetzten, Betriebsräten und Arbeitnehmern. Maßnahmen der Stressprävention sollen in alle betrieblichen Entscheidungen einfließen und bei der Gestaltung und Planung von Investitionen berücksichtigt werden. Es gilt der Beteiligungsgrundsatz, das heißt, es sollen Kooperationsstrukturen aufgebaut werden, die die Einbindung und Aktivierung aller Betroffenen ermöglicht (vgl. Kuhn 2005).

Insgesamt hat mittlerweile „in die meisten arbeits- und organisationssoziologischen sowie –psychologischen Konzepte der Grundgedanke Eingang gefunden, dass der Zusammenhang von Arbeit und

Gesundheit durch Belastungen/Risiken einerseits und Ressourcen andererseits bestimmt wird“ (Elkeles 2003: 658). Wie eine Belastung beim einzelnen Menschen wirkt, hängt von dessen persönlicher Wahrnehmung und Bewertung der Belastung und seinen personalen und sozialen Ressourcen ab. „Diskrepanzen zwischen Handlungsanforderungen und -bedingungen in der (Arbeits-)Umwelt und den Zielen, Werten und Leistungsfähigkeiten einer Person sind nach dem Konzept des psychosozialen Stresses Bedingungen von pathogener Potenz“ (ebd.: 657).

Als psychisch belastend können sich am Arbeitsplatz insbesondere folgende Bedingungen auswirken:

- Termin- und Leistungsdruck,
- geringe Handlungsspielräume,
- Mobbing/Soziale Konflikte,
- Arbeitsanforderungen (Unterforderung, Überforderung),
- Bedingungen der Arbeitsorganisation,
- ungünstiges Arbeitsumfeld,
- Unsicherheit des Arbeitsplatzes

Die Aufzählung nennt nur die wichtigsten Faktoren (vgl. Bayerisches LGL 2007: 7, BMAS 2005: 24, Kuhn 2005). Fördernde Bedingungen sind nun mehr als das Gegenteil von Belastungsfaktoren, sie bergen vielmehr auch eigene Inhalte und Gestaltungsansätze in sich.

Als förderlich für die mentale Gesundheit gelten in der Arbeitswelt insbesondere folgende Bedingungen:

- Handlungsspielraum (Entscheidungsbefugnis),
- Durchschaubarkeit, klare Zielvorgaben,
- soziale Unterstützung, Abstimmung im Team,
- Lernen und Entwicklung,
- Abwechslung, Entfaltungsmöglichkeiten,
- Entspannungsmöglichkeiten bzw. ungestörtes Arbeiten,
- Anerkennung und
- Sicherheit.

Auch diese Aufzählung ist ergänzungsfähig, gibt aber die wichtigsten derzeit bekannten Einflussfaktoren wieder (vgl. Kuhn 2005). Die subjektive Wirkung der zunächst „neutralen“ Belastung wird als gesundheitsrelevante Beanspruchung bezeichnet (vgl. Nübling et al. 2005: 10).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Belastungsfaktoren und Belastungsfolgen sind derzeit zwei Hauptmodelle in den Arbeitswissenschaften führend: das ursprünglich von Karasek (vgl. Karasek 1979 und 1990) entwickelte „*demand control model*“, das später um die Dimension der sozialen Unterstützung zum „*demand control support model*“ erweitert wurde, und das „*effort reward imbalance model*“ von Siegrist (vgl. Siegrist 1996, Siegrist et al. 2004). Beide sind Basis umfangreicher empirischer Erhebungen und bestimmen als Theorie im Sinn der hypothesengestützten Forschung mit, welche Aspekte zu den relevanten psychischen Belastungen gezählt werden. Nach dem „*demand control model*“ ergeben sich Umfang und Intensität von Stressreaktionen bei der Arbeitstätigkeit aus dem Zusammentreffen von zwei entscheidenden Merkmalen, nämlich hohen Anforderungen in Verbindung mit geringen Entscheidungsspielräumen. In der erweiterten Version des Modells fließt die soziale Unterstützung als Komponente ein, die das Risiko einer psychischen Überbeanspruchung senkt. Das „*effort reward imbalance model*“ basiert auf Prinzipien des sozialen Austauschs und postuliert, dass ein Ungleichgewicht zwischen fortgesetzt hoher Verausgabung einerseits und nicht angemessen gewährter Belohnung andererseits fehlende Reziprozität repräsentiert und zu intensiven Stresserfahrungen führt.

In den letzten Jahren wurden verstärkt Anstrengungen unternommen, praxisorientierte und standardisierte Instrumente zur Erfassung und Bewertung der psychischen Belastungen im Arbeitsumfeld zu entwickeln und zu validieren (vgl. z. B. die „Toolbox“ von Richter et al. 2005 oder der „Copsoq-Frage-

bogen“ von Nübling et al. 2005). Neben dieser methodischen Herausforderung ist auch auf der Ebene der Theoriebildung noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Dabei ist es nötig, durch Korrelations- und Regressionsanalysen komplexen Zusammenhängen von externen Belastungseinflüssen und den Beanspruchungen der einzelnen Mitarbeiter auf die Spur zu kommen und dabei auch moderierende Variablen, z. B. persönliche Ressourcen, zu berücksichtigen. Für eine evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung ist jedenfalls eine Weiterentwicklung des Forschungsstandes in diesem Bereich unerlässlich.

Hemmende und fördernde Bedingungen für psychische Gesundheit wurden im vorangegangenen Abschnitt hauptsächlich im Bereich der Arbeitswelt und aus Sicht des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dargestellt. Trotz der Forderung nach partizipativen Strukturen und sozialer Unterstützung bleibt der Arbeits- und Gesundheitsschutz schwerpunktmäßig auf das Abwenden von Gefahren im Sinne der Senkung von Risiken und Belastungen ausgerichtet. Wie das nächste Kapitel zeigt, geht die – betriebliche oder auch allgemeine – Gesundheitsförderung konzeptuell einen Schritt weiter.

## 2 Hochschulen und Gesundheitsförderung

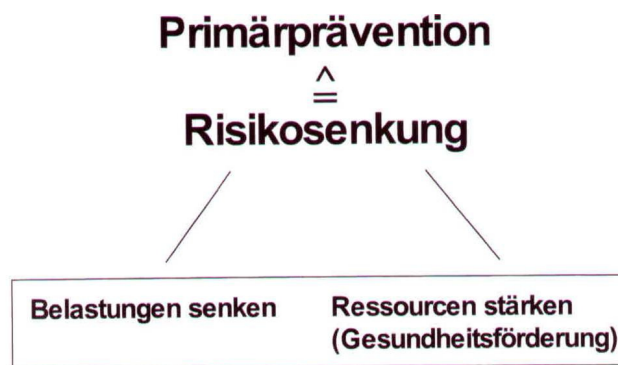
### 2.1 Gesundheitsförderung als Handlungsstrategie

Auf der Basis einer wissenschaftlichen Begriffsbestimmung sollen im Folgenden die Grundgedanken der Gesundheitsförderung näher erläutert werden. Zunächst sei aus der Fülle von ähnlichen Definitionen innerhalb der Gesundheitswissenschaften die Definition bei Laaser und Hurrelmann herausgegriffen:

„Gesundheitsförderung bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen. Dabei sind sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze angesprochen. Die Adressaten der Gesundheitsförderung sind nicht wie bei der Prävention Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung, vor allem auch die Gesunden. Ziel ist die Bewahrung von Gesundheit, die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen. In diesem Sinne schließt Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention ein. Dies gilt auch insofern als Gesundheitsförderung den Kompetenzbegriff und die Veränderung der Lebensbedingungen mit einschließt, also möglichst weitgehende Selbstbestimmung in einem günstigen sozialen Umfeld entsprechend dem WHO-Motto: ‚Make the healthier choice the easier one‘. Diese Ausrichtung wird im Rahmen der klassischen Präventionsterminologie auch als die ‚primordiale Prävention‘ bezeichnet“ (Laaser/Hurrelmann 2003: 395).

Rosenbrock sieht etwas modifiziert die Gesundheitsförderung als Teil der Primärprävention. Durch ihren Ansatz der Stärkung von Ressourcen trage sie, wie das folgende Schaubild zeigt, zur angestrebten Krankheitsrisikosenkung bei:

**Abb. 2:** Primärprävention



Quelle: Rosenbrock 2001: 758

Eine klare Abgrenzung der Gesundheitsförderung von der (Primär)prävention ist insofern schwierig und in der Praxis auch nicht zwingend erforderlich, da die beiden ohnehin nicht ganz trennscharfen Orientierungen bewusst zu kombinieren sind (vgl. Franzkowiak 2006: 20). Darüber hinaus hat Gesundheitsförderung als komplementäre Strategie aber auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention eine Berechtigung, zielt sie doch auf einen Gesundheitsgewinn bzw. die Vermeidung von Gesundheitsverlust durch eine Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit. Diese Ergänzung erscheint wichtig, um der Gefahr einer verkürzenden Einordnung in ein Stufensystem von Interventionen (im Sinne einer Reihenfolge Gesundheitsförderung – Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention) zu entgehen.

Sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung sind individuelle und strukturelle Aspekte zu berücksichtigen. Im Bereich der Prävention spricht man von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die einander ergänzen sollen. Auch die Gesundheitsförderung berücksichtigt beide Aspekte:

„Gesundheitsförderung definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Die strategischen Schlüsselpunkte sind Empowerment, d. h. die Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit, und Intersektoralität, d. h. die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen.“ (Kickbusch 2003: 182).

Bei den individuumsbezogenen Interventionen ist besonders darauf zu achten, dass Verhalten starken motivationalen und emotionalen Einflüssen unterliegt und deshalb neben rationaler Aufklärung vor allem auch Aktivitäten erforderlich sind, die über soziale Zugänge die Motivation beeinflussen und die Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten so verändern, dass ein gesundheitsgerechtes Verhalten zur nahe liegenderen Verhaltensalternative wird. Dies leitet zu den sozial-ökologischen Ansätzen über, die darauf abzielen, ganz allgemein die gesundheitsrelevanten Kontext- und Lebensbedingungen günstig zu beeinflussen. Hierzu gehören etwa der Zugang zu Bildung oder soziale Sicherungssysteme.

Da Gesundheitsförderung über institutionelle Grenzen hinweg angelegt ist, zielt sie auf eine gleichberechtigte und konstruktive Arbeitsteilung und eine Zusammenarbeit der Akteure auf mehreren Ebenen und über mehrere Berufsgruppen hinweg. Man spricht auch vom „Mehrebenenansatz der Gesundheitsförderung“ (Franzkowiak 2006: 19). Träger der Gesundheitsförderung können nicht nur professionelle Anbieter und Institutionen, sondern auch informelle Systeme sein. Es handelt sich also um ein breit angelegtes, weites Konzept vorbeugenden Arbeitens (vgl. Laaser/Hurrelmann 2003: 400). Diese intersektorale und multiprofessionelle Ausrichtung findet ihre Entsprechung in den angewandten Strategien und Methoden, die grundsätzlich partizipativ, lern- und entwicklungsorientiert sind (vgl. Brößkamp-Stone 2003: 244).

Der Gesundheitsförderung als Handlungsstrategie liegt das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky zugrunde (ausführliche Darstellung vgl. Bengel et al. 1998). Die salutogenetische Sichtweise stellt die Frage „Was erhält Menschen gesund?“. Das Kernstück des salutogenetischen Modells auf der individuellen Ebene ist der „Sense of Coherence“, der die Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben widerspiegelt. Der Kohärenzsinn ist konzipiert als vorwiegend in der Kindheit und Jugend entwickelte Persönlichkeitseigenschaft, die sich günstig auf die Bewältigung von Belastungssituationen auswirkt. Der Kohärenzsinn besteht aus folgenden drei Komponenten:

- dem Gefühl der Verstehbarkeit („Sense of Comprehensibility“), das die Fähigkeit zur kognitiven Einordnung der Lebensumstände beschreibt,
- dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit („Sense of Manageability“), das auch als instrumentelles Vertrauen oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezeichnet wird und
- dem Gefühl von Sinnhaftigkeit („Sense of Meaningfulness“), das die motivationale Komponente darstellt, also welcher Wert und Sinn dem Leben und seinen Anforderungen beigemessen wird.

Die aktuelle Forschung plädiert für eine Erweiterung des Konzepts. Bemängelt wird eine einseitige Reaktivität des Konstrukts, die aus der Herkunft des Modells aus der Stressforschung resultiert. Darüber hinaus sei aus heutiger Sicht zu ergänzen, dass das Kohärenzgefühl unter spätmodernen Bedingungen auch nach der Adoleszenz immer wieder neu hergestellt werden müsse. Auch berücksichtige das Modell zu wenig die Kontext- und Lebensbedingungen. So werden etwa in neueren Forschungsarbeiten sozialstrukturelle Ungleichheiten und populationsbezogene Faktoren wie das Sozialkapital stärker hervorgehoben. Festzuhalten bleibt, dass das Konzept der Salutogenese einen tragenden Pfeiler der Gesundheitswissenschaften darstellt, jedoch weitere Forschung sinnvoll erscheint, um eine bessere und aktuelle wissenschaftliche Fundierung für die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen (vgl. Franke 2006, Faltermaier 2000, Kroll/Lampert 2007).

## 2.2 Das Setting Hochschule

Hochschulen stellen einen Sozialisationsraum dar. In diesem Sinne tragen besonders die Studierenden die gesundheitsbezogenen Einstellungen und die Kultur einer Hochschule in andere Gesellschaftsbereiche hinein. Im Rahmen der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten des Lebenskontextes Hochschule und der Beziehungen zu externen Institutionen und Unternehmen tragen Hochschulen insgesamt eine hohe Verantwortung für die Art und Weise, wie Wissen produziert, weitergegeben und in die Gesellschaft hineingetragen wird. „Diesem Potential der Hochschulen für die Gesundheitsförderung wird europaweit und auch in Deutschland zunehmend Beachtung geschenkt“ (Stock et al. 2002: 171).

Seit 1997 sind, wie schon erwähnt, die Hochschulen in das „Gesunde Städte“-Projekt der WHO einbezogen. Freilich gibt es dennoch kein einheitliches „erprobtes Programm“, nach dem sich Gesundheitsförderung an Hochschulen implementieren ließe. Zwar gibt es in zahlreichen Publikationen und Dokumentationen niedergelegte Empfehlungen (vgl. z. B. Krämer et al. 2007, Faller/Schnabel 2006, Sonntag et al. 2000b), die tatsächliche Umsetzung hat sich jedoch an der Ausgangssituation der jeweiligen Hochschule zu orientieren. Da Hochschulen Bildungsinstitution und Unternehmen zugleich sind, müssen Studierende, Lehrende und nichtwissenschaftlich Beschäftigte als Statusgruppen berücksichtigt werden.

Die beiden zentralen Fragestellungen lauten dabei:

- Welches sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen an der Hochschule?
- Wie wird Gesundheit im Setting Hochschule hergestellt und aufrechterhalten?

Ziel ist immer, eine strukturelle, aber auch individuelle Förderung von Gesundheit im Lebensraum Hochschule zu ermöglichen. Eine besondere Herausforderung stellt hierbei aus Expertensicht die strukturelle Seite dar, die auf Organisationsentwicklungsprozesse zielt: „The main challenge and goal of the health-promoting university is to integrate health into the culture, structures and processes of the university (...) that organizational development requires time, energy, commitment and skills“ (Tsouros 2000: 17). Dabei kann einerseits auf Erfahrungen im Bereich der Schulen zurückgegriffen werden, die als Bildungseinrichtungen Parallelen zu den Hochschulen aufweisen, andererseits können auch Bausteine des betrieblichen Gesundheitsmanagements Eingang in das Konzept der gesundheitsförderlichen Hochschule finden, da diese auch den Arbeitsplatz für viele Beschäftigte darstellt. Aufgrund des mehrdimensionalen Auftrags der Hochschulen und der damit verbundenen Komplexität an Akteurs- und Zielgruppen dürfen diese jedoch nicht unreflektiert übertragen werden und müssen in jedem Fall an die spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Hochschule adaptiert ein.

### Individuelle Aspekte

Dem Aufbau personaler Ressourcen, insbesondere für die mentale Gesundheit, dienen einerseits konkrete Beratungsangebote für die Studierenden (wie Studienberatung, Coaching, Workshops etc.). Sie können zum Beispiel Stressmanagementkompetenzen vermitteln und den Umgang mit belastenden Ereignissen oder Prüfungen erleichtern (vgl. Deutsches Studentenwerk 2006: 10, 16, 23). Für die Beschäftigten können entsprechend Fortbildungsmaßnahmen oder Schulungen den Aufbau individueller Kompetenzen fördern. Auch Sprechstunden der Frauen-, Behinderten- bzw. Gleichstellungsbeauftragten gehören zu diesem Bereich und dienen insbesondere dem Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, einem expliziten Ziel der Gesundheitsförderung. Andererseits zählen auch (Gruppen-)Angebote in Bezug auf Bewegung, Entspannung und Ernährung zu den auf das Individuum abzielenden Aktivitäten, die sich mittelbar ebenfalls auf die psychische Gesundheit auswirken können.

### Strukturelle Aspekte

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass ein an der Organisationsentwicklung ansetzender struktureller Gesundheitsförderungsprozess im Setting Hochschule sowohl „top down“ wie

auch „bottom up“ verwirklicht werden muss (vgl. Faller 2007: 133). Das bedeutet, dass einerseits die Entscheidungsträger, also die Hochschulleitung mit den entsprechenden Gremien (Hochschulrat, Senat) eine entsprechende Willenserklärung abgeben müssen. Neben der Sicherstellung einer hohen Ausbildungs- und Forschungsqualität sollte auch die Gesundheitsförderung als „Unternehmensziel“ definiert werden – sei es nun aus Image-, Strategie- oder sonstigen Gründen. Andererseits ist es erforderlich, dass alle Gruppen im Setting aktiv an diesem Prozess partizipieren. Nicht nur die ohnehin mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz beauftragten Personen, sondern alle Gruppen sollen in einen sinnvollen und nachhaltigen Dialog gebracht werden.

Immer wird Gesundheitsförderung in diesem Sinn nicht als Ergebnis, sondern als Prozess verstanden, der sich im Idealfall verstetigt und dauerhaft dazu beiträgt, dass das Setting sich positiv auf die Gesundheit der in ihm lebenden Menschen auswirkt. Auf der global-normativen Ebene ist eine Verankerung der Gesundheitsförderung im Leitbild anzustreben, soll das Anliegen auch auf der strategischen und operativen Ebene ernst genommen werden. Kontakte zu externen Kooperationspartnern können eine sinnvolle Ergänzung darstellen, die dem Prozess die notwendige Verbindlichkeit verleiht (vgl. Schmutznig 2001: 1f). Für die praktische Umsetzung werden vielfach Projekt- oder Steuerungsgruppen bzw. Gesundheitszirkel auf verschiedenen Ebenen eingesetzt, jedoch sind in jedem Fall gewachsene Strukturen und bereits bestehende Aktivitäten zu berücksichtigen (vgl. Wienemann 2006: 182f). Gesundheitsförderung in diesem umfassenden strukturellen Sinn wird auch – von der betrieblichen Gesundheitsförderung her kommend – als „Gesundheitsmanagement“ bezeichnet: „Nicht die Modifikation von ‚Verhalten‘ oder das ‚Durchziehen‘ einzelner Programme oder Projekte, sondern die Institutionalisierung, d. h. die feste Verankerung von Gesundheitsmanagement in den Betriebsroutinen und die Systematisierung der Vorgehensweise im Sinne eines sich kontinuierlich selbst beobachtenden, lernenden Systems stehen hier im Vordergrund“ (Badura/Hehlmann 2003: 70). Dabei sollen die Interventionen gezielt aufgrund einer Bestandsaufnahme bzw. Bedarfserhebung erfolgen (vgl. Wienemann 2006: 184 f).

Anzustreben ist eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung, für die entsprechende Indikatoren festgelegt werden müssen (vgl. Franzkowiak 2000: 72f). In Bezug auf die Evaluation struktureller Maßnahmen erweist sich grundsätzlich die Komplexität von Settings und der erst langfristig zu erwartende Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen als problematisch. Eine gute Möglichkeit, Status quo und Entwicklungen zu visualisieren, bieten Netzdiagramme auf der Basis eines Kriterienkataloges mit entsprechend operationalisierten Messvariablen zu den jeweiligen Kategorien (z. B. Führungsverhalten, interne Kommunikation, Image- und Öffentlichkeitsarbeit usw.) (vgl. Faller/Schnabel 2006a: 223).

Innerhalb eines Qualitätsmanagementprozesses sollten die Qualitätskriterien nach einem Diskurs der beteiligten Akteursgruppen im Setting möglichst konsensuell festgelegt werden. Die Kriterien haben sich dabei an den Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit, der Effektkongruenz (zu den originären Zielen der Organisation), der Nachhaltigkeit und der Sachangemessenheit zu orientieren, wobei jeweils drei Perspektiven - Experten, Entscheidungsträger, Stakeholder (Beschäftigte, Studierende) – einzubeziehen sind (vgl. Faller 2007: 125).

### **Hochschulstatusgruppen und mentale Gesundheit**

Die Studierenden, die Beschäftigten im Bereich von Verwaltung und Technik sowie das wissenschaftliche Personal bilden die drei Statusgruppen im Setting Hochschule, die jeweils eigene gesundheitliche Belastungen und Ressourcen aufweisen. Ebenso wie für die Gesamtbevölkerung existiert freilich auch für die Menschen im Setting Hochschule wenig aussagekräftiges Datenmaterial im Hinblick auf deren mentalen Gesundheitsstatus.

Vereinzelte Studien befassen sich mit teilweise speziellen Fragestellungen und basieren durchweg auf der subjektiven Selbsteinschätzung der Befragten. Dennoch sollen im Folgenden die für die Gesundheitsförderung relevanten Aspekte angerissen werden, soweit deren Repräsentativität plausibel erscheint. Für die zahlenmäßig mit Abstand stärkste Gruppe der Studierenden liegen, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, am ehesten aktuelle und aussagekräftige Daten vor.

## Studierende

An der Universität Bielefeld wird in Kooperation mit der Techniker-Krankenkasse und der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Studienprojekts seit 2005 an einem umfassenden Gesundheitssurvey für die Studierenden in Nordrhein-Westfalen gearbeitet. Die Ergebnisse werden fortlaufend veröffentlicht. Demnach leidet ein hoher Prozentsatz der Studierenden an Fachhochschulen „oft bis sehr oft“ an neuro-vegetativen Beschwerden wie Konzentrationsschwierigkeiten (43,8%) Nervosität und Unruhe (38,6%), Kopfschmerzen (29,9%) oder auch Stimmungsschwankungen (28,9%) und Schlafstörungen (27,9%) (vgl. Tuschinske et al. 2007: 360). Auch die in hohem Maß mit psychischen Belastungen assoziierten Rücken- bzw. Schulter- und Nackenschmerzen spielten eine große Rolle bei den Angaben zum Gesundheitszustand. Die Autoren der Studie leiten die Schlussfolgerung ab, dass gegenüber einer in der Vergangenheit durchgeführten Befragung die Prävalenz psychischer Beschwerden zugenommen habe. Den Ursachen dafür müsse nachgegangen werden, um adäquate individuelle und strukturelle Interventionen zur Vermeidung eines weiteren Anstiegs der Krankheitslast initiieren zu können (vgl. ebd.: 361).

Vorausgegangen waren hochschulinterne Gesundheitssurveys der Universität Bielefeld im Wintersemester 1995/96 (Baseline) bzw. 1997/98 (Follow up) und im Sommersemester 2005, die auch mit Erhebungen an kooperierenden Universitäten im europäischen Ausland verglichen wurden (vgl. Meier et al. 2007: 29f). Die ersten Bielefelder Surveys zeigten als allgemeine Erkenntnis, dass Studierende über hohe Gesundheitspotenziale und ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein verfügten, teilweise aber auch hohe Gesundheitsrisiken eingehen und ein mangelhaftes Präventionsverhalten aufweisen – so treiben Studierende zum Beispiel mehr Sport als die Allgemeinbevölkerung, konsumieren aber auch häufig Drogen (Alkohol, illegale Drogen, Rauchen) und achten teilweise wenig auf ihre Ernährung. Dabei ergaben sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede, die auch in Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssten (vgl. Allgöwer et al. 2000: 111f).

In Bezug auf mentale Gesundheit lässt sich aus diesen Untersuchungen ableiten, dass zwar eine Mehrheit der befragten Bielefelder Studenten (80%) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ bezeichneten, jedoch häufig unter mit psychischen Belastungen assoziierten Beschwerden litten (Meier et al. 2007: 32). Die Längsschnittuntersuchung zeigte dabei, dass sich das physische Befinden im Studienverlauf nicht verändert, während die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden vor allem am Anfang des Studiums gefährdet sind und sich gegen Ende häufig wieder deutlich verschlechtern (vgl. Stock/Krämer 2001: 56f).

Zusätzlich ergab sich bei der Analyse der Daten, dass das männliche Geschlecht konsistent mit einer geringeren Beschwerdeausprägung assoziiert war als das weibliche Geschlecht. Auch klagten ausländische Studierende häufiger über Beschwerden als ihre deutschen Kommilitonen (Krämer et al. 2000: 123). Psychosozialer Stress stellte sich durchgängig als Risikofaktor für das Auftreten von Beschwerden dar (Meier et al. 2007: 33): „Insbesondere die Assoziation zu Beschwerden mit psychischem Stress sollte Anlass geben, die Determinanten für Gesundheit im Setting Hochschule genauer zu untersuchen und entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen, Politiken und Praktiken zu entwickeln. (ebd.: 37). Parallele Aussagen finden sich in der Schweizer Studie von Brunner und Bachmann: Neben den ebenfalls auftretenden geschlechtsspezifischen Unterschieden und den Veränderungen im Studienverlauf werden außerdem auch Zusammenhänge zwischen der gewählten Studienrichtung und dem Grad der Ausprägung von Befindlichkeitsstörungen aufgezeigt (vgl. Brunner/Bachmann 1999a: 82).

Auch eine Studie unter schwedischen Studienanfängern ist beachtenswert: Ergänzend zu den anderen Studien ist hier die Aussage von Interesse, dass nach den Angaben der Befragten eine gute Lebensqualität mehr mit der mentalen Gesundheit als mit der körperlichen Gesundheit assoziiert ist (vgl. Vaez/Laflamme 2003: 160f). Bedeutsam erscheint ebenfalls eine Folgestudie, nach der Studierende ihre Lebensqualität und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als ihre arbeitenden Altersgenossen (vgl. Vaez et al. 2004: 232). Freilich bliebe es der weiteren Forschung hierzulande vorbehalten, diese Aussagen zu bestätigen und zu aktualisieren.

Zusammenfassend und die verschiedenen Einzelergebnisse vorsichtig verallgemeinernd, kann gesagt werden, dass trotz eines insgesamt eher guten subjektiven Gesundheitszustands der Studierenden die mentalen Belastungen eines Studiums dennoch erheblich sind und nicht nur kleine, besonders vulnerable Randgruppen betreffen. Dies zeigt sich auch in Überblicksartikeln und Statements von langjährigen Mitarbeitern in der Studienberatung (vgl. Knigge-Illner 2002: 46): Als klassische Probleme des Studien-



alltags, die sich auf die mentale Gesundheit der Studierenden und insbesondere auch auf ihre Persönlichkeitsentwicklung auswirken, dominieren in den Beratungsstellen Lern- und Leistungsstörungen, Motivations- und Entscheidungsprobleme sowie Prüfungsängste. Danach folgen primär personenbezogene Probleme wie depressive Störungen, Beziehungsprobleme und Selbstwertprobleme.

Die Herausforderung in der Beratung besteht grundsätzlich immer wieder darin, die Anforderungen des Studiums mit den psychosozialen Voraussetzungen, die die Studierenden mitbringen, in Balance zu bringen. Angesichts wiederholter Auftretenshäufigkeiten bestimmter Probleme (z. B. Lern- und Leistungsstörungen) und einem allgemein hohen Verbreitungsgrad psychischer Beeinträchtigungen liegt der Eindruck nahe, dass auch institutionelle Bedingungen eine wichtige Teilursache darstellen. Insgesamt nimmt die Nachfrage nach Beratungsleistungen tendenziell weiter zu, wobei deutlich mehr weibliche als männliche Studierende Beratung in Anspruch nehmen (vgl. ebd.: 49f). Als Konsequenz aus den auftretenden Problemen und den neuen Anforderungen durch verkürzte Studienzeiten fordern erfahrene Studienberater einen Ausbau von Coaching- und Selbstmanagement-Angeboten sowie niedrigschwelliger Gruppenangebote (vgl. Rückert 2006).

Neben den Erkenntnissen aus den Befragungen zum individuellen Gesundheitszustand ist insbesondere auch eine aus dem Bielefelder Gesundheitssurvey hervorgegangene Analyse zu den gesundheitsrelevanten strukturellen Bedingungen aus der Sicht von Studierenden interessant. Hierbei ergaben sich die größten Beeinträchtigungen für Studierende durch fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Hektik und Zeitstress, Lärm und Reizüberflutung bzw. Kommunikationsstress. Dennoch haben insgesamt die meisten Studierenden auch Freude am Studium und nehmen die Hochschulen als anregendes, identitätsbildendes Umfeld wahr (vgl. Stock et al. 2002: 174).

Als weitere Quelle bietet schließlich auch die 18. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerks aktuelle Daten zur sozialen und wirtschaftlichen Situation von Studierenden in Deutschland. Aufschlussreich in unserem Zusammenhang sind insbesondere Auswertungen zum Beratungsbedarf von Studierenden, der auf die Problemfelder von Studierenden hinweist (vgl. Isserstedt et al. 2007: 42). Die Ergebnisse stützen die vorher genannten Statements der Studienberater. Andererseits sind auch die Auswertungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Studenten von Interesse: Gegenüber dem Jahr 2000 ist der Anteil Studierender, die sich eine „gesundheitliche Schädigung oder Beeinträchtigung“ zuschreiben, von 15 auf 19% angestiegen (vgl. ebd.: 40). Allerdings resultiert für 56% dieser Personen daraus keine Studienbeeinträchtigung.

In Bezug auf psychische Erkrankungen stellt sich die Situation noch einmal anders dar: Von den Studierenden mit gesundheitlicher Einschränkung sind dies 9 % der männlichen und 12% der weiblichen Studenten, die sich eine psychische Erkrankung attestieren. Fast alle dieser Personen (91% !) fühlen sich dadurch im Studium beeinträchtigt (vgl. ebd.: 41). Schließlich sei auch noch eine weitere interessante Auswertung herausgegriffen: Die in den letzten Sozialerhebungen beobachtete Zunahme der Erwerbstätigkeit von Studierenden ist zuletzt wieder rückläufig (vgl. ebd.: 32). Dies könnte eine Auswirkung der beginnenden Studienverdichtung in den neuen Studiengängen sein. Für eine Analyse dieser Zusammenhänge und ihrer Auswirkung auf die mentale Gesundheit von Studierenden ist auch hier weitere Forschung notwendig.

### **Wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal**

Zugängliche Studien zu Arbeitsmerkmalen und zum Gesundheitsstatus der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Hochschulen differieren in Zielen, Inhalt, theoretischen Ansätzen und Methodik sehr stark. Die von einigen deutschen Hochschulen durchgeführten Mitarbeiterbefragungen sind zudem wegen geringer Rücklaufquoten wenig repräsentativ und insofern nur bedingt belastbar (vgl. Metz et al. 2006, Überblick bei Hildebrand et al. 2007). Dennoch sind einige grundsätzliche Trends erkennbar. Ähnlich wie bei den Studierenden bezeichnen die meisten Beschäftigten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ (ca. 70%), berichten aber häufig von (psycho-)somatischen Beschwerden und bejahen teilweise einen Zusammenhang mit ihren Arbeitsbedingungen (vgl. Hildebrand et al. 2007: 13f).

Ressourcen für Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden sehen die Beschäftigten in Faktoren wie

- Betriebs-/Sozialklima,
- soziale Unterstützung,
- Tätigkeits- und Entscheidungsspielräume und
- Abwechslung der Arbeitstätigkeit (vgl. Hildebrand 2007: 16).

Die angegebenen Belastungen waren insbesondere

- unzureichende Arbeitsplatzausstattung und Umgebung,
- unklare bzw. unangemessene Leistungsanforderungen,
- fehlende Transparenz der Organisation oder des Informationsflusses,
- fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeitsanforderungen,
- unzureichende Rollenerfüllung (z.B. schlechte Lehrqualität oder schlechter Führungsstil),
- fehlende Selbstgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten,
- fehlende Möglichkeiten zu sozialen Kontakten (vgl. Hildebrand 2007: 22).

Dabei lassen sich für das Lehrpersonal und die wissenschaftlich Beschäftigten unabhängig von der Uneinheitlichkeit der wenigen empirischen Erhebungen einige Besonderheiten feststellen: Insgesamt bescheinigt sich das wissenschaftliche Personal selbst einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand und ein hohes Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Experten äußern jedoch Zweifel an der objektiven Richtigkeit dieser Selbstzuschreibung, da das wissenschaftliche Personal tendenziell zu Selbstdisziplin und Durchhaltevermögen bis hin zur Selbstüberforderung neige (vgl. Schnabel 2007: 42f). Freilich gibt es innerhalb der Wissenschaftler Gruppen, die auch in den Erhebungen signifikant unzufriedener sind. Es sind dies vor allem Frauen und jüngere wissenschaftlich Beschäftigte in starken Abhängigkeitsverhältnissen, mit befristeten Stellen und mangelndem Gratifikationserleben (vgl. ebd.: 44f). So ergibt sich für die Situation der Wissenschaftler ein äußerst heterogenes Bild.

Bisherige Studien weisen dementsprechend darauf hin, dass die Differenzen innerhalb dieser Gruppe zum Teil größer zu sein scheinen als zwischen Akademikern und Beschäftigten in Verwaltung bzw. Technik (vgl. Donders et al. 2003: 611f). Eine ausführliche Beschreibung der bisherigen Erkenntnisse und Rahmenbedingungen findet sich bei Faller und Schnabel (Faller 2006a und 2006b, Schnabel 2006 und 2007). Prognostiziert wird im Zuge der Reformprozesse an den Hochschulen tendenziell eine Belastungszunahme für die Gruppe der Wissenschaftler. Als Konsequenz aus der sich darstellenden Situation werden Konzeptideen zu einer an Zielgruppen orientierten und modular aufgebauten integrierten Gesundheitspolitik für wissenschaftlich Arbeitende entwickelt (vgl. Schnabel 2006: 148f).

Die empirischen Erhebungen bei Beschäftigten in Verwaltung und Technik deuten darauf hin, dass vor allem intransparente Strukturen, geringe Handlungsspielräume bzw. Einflussmöglichkeiten und oft auch unzureichende Anerkennung der geleisteten Arbeit besonders belastende Faktoren darstellen. Dabei ist zu bedenken, dass es auch beim Personal in Verwaltung und Technik höchst unterschiedliche Arbeitsplätze gibt, so dass die allgemeinen Aussagen zu Belastungen und Ressourcen nicht für jeden Einzelfall zutreffen können (vgl. Faller 2006a: 38). Als problematisch wird insbesondere die derzeitige Tendenz der Hochschulen zur Personalreduktion erlebt, die mit Arbeitsverdichtung, Angst vor Arbeitsplatzverlust und Umstrukturierung einhergeht und insofern auch soziale Konflikte nach sich zieht (vgl. Faller 2006a: 39). Aus den Hauptbelastungsmomenten ergeben sich die Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung der nichtwissenschaftlich Beschäftigten, wobei eine der zentralen Herausforderungen darin bestehen dürfte, Anknüpfungspunkte für mehr Partizipationsmöglichkeiten dieser Gruppe zu schaffen (vgl. Faller 2006a: 41).

Die psychosoziale Gesundheit der Beschäftigten im Setting Hochschule wurde auch im Rahmen einer Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen im Februar 2007 thematisiert. Ebenso wie beim Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen beteiligt sich die Techniker Krankenkasse auch in diesem Bereich an Pilotprojekten einiger Hochschulen, die als Beispiele guter Praxis vorgestellt wurden (vgl. Voermans 2007).

## 2.3 Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Laut Statistischem Bundesamt besteht die deutsche Hochschullandschaft derzeit aus 383 staatlich anerkannten Hochschulen mit knapp zwei Millionen Studenten und circa 0,5 Millionen Beschäftigten, von denen etwa die Hälfte im wissenschaftlichen Bereich tätig ist ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)). Obwohl Hochschulen also Arbeits- und Lebenswelt für eine bedeutende Zahl von Menschen sind, ist die leistungs- und gesundheitsförderliche Gestaltung dieses Hochschulraumes erst neuerdings in den Fokus der Gesundheitswissenschaften geraten. In den unterschiedlichsten Ausprägungen versuchen einige deutsche Hochschulen in den letzten Jahren, die Gesundheitsförderung in ihren Organisationen voranzubringen. Eine Vielzahl heterogener Projekte – zum Beispiel an den Hochschulen in Magdeburg, Karlsruhe, Oldenburg, Bielefeld, Potsdam, Freiburg, Paderborn, Hannover, Lüneburg oder Wuppertal – ist mittlerweile in der Literatur gut dokumentiert (vgl. Büthe 2005, Unnold 2005, Wieland et al. 2005; Faller/Schnabel 2006a und Krämer et al. 2007 als Übersichtswerke). Die Ergebnisse der in 2007 durchgeführten Freiburger Studie bieten eine gelungene Zusammenführung des aktuellen Kenntnisstandes zum Thema Gesundheitsförderung an Hochschulen mit einer explorativen, anwendungsorientierten Pilotstudie zu den Gegebenheiten an der dortigen Universität (vgl. Lincke/Stößel 2007 bzw. Stößel et al. 2007).

Immer wieder wird im Bereich der Gesundheitsförderung die Bedeutung einer „Netzwerk-Infrastruktur“ hervorgehoben (vgl. Brößkamp-Stone 2003: 245f). Während es auf europäischer Ebene noch an einer Vernetzung der Hochschulen fehlt, nimmt Deutschland in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle ein (vgl. Gräser et al. 2007: 181): Mit dem „Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH)“ besteht nun schon seit 1995 ein bundesweites Forum, in dem Personen – es besteht keine institutionelle, sondern eine individuelle Mitgliedschaft – aus mehr als 60 Hochschulen und anderen mit dem Thema befassten Institutionen organisiert sind.

Der Arbeitskreis sieht seine Hauptaufgaben im Informations- und Erfahrungsaustausch (es finden regelmäßig Fachtagungen statt), in der Vernetzung der Hochschulen und in der Impulsgebung und Sensibilisierung für aktuelle Themen. Zur Begleitung und Unterstützung der Arbeit konnten unter anderem die Techniker Krankenkasse und die Landesunfallkassen Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen gewonnen werden. Der Arbeitskreis hat auch Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule formuliert und 2005 im Rahmen einer Tagung zum zehnjährigen Bestehen des Arbeitskreises verabschiedet (Gräser et al. 2007: 173). Parallel zu diesem Kriterienkatalog hat die Forschungsgruppe um Schnabel zwölf Leitlinien für ein integriertes Gesundheitsmanagement „in und mit Hochschulen“ vorgelegt (vgl. Drescher et al. 2006: 227f). Dabei handelt es sich um perspektivische Leitlinien, die auf die Situation der jeweiligen Hochschule herunterzubrechen sind und die an die bestehenden Strukturen anknüpfen sollen.

Auf Landesebene gibt es häufig ebenfalls eine Vernetzung der Hochschulen. In Bayern haben sich im Jahr 2004 mit der Gründung der „Bayerischen Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ alle neun staatlichen Universitäten in Bayern sowie eine kirchliche Universität zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das seit 2005 auch Fachhochschulen offen steht. Im Gegensatz zum bundesweiten Arbeitskreis stellt das bayerische Modell eine Kooperation der Einrichtungen dar (es besteht eine institutionelle Mitgliedschaft), die durch jeweils eine oder mehrere Ansprechpersonen vertreten werden. Zwei Mal jährlich finden Treffen statt, die ebenfalls dem Erfahrungsaustausch, der Information und der Weiterbildung dienen.

Durch Bündelung und Koordination bestehender Aktivitäten sollen darüber hinaus Synergieeffekte genutzt und Projekte angestoßen werden, um den Erfolg durch das gemeinsame Vorgehen zu steigern. So fand beispielsweise im Jahr 2005 der 1. bayernweite Aktionstag „Gesunde Hochschule“ statt, an dem sich fast alle Universitäten beteiligten. Schließlich soll auch gegenseitige Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Qualität der hochschulbezogenen Strukturen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung geleistet werden. Über eine Formulierung von bayerischen Standards in diesem Bereich ist bereits nachgedacht worden. Der Vorbehalt, dass die für dieses Anliegen notwendigen konzeptionellen, finanziellen oder personellen Ressourcen bei einer der teilnehmenden Hochschulen nicht ausreichen könnten, wurde ausgeräumt mit dem Hinweis, dass entsprechende Unterstützung bei den Ministerien gemeinsam mit größerem Nachdruck erbeten werden könnte (vgl. Beck-Dossler 2007: 199).

Nicht unerwähnt bleiben soll der von der Fachhochschule Magdeburg-Stendal ins Leben gerufene Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“, der sich für eine – auch der Allgemeinheit zugängliche –

demokratische Verbreitung von Wissen über das Gesundheitswesen und gesundheitswissenschaftliche Themen engagiert. Im Internet wird Studienmaterial zur Verfügung gestellt und zusammen mit den beteiligten Hochschulen an der Weiterentwicklung der Studienangebote im Gesundheitsbereich gearbeitet. Insofern setzt der Verbund insbesondere an der inzwischen empirisch gut bestätigten Tatsache an, dass gesundheitliche Ungleichheit stark durch soziale Ungleichheit (Beruf, Bildung, Einkommen) bestimmt wird. Er folgt der Logik, dass gleiche Gesundheitschancen hergestellt werden, indem die Bildungsmöglichkeiten allgemein zugänglich sind ([www.hochges.de](http://www.hochges.de)).

## 3 Untersuchungsmethode

Zur Beantwortung der in der Einführung genannten Fragestellung wurden eine Dokumentenanalyse (einschließlich Internetrecherche) und Experteninterviews mit fünf Schlüsselpersonen als Forschungsmethode ausgewählt. Der Methodenmix ermöglichte die zusammenführende Auswertung von Informationen, die die Hochschule unspezifisch nach außen weitergibt, und solchen, die gezielt unter der Maßgabe des Themas dieser Arbeit reaktiv in Form einer Befragung als Daten erhoben wurden. Der Expertenbefragung kommt in der Auswertung und Ergebnisdarstellung das etwas größere Gewicht zu, da sie die substanziiell dichteren, spezifischeren Daten für die Beantwortung der Forschungsfrage lieferte.

### 3.1 Internetrecherche und Dokumentenanalyse

Bei den ausgewerteten Internetseiten und Dokumenten ist aus quellenkritischer Sicht eine Einschränkung vorzunehmen: Einerseits konnten die Texte zwar in einem nicht reaktiven Verfahren (vgl. Pfaff/Bentz 2003: 431) als Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden, andererseits handelte es sich dennoch zu einem großen Teil um Informationen, die gezielt nach außen gegeben wurden, um ein bestimmtes Bild der Hochschule in der Öffentlichkeit zu erzeugen. Jedenfalls aber vermitteln Dokumente ein authentisches Bild über die tatsächlich praktizierte Selbst- und Außen-darstellung der Organisation und ihrer Akteure und lassen insofern eine Analyse der offiziellen formalen Handlungen des sozialen Systems zu. Die Dokumentenanalyse als „das klassische Instrument der Organisationsdiagnose“ (ebd.: 430) bot sich insofern als Ergänzung zur Expertenbefragung an. Die zur Auswertung herangezogenen Dokumente finden sich auf der Dokumentenliste am Ende des Literaturverzeichnis.

### 3.2 Teilstandardisiertes Leitfadenterview mit Schlüsselpersonen

Für die teilstandardisierten Leitfadenterviews wurden fünf Schlüsselpersonen in Bezug auf das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung an der Hochschule ausgewählt und nach ihrer jeweiligen Sicht befragt. Ziel war, ihr Expertenwissen in der Institution Hochschule München zum Thema (mentale) Gesundheit und Gesundheitsförderung zu erfragen. Das Forschungsinteresse richtete sich also weniger an die Person als an deren Expertenrolle (vgl. Flick 2005: 190f und Meuser/Nagel 2005: 74). Die Interviews werden entsprechend der gewählten Erhebungsmethode lediglich einer Inhaltsanalyse (keiner Sprachanalyse) unterzogen.

Aufgrund ihrer Schlüsselfunktion für das Thema Gesundheit im Setting wurden folgende Personen für die Experteninterviews ausgewählt:

- der Kanzler der Hochschule (dem Leitungsgremium der Hochschule angehörend und an der Spitze der Verwaltung stehend),
- eine Sachbearbeiterin der Personalabteilung, zu deren Tätigkeitsfeld auch der Bereich Gesundheit/Gesundheitsförderung gehört,
- die Betriebsärztin (einem externen Institut angehörend, das für die Hochschule den Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes abdeckt),
- der Personalratsvorsitzende und
- die Leiterin der Studienberatung an der Hochschule.

Das Sampling wurde vorab in dieser Form festgelegt, da zu erwarten war, dass die Fragestellung der Untersuchung mit der Befragung dieser Personen beantwortet werden kann (vgl. Flick 2005: 114). Hauptkriterium war eine möglichst große Variationsbreite des Expertenwissens im Setting. Nachdem alle fünf Personen befragt worden waren, ergab sich tatsächlich auch der Eindruck einer theoretischen Sättigung der Erkenntnisse im Rahmen einer explorativen Annäherung an den Untersuchungsgegenstand. Insofern

sind letztlich auch die Anforderungen eines theoretischen Samplings im Sinne von Glaser und Strauss (1967/1998: 69) erfüllt.

Alle fünf Interviews wurden Ende Oktober 2007 geführt. Zunächst war der Interviewleitfaden festzulegen. Er diente der thematischen Vergleichbarkeit der Aussagen und sollte deshalb einerseits eine Struktur vorgeben, andererseits aber auch eine offene Antwortdimension ermöglichen. Die maximale Interviewdauer sollte wegen der begrenzten Zeitkapazität der Befragten 30 Minuten möglichst nicht überschreiten. Unter Berücksichtigung dieser Vorgabe wurden auf der Grundlage der Forschungsfragestellung vier Hauptfragen generiert und die Anforderungen an leitfadengestützte Interviews, die Jochen Gläser und Grit Laudel formulierten, abgestimmt (Gläser/Laudel 2004: 112). Die vier Hauptfragen zu den Punkten Selbstdarstellung, Problembewusstsein (im Hinblick auf den Gesundheitsstatus an der Hochschule), bisherige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Zukunftsvorstellungen wurden durch jeweils drei Unterfragen als strukturierte Nachfragemöglichkeiten ergänzt:

## **Leitfaden für die qualitative Interviewstudie bei Schlüsselpersonen**

### **1. Selbstdarstellung**

Bitte schildern Sie in wenigen Worten, was Ihre Stelle ausmacht und welche formale Position Sie innerhalb der Hochschule einnehmen!

- Was sind die Aufgaben, Ziele und Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit?
- Mit wem arbeiten Sie zusammen? Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit?
- Wo sehen Sie selbst besondere Herausforderungen Ihrer Position?
- (Wo sehen Sie ihre Funktion im Hinblick auf (betriebliche) Gesundheitsförderung?)

### **2. Problembewusstsein**

Wie ist es Ihrer Meinung nach um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen an der Hochschule bestellt (Studenten, Wissenschaftler, Personal in Verwaltung und Technik)?

- Mit welchen Problemen haben Studierende und Beschäftigte zu kämpfen?
- Wie steht es um die psychische Gesundheit der Menschen an der Hochschule?
- Wie wirkt sich das auf die Leistungsfähigkeit der Hochschule insgesamt aus?

### **3. Bisherige Interventionen**

Welche Maßnahmen wurden bisher getroffen, um die Gesundheit der Menschen an der Hochschule zu unterstützen?

- Wo sehen Sie bisherige Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung?
- Wo wurden speziell Maßnahmen für die psychische Gesundheit eingeleitet (einschließlich Sucht)?
- Welche Rolle kam / kommt Ihnen selbst dabei zu?

### **4. Ausblick**

Was erwarten Sie für die Zukunft?

- Wo besteht Ihrer Meinung nach der größte Handlungsbedarf, was müsste sich verändern?
- Welche gesundheitlichen Folgen hätte eine solche Veränderung für die Beschäftigten und Studierenden?
- Was wäre insgesamt wünschenswert? (Interview 1 und 2) / Wie würde eine „Gesundheitsfördernde Hochschule München“ aussehen? (Interview 3, 4 und 5)
- Was wären die nächsten konkreten Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach eingeleitet werden müssten?

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert. Die Auswertung wurde an die jeweilige Erhebungsmethode angepasst und in die Erkenntnisse aus beiden Methoden in der Ergebnisdarstellung zusammengeführt.

Die Kriterien für das Extrahieren relevanter Informationen resultieren aus den theoretischen Vorüberlegungen und lehnen sich an die von Franzkowiak benannten Kategorien für eine Gesundheitsberichterstattung an:

**Tab. 2:** Vorschlag für eine Gliederungssystematik für einen Hochschulgesundheitsbericht (modifiziert nach Franzkowiak 2000)

<b>GBE-Bereiche</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Ableitungen</b>
Allgemeine Rahmenbedingungen	Hochschulpolitische, ökonomische, kulturelle Rahmenbedingungen, Arbeits- und Studienbedingungen, Organisationskultur, Leitbilder	Benennung prioritärer Strukturmerkmale und -probleme
Gesundheitliche Lage und Gesundheitsgefährdungen (hier: mentale Gesundheit)	Gesundheitsstatus von Beschäftigten und Studierenden, Arbeits- und Studienzufriedenheit, Ressourcen, Belastungen, Fehlzeiten	Benennung prioritärer Gesundheitsmerkmale und -probleme
Angebotsressourcen, Inanspruchnahme	Beratungs- und Betreuungsdienste, Betriebsärztliche Betreuung, Angebote der Gesundheitsförderung	Benennung prioritärer Angebotsmerkmale und -defizite
Finanzierung und Steuerung	Sachliche und personelle Ressourcen für Beratungs- und Betreuungsleistungen, Organisation von Angeboten	Benennung prioritärer Steuerungsmerkmale und Probleme
Weiterentwicklung und Veränderung	Veränderungsnotwendigkeiten und -modelle, Strategiepapiere, Zielvereinbarungen	Benennung prioritären Interventionsbedarfs
Management und Vernetzung	Vernetzung mit lokalen und über-regionalen Organisationen, Verknüpfung der Hochschulmanagementbereiche untereinander	Benennung prioritärer Vernetzungszusammenhänge und -möglichkeiten

\*GBE= Gesundheitsberichterstattung (vgl. Franzkowiak 2000: 73 und Stössel et al. 2007: 11)

Die Dokumente wurden wegen des großen Textumfangs einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die besondere Schwierigkeit bestand hierbei darin, darüber zu entscheiden, welche Themen auch indirekt für die mentale Gesundheit relevant sind. Bei manchen Dokumenten wurde aufgrund des großen Textumfangs nur ein Teil der Datenquelle zur Auswertung herangezogen. So erschien es bei den Jahresberichten der Hochschule aus forschungspragmatischen Gründen nahe liegend, die Auswertung auf die Vorworte der Präsidenten zu beschränken. Für die Fragestellung der Arbeit konnten hier am ehesten in komprimierter Form historische Verläufe, die auch für die gegenwärtige Situation eine Rolle spielen, nachgezeichnet werden.

Die Experteninterviews wurden anhand der Überlegungen von Michael Meuser und Ulrike Nagel bearbeitet und ausgewertet (vgl. Meuser/Nagel 2005: 77–92). Vom dort beschriebenen systematisierenden Zugriff her handelt es sich beim vorliegenden Forschungsdesign um Experteninterviews als komplementäre Strategie neben anderen Datenquellen. Die Experten sind in diesem Sinne nicht alleinige Zielgruppe, sondern Kontextgröße. Ihr Wissen steht nicht im Zentrum des Interesses, sondern stellt Kontextwissen dar (vgl. ebd.: 75f). Für die Auswertung bedeutet dies, keine theoretischen Generalisierungen anzustreben. Vielmehr wird man „in diesen Fällen die Texte partiell auswerten, die Auswertung im Stadium der empirischen Generalisierung abbrechen und Aussagen über Repräsentatives, auch über Unerwartetes formulieren, jedenfalls über Evidentes“ (ebd.: 77).

## 4 Die Hochschule München

Die „Hochschule München für angewandte Wissenschaften – FH“ (bis zum Wintersemester 2007/2008: Fachhochschule München) ist eine Hochschule des Freistaates Bayern im Sinne des Art. 1, Abs. 1 des Bayerischen Hochschulgesetzes und als solche Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Recht der Selbstverwaltung. Sie wurde 1971 mit den vier Ausbildungsrichtungen Technik, Wirtschaft, Sozialwesen und Gestaltung aus sieben „Vorläuferinstituten“ gegründet. Nach 1975 erfolgte ein rascher Anstieg der Studentenzahlen.

Die Hochschule München gliedert sich heute in einen Zentralbereich und 14 Fachbereiche. Organe des Zentralbereichs sind das Leitungsgremium (Präsidenten/Präsidentinnen und Kanzler), der Hochschulrat, der Senat und der erweiterte Senat. Organe des Fachbereichs sind der Dekan, der Studiendekan und der Fachbereichsrat. Verwaltung, Bibliothek, Rechenzentrum und zentrale Studienberatung dienen als zentrale Einrichtungen der gesamten Hochschule.

Zurzeit werden fünf Diplomstudiengänge, 25 Bachelorstudiengänge und 26 Masterstudiengänge angeboten. Aktuell betreuen rund 470 Professoren und Professorinnen, mehr als 350 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (in Verwaltung und Technik) und circa 600 Lehrbeauftragte etwa 13.500 Studierende. Für circa 3700 Studienanfängerplätze im WS 2007/08 sind über 21.000 Bewerbungen eingegangen, 20% mehr als im Vorjahr. Das nachfolgende Organigramm bietet einen Überblick über Steuerung und Leitung der Hochschule und den Aufbau der Administration:

Die Hochschule hat drei große Standorte in München: den Campus Lothstraße mit acht Fakultäten und dem Sitz der Hochschulleitung und Verwaltung, den Campus Karlstraße mit drei Fakultäten und den Campus Pasing mit ebenfalls drei Fakultäten. Das äußere Bild der Fachhochschule München ist insgesamt geprägt durch ihre (im Verhältnis zu anderen Fachhochschulen) relative Größe, die vier unterschiedlichen Ausbildungswege sowie durch eine hohe Zahl verschiedener Fachbereiche an unterschiedlichen Standorten.

Für die Einordnung der Untersuchungsergebnisse wird die von Franzkowiak vorgeschlagene Struktur der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in einer modifizierten und auf Hochschulen adaptierten Form herangezogen (s. Tab. 2). Der Bereich „Management und Vernetzung“ wurde der allgemeinen Gesundheitsberichterstattungsstruktur hinzugefügt, da Netzwerkbildung – sowohl innerhalb der Organisation als auch mit entsprechenden externen Kooperationspartnern – als konstituierend für eine moderne gesundheitsfördernde Hochschule bezeichnet werden kann.

Bei jedem Punkt werden zunächst die Erkenntnisse aus den Experteninterviews vorgestellt, anschließend folgen die Ergebnisse der Dokumentenanalyse. Wo sich Verschränkungen ergeben, habe ich teilweise nochmals Bezug zu den Interviews hergestellt.

### 4.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

#### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Die letzten vier, fünf Jahre würde ich als sehr dynamisch bezeichnen“*

Auch wenn nach den allgemeinen Rahmenbedingungen in den Interviews nicht explizit gefragt wurde, fanden sich dazu doch in allen Interviews einige Aussagen, die in die gleiche Richtung weisen: Demnach stellt die sich vollziehende Veränderung der hochschulpolitischen Rahmenbedingungen Beschäftigte und Studierende vor große Herausforderungen. Die Doppelrolle als Behörde und zunehmend wettbewerbsorientiertes Bildungsunternehmen führt zu einem neuen unternehmerischen Selbstverständnis der Hochschulen und erzeugt Veränderungsdruck im Hinblick auf Selbstdarstellung und Kundenorientierung. Kunden sind vor dem Hintergrund der Einführung von Studiengebühren insbesondere die Studierende.



Die personellen und finanziellen Rahmenbedingungen wurden tendenziell enger, und die durch die Hochschulreform neu hinzugekommenen wissenschaftlichen Mitarbeiter zogen auch eine höhere Fluktuationsrate nach sich. Neben dem durch befristete Verträge verursachten Personalwechsel wurden auch in der Führungsebene der Hochschule einige Stellen neu besetzt (z.B. Kanzler, Vizekanzler, in 2008 schließlich auch ein Wechsel im Präsidium). Experten, die schon lange der Hochschule angehören, sehen den Wandel in den letzten vier bis fünf Jahren als besonders dynamisch und herausfordernd an. Einschneidende Veränderungen stellten insbesondere die Einführung neuer Abschlüsse und die Einführung von Studienbeiträgen dar.

Unabhängig von den genannten aktuellen Entwicklungen werden die konkreten Arbeitsbedingungen im Hinblick auf die Ausstattung der Arbeitsplätze und Büros einheitlich als gut eingeschätzt.

### Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Um die aktuellen Rahmenbedingungen einordnen zu können, sei an dieser Stelle kurz die historische Entwicklung der Hochschule nachgezeichnet, wie sie sich aus den Dokumenten ergibt: Die ersten Jahre nach der Gründung 1971 waren geprägt von Aufbauarbeit und geringen finanziellen Mitteln. Der starke Anstieg der Studierendenzahlen ab 1975 führte zudem zu enormen Kapazitätsproblemen. Die defizitäre personelle, sachliche und vor allem auch räumliche Ausstattung entspannte sich erst nach und nach. Mit hohem Kraftaufwand wurden Baumaßnahmen und Standortverlagerungen vorgenommen, die in zähen Verhandlungen mit Stadt und Ministerien erstritten worden waren. Der Spatenstich für das größte Neubauprojekt an der Loth-/Heßstrasse erfolgte im Jahr 2000. Mit dessen Fertigstellung entstand die heutige infrastrukturelle Konstellation. Nach dieser äußeren Konsolidierung ergaben sich mit der Neufassung des Bayerischen Hochschulgesetzes im Jahre 1998 neue Herausforderungen in Bezug auf interne Reformen.

Ein wichtiger Meilenstein ist zunächst die Verabschiedung eines Leitbildes im November 2000, das die Werte- und Strategiediskussion widerspiegelt (vgl. Jahresbericht 2001/2002, fhm-Journal 1/2000). Seine prägnante, komprimierte Formulierung in sieben Thesen soll eine Vision ausdrücken, die ihre Verankerung im bereits Bestehenden hat:

1. Größe und Vielfalt verpflichten uns, die attraktivste Fachhochschule Deutschlands zu gestalten.
2. Lehren und Lernen stehen bei uns im Mittelpunkt.
3. Standort und Forschung profitieren voneinander.
4. Wir sind eine transparente Hochschule.
5. Wir stellen uns dem internationalen Wettbewerb.
6. Wir führen unterschiedliche Denk- und Handlungsweisen zusammen.
7. Wir bilden heute Persönlichkeiten für die Berufswelt von morgen.

(vgl. Homepage: Leitbild)

Aus Mental-Health-Perspektive sind dabei einige Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung, die in den Erklärungen zu den Thesen deutlich werden: These 2 thematisiert den persönlichen Kontakt und die vertrauensvolle Atmosphäre zwischen Studierenden und Hochschullehrern. Gemeint ist damit eine „Gemeinschaft der Lehrenden und Lernenden“, die auch das Wort „Universitas“ ausdrückt, und wie sie auch an anderer Stelle als Aufgabe und Ziel herausgestellt wird (vgl. Jubiläumsschrift: 11, Newsletter 3/ Juni 2006). In These 4 werden Zusammenarbeit und eine offene Kommunikation als wichtige Prinzipien herausgestellt. Die Förderung von Frauen an der Hochschule gehört zur impliziten Aussage von These 6. Nach These 7 soll nicht nur die Vermittlung von Fachwissen, sondern auch von sozialer und kultureller Kompetenz stattfinden. Werte wie Verantwortungsbewusstsein, Integrität und Engagement sollen in diesem Sinne an der Hochschule vorgelebt werden.

Auf der äußeren, strategischen Ebene führten die Einrichtung effizienter Leitungsstrukturen sowie die Einführung von transparenten Zielvereinbarungen mit den Fachbereichen und die Entwicklung eines indikatorengestützten Mittelverteilungssystems dazu, dass die Fachhochschule München für ihren umfassenden Reformweg mit dem „best-practice-Preis 2002“ des Centrums für Hochschulentwicklung aus-

gezeichnet wurde (vgl. Pressemitteilung 15/2002). Ihre Bereitschaft zu Reformen hat die Hochschulleitung erneut bewiesen, als sie im Dezember 2003 entschied, als erste bayerische Hochschule ihr komplettes Studienangebot auf die neuen Bachelor- und Masterabschlüsse umzustellen (vgl. Newsletter 4/Februar 2004).

Im Jahr 2004 lösten Konsolidierungsbeschlüsse der Staatsregierung eine größere Haushaltskrise aus (vgl. ebd.), die auch zur Wiederaufnahme der Strukturdiskussion an der Hochschule führte. Mit entsprechenden Positionspapieren wurde ein durchgreifender Veränderungsprozess eingeleitet. Vom Status einer nachgeordneten Behörde sollte die Hochschule mehr und mehr zu einer Verhandlungspartnerin für die staatlichen Stellen werden, wie dies später auch durch die mit dem Ministerium erstmals abgeschlossenen Zielvereinbarungen im Jahr 2006 zum Ausdruck kam (vgl. Newsletter 2/März 2006). Mit der Stärkung der Rolle der Hochschule – bestätigt durch das am 1. 6. 2006 in Kraft getretene neue bayerische Hochschul- und Hochschulpersonalgesetz – gingen mehr Freiräume, aber auch eine höhere Eigenverantwortung einher (vgl. Newsletter 3/Juni 2006).

Diese Aspekte bestimmen zusammen mit der Einführung von Studiengebühren im Sommersemester 2007 und einem stärker gewordenen Forschungsauftrag die aktuelle Situation der Hochschule, wie sie auch in der jüngst vorgenommenen Namensänderung und im neuen Corporate Design zum Ausdruck kommt (vgl. Newsletter 4/Okttober 2007). Der daraus resultierende Veränderungsdruck, der auch in den Interviews deutlich thematisiert wurde, wirkt sich auf alle Statusgruppen der Hochschule aus und muss individuell wie strukturell bewältigt werden. An diesen Rahmenbedingungen hat auch die Gesundheitsförderung anzusetzen.

## 4.2 Mentale Gesundheit bei Beschäftigten und Studierenden

### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Wenn jemand depressiv ist, dann liegt das nicht unbedingt an der Hochschule.“*

Den mentalen Gesundheitsstatus der Menschen an der Hochschule schätzen die Interviewpartner unterschiedlich ein, manchmal wird nach Personengruppen differenziert, zum Teil sind auch Unsicherheiten bei dieser Frage und daraus resultierend nicht ganz konsistente Antworten erkennbar. Im Hinblick auf das Personal der Hochschule wird von betriebsärztlicher Seite die Work-Life-Balance der Mitarbeiter – festgemacht in erster Linie an Arbeitszeiten – als im Wesentlichen gut eingeschätzt. Der starke Personalwechsel durch viele befristete Arbeitsverhältnisse gerade bei jüngeren wissenschaftlichen Mitarbeitern sei andererseits ein belastender Faktor für die Betroffenen und ihr Umfeld.

Ein sich wiederholendes inhaltliches Motiv in mehreren Interviews waren die gestiegenen Anforderungen und der damit verbundene Leistungs- und Zeitdruck sowie die Belastung durch kurzfristige Verträge und mangelnde Würdigung der Leistung im Sinne der im Theorieteil bereits genannten Effort-Reward-Imbalance. Auch eine im Verhältnis zur Leistung niedrige Bezahlung spielt dabei eine Rolle. Die Anerkennungsdefizite beziehen sich jedoch nicht nur auf diesen Bereich. Der allgemeine Gesundheitsstatus wird in drei Interviews, auch anhand von Fehlzeiten und Krankenstandsdaten, als gut bis durchschnittlich bewertet.

Dem gegenüber wird von Seiten des Personalrats die psychische Gesundheit der Mitarbeiter mit Sorge betrachtet. Als Anlaufstelle und Vermittlungsinstanz würden sich Kolleginnen und Kollegen an den Personalrat wenden und von psychisch belastenden Arbeitsbedingungen berichten: Stark überhandnehmende Hektik, hohe Verantwortung und fehlende Schulung für sich verändernde Aufgabenbereiche – „viele Dinge sind bei uns mit ‚learning by doing‘“. Auf das Problem sei jedoch von Seiten der Hochschulleitung bereits reagiert worden. Zusammenfassend lassen sich die genannten Aspekte unter folgender Aussage subsumieren: „Es ist viel Neues, das verlangt den Leuten schon sehr viel ab“. Bei allen Interviewpartnern ist insofern ein Bewusstsein für ein aktuell eher hohes Belastungsniveau bei den Beschäftigten an der Hochschule zu erkennen.

Als psychische Erkrankungen werden in den Interviews explizit Depressionen und Suchterkrankungen genannt – dies könnte möglicherweise ein Hinweis darauf sein, dass diese beiden Störungsbilder tatsäch-

lich eine zentrale Rolle spielen. Dies stünde jedenfalls im Einklang mit den epidemiologischen Erkenntnissen aus der Allgemeinbevölkerung. Im Blick auf Entstehungszusammenhänge wird individuellen Faktoren gegenüber strukturellen Bedingungen eindeutig die größere Bedeutung beigemessen: So betont beispielsweise eine Interviewpartnerin, dass etwa Depressivität und Alkoholismus in erster Linie auf individuelle Persönlichkeitsstrukturen und weniger auf die Bedingungen an der Hochschule zurückzuführen seien. Es handele sich im Wesentlichen um Einzelfälle, bei denen größere Schwierigkeiten aufgetreten sind bzw. auftreten. Auch ein Anfang dieses Jahres zu beklagender Suizidfall eines nichtwissenschaftlichen Mitarbeiters der Fakultät 03 wird nicht in Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen gebracht und auf eine persönliche Disposition des Betroffenen zurückgeführt. Allerdings sei deutlich, dass viele Menschen im Setting Hochschule ein überdurchschnittliches Engagement an den Tag legen, das bei mangelndem Erfolg oder Wertschätzung leicht in die Frustration führen könne.

Eine besondere Gefährdung der Gesundheit der Mitarbeiter erkennt der Kanzler – möglicherweise wegen seines im Vergleich zu den anderen Interviewpartnern größeren strukturellen Überblicks über die Hochschule – darin, dass sich innerhalb der Organisation zuweilen „Enklaven“, nach außen hin abgeschottete Systeme, bilden. So bestünde etwa in einem Labor, in dem Mitarbeiter nur begrenzten Kontakt zu Studierenden haben könnten, die Gefahr, dass sich ein „geschlossenes Denken“ bilde. Dies könne sich dann auch auf den psychischen Zustand der Mitarbeiter und ihr Verhalten entsprechend negativ auswirken.

Als Ressource stehe dem das „Kapital Hochschule“ gegenüber: Die Hochschule stelle eine besondere Art von Behörde dar. Trotz der verstärkten Wettbewerbssituation, den immer enger werdenden personellen und auch finanziellen Rahmenbedingungen herrsche in der Hochschule doch ein anderes Klima, das auch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter habe, vor allem auf die psychische. Es gebe Freiräume auch zur persönlichen Entfaltung, die sich insgesamt sehr positiv auswirkten.

Weitgehend einig waren sich die Experten, dass sich ein schlechter mentaler Gesundheitszustand der Mitarbeiter immer auch negativ auf deren Leistungsfähigkeit auswirkt. Am deutlichsten spürbar, aber nicht ausschließlich, äußere sich dies in Fehlzeiten, die auch die Gesamtorganisation schwächten. Nicht zuletzt aufgrund der eher dünnen Personaldecke brauche man leistungsfähige Mitarbeiter. Von daher sei es für die Hochschule von hohem Stellenwert, dass sie gesunde Mitarbeiter habe, die ihre Leistung bringen könnten. Bei der zugegebenermaßen knappen personellen Ausstattung merke man doch jeden Krankheitsfall – wenn nicht direkt nach außen sichtbar oder für die Studierenden spürbar, so doch auf jeden Fall intern im Team.

Was den Gesundheitsstatus der Studierenden angeht, ergibt sich aus Sicht der Studienberatung ein ähnlich heterogenes Bild wie für das Personal. Hier liegt der Fokus ebenfalls mehr auf individuellen Voraussetzungen. Gerade Doppelbelastungen aus dem persönlichen Bereich führen demnach nicht selten zu einer Überbeanspruchung. Besonders diejenigen Studenten, die auch Probleme im gesundheitlichen oder persönlichen Bereich hätten, seien dann nicht mehr in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen. Andere wiederum seien gut in der Lage, den Studienalltag zu bewältigen.

Auch bei den Studenten werden „Depressionen“ und „Stresssymptome“ als Hauptprobleme in Bezug auf mentale Gesundheit genannt. Jedenfalls sei hier eine „gefühlte“ Zunahme zu verzeichnen, die es empirisch zu belegen gälte. „Erwartungsdruck, Leistungsdruck“ sei die von außen an die Studenten herangetragene Hauptbelastung.

### Ergebnisse der Dokumentenanalyse

In den Dokumenten finden sich nur sehr wenige und meist indirekte Hinweise auf den Gesundheitsstatus von Beschäftigten und Studierenden an der Hochschule. In den Jahresberichten der ausgehenden 80er und beginnenden 90er Jahre ist einmal von einer „Verbitterung der Kollegen“ angesichts der nach wie vor teilweise erschreckend schlechten äußeren Arbeitsbedingungen die Rede (Jahresbericht 1988/89:1). Einige Jahre später verabschiedet sich der damalige langjährige Präsident aus dem Amt, indem er feststellt: „Positiv zu bewerten bleibt dagegen das gute Klima an der Fachhochschule München und die Feststellung, daß es trotz Überlast und Überbelastung der Professoren und Mitarbeiter noch immer genügend Kräfte für Innovationen gibt“ (Jahresbericht 1991–1993:3).

Nachdem die infrastrukturellen Defizite im Lauf der Jahre nach und nach behoben wurden, zeigt sich ab dem Ende der 90er Jahre eine Belastungsveränderung: Die neuen, sich aktuell verstärkenden Faktoren wie Wettbewerb, Leistung, Autonomie, Internationalität halten Einzug an der Hochschule (vgl. Jahresbericht 1996–1998:3f und 1998–2000:2f) und verursachen seither eine offensichtlich andere Art von Belastungsdruck als in früheren Jahren. Aussagen zum Status der mentalen Gesundheit finden sich in den Newslettern der folgenden Jahre höchstens sehr indirekt. Angesichts der Haushaltskürzungen durch die Staatsregierung in 2004 sei der Mut gefordert, „die Grenzen der Belastbarkeit zu definieren und klar zu benennen“ (Newsletter 4/Februar 2004).

Aktuell fehlen in den Veröffentlichungen Aussagen zum Arbeitsklima und zum Wohlbefinden der Menschen an der Hochschule. Da eine vor einigen Jahren durchgeführte Mitarbeiterbefragung aufgrund des geringen Rücklaufs nicht repräsentativ ist und außerdem von Seiten der Personalabteilung aus Datenschutzgründen Bedenken bezüglich der Herausgabe von Ergebnissen bestanden, wurde diese Quelle nicht in die Auswertung einbezogen.

### 4.3 Angebotsressourcen und Inanspruchnahme

#### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Die betriebliche Gesundheitsförderung ist letzten Endes schon Eigeninitiative.“*

Gefragt nach den bisherigen Maßnahmen verweisen vier der fünf Interviewpartner auf das gute Sportangebot. Beschäftigte können an einer Betriebssportgruppe mit mehreren Abteilungen teilnehmen, darüber hinaus aber auch den „zentralen Hochschulsport“ in München nutzen, der auch Studierenden zur Verfügung steht. Indirekt oder direkt wird dadurch eine Verbindung auch zur mentalen Gesundheit hergestellt.

Von betriebsärztlicher Seite wird stärker an gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und explizite Gesundheitsaktionen und Vorsorgeuntersuchungen gedacht. Aktionen wie „Rückenschule“, „Raucherentwöhnung“, „Grippeimpfung“ oder der Aufruf „Mit dem Rad zur Arbeit“ werden von der Personalabteilung initiiert und erhalten auch die namentliche Rückendeckung des Kanzlers. Die Resonanz wird dabei unterschiedlich bewertet. Sie reicht von der Aussage: „Der Rücklauf ist eigentlich relativ gut“ bis zu dem Statement: „Da muss man sich wirklich überlegen, ob das so viel Sinn hat, aufgrund der Resonanz“. Die Annahme eines Angebotes kann auch von Aktion zu Aktion stark variieren. So nahm beispielsweise eine relativ hohe Quote von etwa 10% der Beschäftigten an der Informationsveranstaltung zur Rückenschule teil. Besonders wünschenswert wäre nach Aussage des Kanzlers eine größere Beteiligung der Professoren an Sport- oder Gesundheitsangeboten, da dies aufgrund ihrer Führungsposition eine Vorbildwirkung für die anderen Mitarbeiter hätte.

Insgesamt mangle es an einer nachhaltigen Institutionalisierung von Gesundheitsförderungsangeboten, was auf begrenzte Kapazitäten zurückgeführt wird. Aufgrund mangelnder Ressourcen könnten die Angebote nicht weitergeführt werden und seien deshalb auch nicht so nachhaltig. Da eine eindeutige gesetzliche Verbindlichkeit – im Gegensatz etwa zur Unfallverhütung – fehle, werde Gesundheitsförderung angesehen als „so eine Zusatzsache, die man macht, wenn sich jemand dafür engagiert“. Alles, was im Bereich Gesundheitsförderung passiere, beruhe letztlich auf Freiwilligkeit und dem Engagement Einzelner. Dies bestätigte auch die Betriebsärztin. Die betriebliche Gesundheitsförderung beruhe letzten Endes vorwiegend auf Eigeninitiative und sei auf Kooperationspartner angewiesen. Ein Gesundheitsförderungsprozess könne von betriebsärztlicher Seite allenfalls initiiert werden, dann müsse sich dieser im Betrieb oder an der Hochschule verselbständigen. Allerdings wies sie gleichzeitig darauf hin, dass die Verantwortung des Arbeitgebers für die psychische Gesundheit durchaus auch gesetzlich verankert sei. Dieser Hinweis ist zu beziehen auf die §§ 2–4 des Arbeitsschutzgesetzes, das die allgemeine Verpflichtung des Arbeitgebers für die menschengerechte Gestaltung der Arbeit vorsieht (vgl. [www.baua.de](http://www.baua.de)).

Von allen Experten wurde der Bereich der Suchtprävention angesprochen, die an der Hochschule durch eine Intranetseite und eine Dienstvereinbarung zur Suchtprävention (seit 2002) repräsentiert wird. Die Dienstvereinbarung stellt einen Leitfaden dar, wie mit der Suchterkrankung eines Mitarbeiters umge-

gangen werden soll, ehe arbeitsrechtliche Schritte eingeleitet werden. Vom Personalrat und dem damaligen Betriebsarzt wurde gleichzeitig der Arbeitskreis Suchtprävention ins Leben gerufen. Dieser war konzipiert als beratendes und unterstützendes Gremium im Sinne eines Gesundheitszirkels und sollte einen oder mehrere Suchtberater aus dem Kreis der Beschäftigten enthalten. Dieses Projekt sei allerdings nach einstimmiger Aussage der Befragten nicht mehr aktiv und „im Sand verlaufen“, da eine unklare Rollenverteilung dazu führte, dass niemand wirklich Verantwortung dafür übernommen habe.

Insofern scheint der Personalrat die einzige offizielle Anlaufstelle für Probleme und Fragen der Mitarbeiter zu sein, eine eigene Beratungsstelle für das Personal bestehe nicht. Inoffiziell stehe die Studienberatung auch den Mitarbeitern der Hochschule zur Verfügung. Für die Mitarbeiter gebe es kein direktes psychologisches Beratungsangebot.

Reaktiv werde jedoch die Personalabteilung tätig, wenn längere Fehlzeiten auf sich verfestigende Gesundheitsprobleme hinwiesen. Gezielte Gespräche mit den betreffenden Mitarbeitern wurden im Interview auch als gesundheitsfördernde Maßnahme angesehen. Auf die jeweiligen Ursachen abgestimmte Interventionen, etwa eine Teamumstellung, könnten nicht selten eine Entlastung der Situation herbeiführen und die Befindlichkeit der betroffenen Person verbessern. Im Sinne der Definition von Gesundheitsförderung als einer Strategie zur Erzielung eines Gesundheitsgewinns und Vermeidung eines weiteren Gesundheitsverlustes können derartige Interventionen tatsächlich als gesundheitsfördernde Maßnahmen gewertet werden, auch wenn der Krankheitsfall schon eingetreten ist.

Als besondere Herausforderung dieser Gespräche wurde dabei angesehen, den „richtigen Ton zu treffen und auch die Bedürfnisse und Hintergründe richtig einzuschätzen“. Unabhängig davon würden solche Gespräche von den Mitarbeitern nicht immer als Hilfe, sondern zuweilen auch als Überwachung empfunden. Trotzdem seien sie für die anderen Mitarbeiter ein wichtiges Signal, dass die Personalabteilung sich der Sache annehme. Eine Besonderheit im Rahmen der Maßnahmen zur mentalen Gesundheit bildet eine Initiative des Personalrats für die von dem Suizid betroffene Fakultät. Es solle ein Kommunikations- und Informationsprozess über das Thema Depression und psychische Gesundheit eingeleitet werden. Dies unterstützt auch der Kanzler, der auf eine Kooperation mit der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften hinwies, während der Personalrat eher externe Berater im Blick hatte. Jedenfalls handelt es sich um ein aktuelles Projekt, das neu in seiner Art ist und gerade erst auf den Weg gebracht wurde. Allerdings deutet der Personalrat an, dass vor allem die „technisch denkenden“ Mitarbeiter sich tendenziell nicht so leicht auf einen solchen Prozess einlassen wollten, wenn kein konkretes Ergebnis vor Augen stehe.

Dass für die Hochschulleitung die Rekrutierung und Bindung von qualifiziertem und leistungsfähigem Personal eine hohe Priorität hat, betonte vor allem der Kanzler. Die derzeitige Herausforderung bestünde darin, gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden und sie zu halten und zu fördern.

Im Sinne der theoretischen Vorüberlegungen dieser Arbeit sind dabei alle Maßnahmen, die die Beschäftigten als unterstützend und fördernd erleben, ihre Handlungsspielräume erweitern und sie auch auf der Wert- und Sinnesebene mit dem Unternehmen verbinden, gesundheitsförderliche Maßnahmen. Dies gilt insbesondere für die mentale Gesundheit. Während früher in Abteilungen gedacht worden sei, werde jetzt erwartet, dass vernetzt gearbeitet wird. Dies stelle an die Mitarbeiter höhere Anforderungen, denen man mit Fortbildungen sowie der Bildung von Teams und Aktionen, die den Zusammenhalt stärkten, zu begegnen versuche. Außerdem bemühe man sich um Transparenz. Dieses neue Engagement der Hochschulleitung wird auch von Seiten des Personalrats deutlich und positiv wahrgenommen und wirke sich seiner Ansicht nach positiv auf die mentale Gesundheit des Personals aus.

Studierende, die einen Hilfe- oder Beratungsbedarf haben, können sich an die hochschuleigene Studienberatung wenden. Nach Angabe der Studienberaterin liege der Schwerpunkt der Beratung derzeit auf der „Information und Weitervermittlung von Wissen“ und weniger auf „psychohygienischen“ Angeboten. Dies gelte insbesondere auch für Gruppenangebote. Noch vor einigen Jahren seien allerdings auch ein Meditationsworkshop oder ein „Entspannungstraining nach Jacobson“ angeboten worden. Auch an Bildungsmessen oder Veranstaltungen wie dem „Tag der Offenen Tür“ beteilige sich die Studienberatung mit ihren Informationsangeboten. Für Studierende und Mitarbeiter gleichermaßen stehe im Gebäude der Fakultät Elektrotechnik ein so genannter „Raum der Stille“ zur individuellen Kontemplation, für Veranstaltungen der Hochschulgemeinden oder auch für die Meditationskurse, die die Fakultät Design in Eigenregie anbiete, zur Verfügung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit dem Stichwort „Gesundheitsförderung an der Hochschule“ zunächst ein heterogenes Angebot an individuumsbezogenen Einzelmaßnahmen und -aktionen verbunden wird. Der Status der Gesundheitsförderung als einer „freiwilligen Zusatzsache“, der in den Experteninterviews an mehreren Stellen zum Ausdruck kam, scheint eine nachhaltige Verankerung und Verstetigung solcher Angebote bisher zu erschweren. Gleichzeitig ist ein wachsendes Bewusstsein für strukturelle Aspekte (Kommunikationskultur, Teambildung etc.) erkennbar.

Kaum zur Sprache kamen überraschenderweise die Angebote der Kinderbetreuung, die doch für einen Teil der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine wichtige Ressource im Blick auf ihre Work-Life-Balance darstellen. Vermutlich sind derlei Angebote wegen ihrer lediglich indirekten Wirkung nicht sofort im Bewusstsein der Experten.

### Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Die Stellungnahmen der Experten wurde durch die Dokumentenanalyse bestätigt und ergänzt: Mehrmals pro Jahr initiiert die Personalabteilung kleinere Aktionen zur Gesundheitsförderung, zu denen meist durch ein Rundschreiben des Kanzlers eingeladen wird. Teilweise handelt es sich auch um Kooperationen mit externen Partnern: Beim Kurs „Rauchfrei ins neue Jahr“ etwa wird auf eine staatliche Beihilfe und die mögliche Bezuschussung durch die Krankenkassen verwiesen (vgl. Brief 19/2007). Ähnlich verhält es sich bei der Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“, die vom Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club (ADFC) und der AOK mit Preisen unterstützt wird (vgl. Brief 13/2007). Auch das angebotene Pilates-Training und die Rückengymnastik im Frühjahr dieses Jahres wurde über eine Kooperation mit dem Aikido-Verein (Aikido: japanische Kampfkunst) angeboten, dessen Räume in der Nähe des Campus Lothstraße liegen (vgl. Brief 06/2007). Voraussetzung für eine kostenlose Teilnahme war lediglich die Mitgliedschaft in der Betriebs-sportgruppe. Die Kurse fanden jeweils einstündig am Vormittag statt und erstreckten sich über insgesamt acht Stunden. Die Teilnahme wurde jedoch nicht als Arbeitszeit gewertet, wie dies im Interview von Seiten des Personalrats als Wunsch geäußert wurde. Auch handelte es sich nicht um für die Arbeitnehmer günstige Randstunden.

Die Teilnahme an der im Frühjahr 2006 angebotenen Informationsveranstaltung zum Thema „Gesund am Arbeitsplatz! – Rückenbeschwerden vorbeugen“ wurde dagegen beim nichtwissenschaftlichen Personal als Arbeitszeit gewertet (vgl. Brief 07/2006). Den Interviews zufolge war gerade bei dieser Veranstaltung die Resonanz sehr groß, was ein Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Thema Arbeitszeiten sein könnte. Ob eine Freistellung auch der Professoren für solche Angebote deren Teilnahme erhöhen würde, wie der Kanzler im Interview für wünschenswert hielt, bleibt an dieser Stelle eine offene Frage.

In Bezug auf Freizeit- und Sportangebote ergibt die Dokumentenanalyse in Ergänzung zu den Interviews, dass teilweise interessante Verknüpfungen bestehen, die Vorbildcharakter haben könnten: So organisiert beispielsweise ein Professor der Fakultät 06, selbst Segellehrer beim zentralen Hochschulsport, zum Semesterabschluss eine kleine Regatta am Starnberger See für seine Kollegen und Kolleginnen (vgl. Newsletter Oktober 2006). Sowohl Professoren als auch Studierende und Firmenvertreter waren beim jährlichen „Hochschulcup“, einem von der Hochschulgemeinde der HM veranstalteten Golfturnier, als Teilnehmer vertreten. Dieses Turnier, dessen Erlös sozialen Projekten der Hochschulgemeinde zugute kommt, bietet damit neben der sportlichen Herausforderung auch eine Kontaktbörse für Studierende und Unternehmen. (vgl. Newsletter Oktober 2006).

Eine weitere Möglichkeit, statusgruppen- und fakultätsübergreifende soziale Kontakte zu knüpfen und einen entspannenden Ausgleich zur kognitiven Arbeits- und Studienbelastung zu finden, stellen die Musikensembles der Hochschule dar (vgl. z.B. Pressemitteilung 12/07). Der im Vergleich zu anderen Angeboten weniger evidente Bezug zum Thema Gesundheit mag der Grund dafür sein, dass solche Freizeitangebote in den Interviews nicht zur Sprache kamen.

Als gesundheitsförderliche Angebotsressource, besonders für die in Bezug auf mentale Gesundheit vulnerable Gruppe der Frauen, darf auch der Neubau einer hochschuleigenen Kinderkrippe gelten, für deren Trägerschaft das Sozialreferat der Stadt München gewonnen werden konnte und die sowohl

Kindern von Studierenden als auch von Mitarbeitern zur Verfügung steht (vgl. Newsletter März 2006). Eine solche Maßnahme hilft insbesondere, Elternschaft und Studium bzw. Berufstätigkeit miteinander zu vereinbaren und mindert insofern Rollenkonflikte, wie sie im Interview mit der Studienberaterin thematisiert wurden.

Auch die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten halten neben der Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Beratung einige besondere Angebote vor: Das Gleichstellungskonzept der Fachhochschule München, das vom bayerischen Wissenschaftsministerium als bestes Gleichstellungskonzept unter bayerischen Hochschulen ausgezeichnet wurde, bietet eine Reihe von aufeinander aufbauenden Maßnahmen an – es umfasst Patenschaften und Schnupperstudientage („Girls to tech“) für zukünftige Studentinnen in technisch-naturwissenschaftlichen Studiengängen, ein Mentoringprogramm für den Berufseinstieg und Unterstützung bei der Bewältigung struktureller Probleme wie der Kinderbetreuung (vgl. Newsletter 8/Januar 2005). Die praktische Umsetzung der Konzepte demonstrieren die Aktivitäten des so genannten „Gender-Centers der FH“, zum Beispiel dessen Teilnahme beim Münchner Wissenschaftssommer im Jahr 2006 (vgl. Nachrichten 07/2006) oder auch das Angebot eines „Gender-Trainings“ in Form eines fünfteiligen Workshops (vgl. Newsletter 3/Juni 2006).

Insofern wird deutlich, dass aktiv versucht wird, die an Hochschulen in vielen Bereichen unterrepräsentierten Frauen zu unterstützen. In eine ähnliche Richtung weist die Tatsache, dass die Hochschule im Juni 2007 durch die Bundesfamilienministerin mit dem Grundzertifikat der Hertie-Stiftung zum „audit familiengerechte Hochschule“ ausgezeichnet wurde (vgl. Pressemitteilung 15/07, Newsletter Januar 2007, Grundzertifikat „berufundfamilie“). Neben den bereits genannten Kinderbetreuungsplätzen, der Kinder-Uni (vgl. Newsletter März 2007) und psychosozialer Beratung wurde in diesem Zusammenhang auch angeführt, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen flexible Arbeitszeiten ohne Kernarbeitszeiten hätten und auch auf Telearbeitsplätze zurückgreifen könnten. Die Präsidentin erklärte in diesem Zusammenhang die Einführung und den Ausbau familiengerechter Maßnahmen an der Hochschule zu einem zentralen Anliegen.

In Bezug auf die betriebsärztliche Betreuung geht aus der Dokumentenanalyse hervor, dass die arbeitsmedizinische Betreuung zum 1.1.2005 auf ein externes Institut übertragen wurde. In diesem Zusammenhang nahm auch die jetzige Betriebsärztin ihre Tätigkeit für die Hochschule auf (vgl. Newsletter Januar 2005). Die Delegation der betriebsärztlichen Gesundheitsvorsorge „nach außen“ könnte als Zeichen dafür interpretiert werden, dass dieses Thema für die Hochschule an Wichtigkeit einbüßt, da es auch augenscheinlich „weiter weg“ rückt. Die Statements der Interviewten rund um das Thema Suchtprävention ließen sich dementsprechend auch als Hinweis darauf lesen, dass dieser Übergang mitursächlich für die geringe Nachhaltigkeit des Projektes sein könnte. Dass eine interne, fest angestellte Person näher an den Menschen und ihren Problemen sein könnte und dementsprechend auch mehr in der Verantwortung stünde, liegt in diesem Zusammenhang auf der Hand.

Geht man dem wichtigen Thema Suchtprävention in den Dokumenten weiter nach, so zeigt sich, dass im November 2002 eine sehr differenzierte und konkrete Dienstvereinbarung zwischen Präsidentin und Personalrat für den Umgang mit Suchtstörungen bei Mitarbeitern geschlossen wurde. Damit einhergehend wurde eine Arbeitsgruppe „Betriebliche Suchtkrankenhilfe“ ins Leben gerufen (vgl. Dienstvereinbarung und Tätigkeitsbericht des Personalrats II/2003), deren Zusammensetzung bestimmt und ihr vielfältiger Aufgabenbereich festgelegt (vgl. Dienstvereinbarung, S. 3). Als Vorsitzender der Arbeitsgruppe wurde der Vertreter des Personalrats festgelegt und die Ausbildung von Suchtkrankenhelfern aus dem Kreis der Beschäftigten ins Auge gefasst. Aus der Dienstvereinbarung geht auch hervor, dass die Arbeit der Gruppe und damit einhergehende Fortbildungen als Arbeitszeit angerechnet werden. Dem gegenüber ist im Tätigkeitsbericht des Personalrats davon die Rede, dass „die Aufstellung des Konzepts in ehrenamtlicher Tätigkeit“ erfolge und viel Zeit in Anspruch nehme (vgl. Tätigkeitsbericht II/2003:2). Dieser Widerspruch löst sich auch im Rückgriff auf die Erkenntnisse aus den Interviews nicht ganz auf.

Jedenfalls scheinen die Intranet-Seiten der Hochschule zum Thema Gesundheit das Hauptergebnis der Bemühungen um die Suchtprävention zu sein. Eine Seite bezieht sich direkt auf den Arbeitskreis Sucht, es werden Ansprechpartner genannt und auf die Möglichkeit der vertraulichen Beratung hingewiesen (s. Intranet FH München, Arbeitskreis Suchtprävention). Da in keinem der Interviews von der Inanspruchnahme dieses Angebots die Rede war, liegt der Schluss nahe, dass dies eher selten oder gar nicht genutzt wird. Ansprechend und praxisnah erscheinen die Informationsseiten zum Thema Alkohol und Rauchen, da sie auch praktische Hinweise zur Selbsteinschätzung, Verhaltensgrundsätze im Umgang mit

Suchtkranken und weiterführende Kontaktadressen enthalten (s. Intranet Hochschule München, Arbeitskreis Suchtprävention II und III). Auch die allgemeinen Seiten zu Gesundheit und Sport sind übersichtlich und informativ (s. Intranet Hochschule München, Betriebsärztin und Personalrat/Sport).

Für die Gruppe der Studierenden kann – wie wir gesehen haben eher gegenläufig zur Entwicklung beim Personal – konstatiert werden, dass Beratungsangebote ausgebaut und in ihrer Attraktivität gestärkt werden. So ist im Jahr 2007 die hochschulinterne Studienberatung in modern ausgestattete, attraktive neue Räume umgezogen. Sie befinden sich jetzt zentral im Altbau der Fachhochschule in der Lothstraße, der als Sitz des Präsidiums als privilegierter Platz gewertet werden kann und zeigt, dass die Studierenden als „Kunden“ mit ihren Fragen und Bedürfnissen zunehmend ernst genommen werden (vgl. Newsletter März 2007). So sollen zum Beispiel neue Lounges zur Entspannung, für Kommunikation und für Events sowohl am Stammgelände als auch in der Karlstraße und am Campus Pasing entstehen (vgl. Newsletter 2/März 2006). Auch der neue Infopoint als erste Anlaufstelle und Service für Ratsuchende im Neubau des Hauptgebäudes sowie Veranstaltungen wie die jährlich stattfindende Studienbörse können in diese Richtung gedeutet werden (Newsletter Juni 2007). Letztere tragen dazu bei, die Handlungs- und Entscheidungskompetenz der Studierenden zu stärken.

Für eine allgemeine Verbreitung und Diskussion verschiedenster Gesundheitsthemen im Kontext der sozialen Arbeit sorgt seit dem Jahr 2005 die unregelmäßig erscheinende Publikation „Gesundheit und Soziales“, die von der Arbeitsgemeinschaft „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ der Fakultät 11 herausgegeben wird. Eine der bisherigen Ausgaben war speziell der mentalen Gesundheit gewidmet und leistete so einen Beitrag zur Bewusstseinsbildung auf diesem Gebiet.

Als Überraschungsergebnis, wenngleich eher als Nebenprodukt der Recherche, darf gelten, dass der Fachbereich Wirtschaftsingenieurwesen im Jahr 2003 eine interaktive Lärm-CD zur Prävention von Hörschäden bei Kindern und Jugendlichen entwickelt hat (vgl. Pressemitteilung 47/03), die an Schulen, Jugendverbände und Vereine verteilt wurde. Über einen Einsatz für die Prävention bzw. Gesundheitsförderung an der Hochschule selbst – etwa in Vernetzung und Kooperation mit dem Fachbereich 11 – ist jedoch nichts bekannt.

Die nachfolgende Übersicht fasst die Anbieter und konkreten Angebote der Gesundheitsförderung an der Hochschule München noch einmal zusammen, wie sie sich aus Internetrecherche und Dokumentenanalyse ergeben:



Tab. 3: Gesundheitsförderungsangebote an der Fachhochschule München (eigene Darstellung)

Bereich	Anbieter/Verantwortlicher	Angebot
Sport	Betriebssportgruppe der Hochschule, seit 2007 unter dem neuen Namen „Sportteam Hochschule München“	Personalsport (verschiedene Untergruppen, z. B. Fußball, Ski, Volleyball) für Beschäftigte der Hochschule; Publikation „Sportexpress“ mit Rückblick und Ankündigungen von Aktionen sowie Ernährungs- und Gesundheitstipps
	Zentraler Hochschulsport	breites Sportangebot für Studierende und Beschäftigte der Hochschulen in München (geringe Gebühr)
Hochschulgemeinden	Evangelische und Katholische Hochschulgemeinde; Außenstelle „Paoso“ in Pasing	Kontaktmöglichkeit, Freizeitangebote (Feste, Kultur, Sport), Vorträge, Gottesdienste, Projekte, Beratung/Coaching
Beratung für Studierende	Hochschuleigene Studienberatung	Studienvorbereitende und -begleitende Beratung, Gruppenangebote; in den Räumen der Studienberatung auch Beratung durch externe Partner in regelmäßigen offenen Sprechstunden (z. B. Agentur für Arbeit, allgemeine Sozialberatung durch das Studentenwerk)
Arbeitsmedizin/Arbeitssicherheit	Betriebsärztlicher Dienst (über ein externes Institut)	Neben arbeitsmedizinischer Vorsorge gemäß gesetzlicher Vorgaben auch betriebsärztliche Sprechstunde/Beratung
	Sicherheitsingenieur	Ansprechpartner im Bereich Arbeitssicherheit
Personalangelegenheiten (allgemein)	Personalrat	Ansprechpartner für alle Anliegen der Beschäftigten in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz, auch für Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes; einzelne Aktionen in Eigenregie (z. B. „Relax-Card“) und in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung
	Personalabteilung/Kanzler	verschiedene Aktionen zur Gesundheitsförderung, initiiert durch Rundbriefe (z. B. „Rauchfrei ins neue Jahr“, „Mit dem Rad zur Arbeit“)
Suchtprävention	Präsidentin Personalrat	Dienstvereinbarung zur Gesundheitsvor- und -fürsorge für suchtgefährdete Mitarbeiter (seit November 2002)
	Arbeitskreis Suchtprävention	Intranetseiten zum Thema Sucht im Rahmen der Rubrik „Gesundheit am Arbeitsplatz“
Angebote für Zielgruppen	Frauenbeauftragte, Gleichstellungsbeauftragte	Ansprechpartner bei Fragen, Mitgestaltung von familien- und frauengerechten Arbeits- und Studienbedingungen; Gleichstellungskonzept der HM mit entsprechenden Aktionen (z. B. „Gender Training“)
	Behindertenbeauftragte	Ansprechpartner bei Fragen, Mitgestaltung von behindertengerechten Arbeits- und Studienbedingungen
	Kinderkrippe unter städtischer Trägerschaft auf dem Gelände der HM	Kinderbetreuung für 0–3-jährige Kinder von Studierenden und Beschäftigten der Hochschule
Information	Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften (FB 11), AG „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“	Unregelmäßig erscheinende Publikation „Gesundheit und Soziales“ (kleine Druckauflage und als Datei im Internet)

## 4.4 Finanzierung und Steuerung

### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Ja, das ist für uns wichtig, ich unterstütze das.“*

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits deutlich, dass sich die Organisation und Aufrechterhaltung der Angebote teilweise schwierig gestaltete. Aus der Erfahrung der genannten Engpässe – seien sie zeitlicher, personeller oder auch räumlicher Art – erwuchs bei zwei der Experten die Schlussfolgerung, dass eine personale Ressource geschaffen werden könnte, deren alleiniges Verantwortungsgebiet die Gesundheitsförderung ist. Das notwendige Geld sei demnach nicht das Hauptproblem, vielmehr bräuchte man eine Person, die diese Aufgaben nachhaltig betreue. Auch die Leiterin der Studienberatung sprach von dieser Möglichkeit, hielt aber auch eine andere Lösung, die mehr die bestehenden Strukturen ausschöpft, für denkbar.

Solche Überlegungen führen notwendig zur Ebene der Hochschulleitung, die über die Bereitstellung sachlicher oder personeller Ressourcen zu entscheiden hat. Zu den Hauptaufgaben des Kanzlers gehört in seiner Funktion als Haushaltsbeauftragter auch die Verwendung und Verteilung der Mittel im Rahmen des bayerischen Haushaltsrechts. Er signalisiert auf die Frage nach seiner Rolle im Blick auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung, dass die Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen Priorität habe, dass dies nach außen auch deutlich gemacht werde und entsprechend dann auch finanziell gefördert werden sollte.

Trotz dieser grundsätzlich positiven Haltung der Hochschulleitung zum Thema Gesundheitsförderung scheinen in der Praxis doch die Kapazitätsgrenzen bei Personalabteilung und Personalrat schnell erreicht zu sein, sofern diese für die Umsetzung von Maßnahmen zuständig sind. Die Metapher der „freiwilligen Zusatzsache“ verweist insofern auf einen Mangel an Ressourcen für die Gesundheitsförderung jenseits gesetzlicher Notwendigkeiten, wie sie Betriebsärztin und Sicherheitsingenieur repräsentieren.

### Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Aus den Inhalten der meist an die Öffentlichkeit gerichteten Dokumente lässt sich der Umfang der sachlichen und personellen Ressourcen, die der Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen, nur ansatzweise entnehmen. Von den genannten Angeboten zurück schließend kann festgestellt werden, dass erste grundlegende Ressourcen geschaffen wurden. Auf der personellen Ebene sind dies beispielsweise die Benennung von Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten und die Übertragung des Aufgabengebiets Gesundheitsförderung an eine Mitarbeiterin der Personalabteilung. In Bezug auf Sachmittel kann vor allem der Ausbau der Studienberatung als bewusste Investition in die psychosoziale Betreuung der Studierenden gewertet werden. Ein in jedem Fall sehr deutliches Signal der Unterstützung ist der von der Hochschule finanziell getragene Neubau der schon erwähnten Kinderkrippe am Campus der HM, der die räumlichen Ressourcen für die Betreuung der Kinder von Hochschulangehörigen stellt.

## 4.5 Weiterentwicklung und Veränderung

### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Das Interessanteste wäre wirklich so eine Fragebogenaktion.“*

In Bezug auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Veränderungsmöglichkeiten denken die meisten Interviewpartner zunächst an eine bessere Ausgestaltung oder einen Ausbau von Einzelaktionen, wie sie auch bisher schon angeboten wurden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Ort und Zeiten solcher Angebote für die Beschäftigten günstig sind. Vom Personalrat kam der Hinweis, dass Angebote während der Arbeitszeiten ungleich stärker genutzt würden als solche außerhalb der Arbeitszeiten. Demgegenüber wurde von Seiten der Personalabteilung Zurückhaltung in Bezug auf bisherige und neue Gesundheitsangebote signalisiert, da die Resonanz nicht ausreichend sei. Der Mitarbeiterin ist es aus der Praxis des Alltags der Personal-

abteilung heraus eher ein Anliegen, einen Kommunikationsprozess über das Thema Krankheit im Rahmen bestehender Strukturen, wie etwa der Personalversammlung, einzuleiten. Damit verfolgt sie einen pathogenetisch orientierten Ansatz.

Durchaus nachvollziehbar, aber nur in einem Interview, wurde auch der Wunsch geäußert, dass die Professoren in ihrer Rolle als Führungskräfte stärker in solche Angebote eingebunden werden könnten. Auf diese Weise ließe sich auch ein persönlicher Kontakt der Beschäftigten über die hierarchischen Ebenen hinweg pflegen.

Daneben werden von Seiten des Personalrats die Schulungen und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter hervorgehoben, die derzeit anliegen. Sie sollten weiter ausgebaut werden, vermittelten sie doch den Beschäftigten in besonderer Weise das Gefühl, vom Arbeitgeber ernst genommen und gefördert zu werden. Jedoch sollten verstärkt auch Führungskräfte in diese Schulungen mit einbezogen werden. Wichtig sei darüber hinaus eine Verbesserung der Büroorganisation durch eine Steuerung der Arbeitszeiten, zum Beispiel durch sinnvolle Integration der Parteiverkehrszeiten.

Die Studienberatung ist nach Aussage der Leiterin derzeit stark mit dem Aufbau eines neuen Teams beschäftigt. Vorstellbar seien für die Zukunft eine Intensivierung der individuellen Beratung und eine Wiederausweitung des Angebots von der gegenwärtig im Vordergrund stehenden Informations- und Vermittlungstätigkeit auf wieder mehr eigene „psychohygienische“ Angebote. Diese wären auch in Gruppenform denkbar. Letztlich schien hier die weitere Linie aber noch nicht abgesteckt zu sein.

Als Einzige formulierte die Betriebsärztin die Notwendigkeit einer Bedarfserhebung für die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Ansätze an der Hochschule. Da ihre Leistungen über das externe Institut, bei dem sie angestellt ist, von der Hochschule gemäß den gesetzlichen Vorgaben quasi „eingekauft“ werden, gehört sie letztlich keiner Interessengruppe innerhalb der Hochschule an. Dies kann eine Erklärung für die Alleinstellung ihrer (Meta-)Perspektive sein: Mittels einer professionellen Fragebogenaktion sollte ihrer Meinung nach erhoben werden, wie es um die Gesundheit der Menschen an der Hochschule steht und woran die Hochschule „kranke“. Die Betriebsärztin wies in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass etwa die Gruppe der älteren Arbeitnehmer spezifische Bedürfnisse habe, während etwa für junge Mitarbeiterinnen mit Kindern die hochschuleigene Kinderbetreuung eine entscheidende Rolle spiele und sehr positiv wahrgenommen werde. Auch im Nachgespräch betonte sie nochmals die Notwendigkeit, den tatsächlichen Bedarf und die Zielgruppen zu bestimmen, damit entsprechende Angebote auch greifen könnten.

Einen umfassenden, strukturellen Weiterentwicklungsansatz, der vor allem auf eine gute Kommunikation und die Identifizierung mit der Hochschule abzielt, formulierte der Kanzler. Der größte „Hebel“, den es zu nutzen gelte, sei das „Kapital Hochschule“. Es müsse eine offene Umgangskultur geschaffen werden, in der die Menschen gerne arbeiten würden und in der auch über persönliche Probleme gesprochen werden könne. Auf diese Weise könnte psychischen Problemen frühzeitig entgegengewirkt werden. An diese Sicht knüpft auch der letzte Punkt der Ergebnisdarstellung, der die Vernetzungspotenziale in den Blick nimmt, noch einmal an.

### Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Aus den Dokumenten ergeben sich nur wenige Anhaltspunkte dafür, dass die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter und Studierenden als Querschnittsaufgabe einen Platz in den Strategiekonzepten für die zukünftige Entwicklung hat. Das erklärte Ziel der Präsidentin im Oktober 2007, die „Attraktivität der Hochschule für ProfessorInnen und MitarbeiterInnen zu erhöhen“ (Newsletter 4/Okttober 2007), weist indirekt am ehesten in diese Richtung. Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass die aus den hochschulpolitischen Entwicklungen resultierende Notwendigkeit, die Hochschule im neuen Wettbewerb leistungsstark zu positionieren, eher wenig Raum für andere Werte und Gesichtspunkte lässt. Als wesentliches Ziel aller strukturellen Maßnahmen wurde in den entsprechenden Positionspapieren des Jahres 2004 die „Erhöhung der Leistungskraft und Wettbewerbsfähigkeit unter Entwicklung interner und externer Vernetzung“ festgelegt. Als Entwicklungsschwerpunkte wurden die Kernbereiche „Lehre, Drittmittel und Internationalisierung“ benannt (vgl. Newsletter 7/Oktober 2004). Festzuhalten ist jedoch, dass die

Förderung der Frauen- und Familienorientierung sogar in die Zielvereinbarungen mit dem Wissenschaftsministerium im Jahr 2006 Eingang gefunden hat (vgl. Nachrichten Juli 2006) und insofern doch einen Teilbereich der Förderung mentaler Gesundheit erfasst.

Erwähnenswert ist auch, dass die Partizipation der Studierenden offiziell und ausdrücklich erwünscht ist. Von Seiten der Hochschulleitung wird immer wieder zu einer „offenen Diskussion“ über die zukünftige Entwicklung aufgerufen (vgl. z. B. Newsletter 6/Juli 2004). So fordert die Präsidentin beispielsweise ganz konkret die Studierenden zum Feedback auf, indem sie mit ihr persönlich oder über E-Mail in Kontakt treten (vgl. Nachrichten April 2007). Auch der Vizepräsident als Ansprechpartner für studentische Angelegenheiten bittet um eine möglichst engagierte Beteiligung der studentischen Delegierten in den entsprechenden Gremien (vgl. Newsletter 3/Juni 2007). Als Beispiel für die erfolgreiche Mitgestaltung der Studienbedingungen nennt er die Mitwirkung an der Konzeption eines Semestertickets, das nach einer Umfrage der Studierendenvertretung eine deutliche Mehrheit der Studierenden wünscht (vgl. Newsletter 4/Oktober 2007).

## 4.6 Management und Vernetzung

Das Kapitel „Management und Vernetzung“ als letzte Kategorie der Ergebnisdarstellung zu Gesundheitsstatus und Gesundheitspotential der Hochschule nimmt in zweifacher Hinsicht eine Sonderstellung ein. Zum einen wurde diese Kategorie, wie schon erwähnt, der allgemeinen Gesundheitsberichterstattungsstruktur hinzugefügt. Zum anderen wurde im Interviewleitfaden nicht explizit danach gefragt. Bewusst sollte exploriert werden, welche Rolle dieses in erster Linie strukturelle Thema – in Ergänzung zu den individuumsbezogenen Aspekten – bei der Beantwortung der Fragen spielt.

### Ergebnisse der Experteninterviews

*„Ich bin ein großer Fan von einer Kommunikation auf vielen Ebenen.“*

Die Betriebsärztin streifte das Thema Vernetzung, wenn sie feststellte, dass Gesundheitsförderung auch davon abhängt, wie „man Partner findet“. Als Einzige, aber auch eher beiläufig, erwähnte sie „Sitzungen, wo man Gesundheitsthemen dann auch zentral bespricht“ und führte als Beispiel die Arbeitssicherheitsausschusssitzung an, die ein abteilungsübergreifendes Gremium darstelle. Es war vor allem der Kanzler, der dem Thema – aus Sicht der Leitungsebene – eine eigene Bedeutung gab. In seinen Augen sei eine Kommunikation auf vielen Ebenen wichtig. Dies betreffe sowohl den fachlichen Austausch als auch der Stärkung der persönlichen Netzwerke zwischen den Mitarbeitern. Neben der hierarchischen, vertikalen Ebene sei auch die horizontale Vernetzung sinnvoll und notwendig.

Die angesprochene Vernetzung auf der horizontalen Ebene auch über die Grenzen der Fakultäten hinweg ist eine bedeutsame Perspektive sowohl im Hinblick auf die Prinzipien einer gesundheitsfördernden Hochschule als auch auf spätmoderne gesellschaftliche Trends. Die Vergrößerung der Autonomieräume für das Individuum sowohl im privaten wie auch im beruflichen Bereich – es werden weniger Befehle „von oben“ ausgeführt als vielmehr Aufgaben und Projekte eigenverantwortlich durchgeführt – zieht flachere Hierarchien nach sich und erfordert starke und sichere Bindungen des Einzelnen „auf gleicher Höhe“.

Unvollständig erscheint der Blick auf die Notwendigkeit von Vernetzung in Bezug auf externe Partner. Bekannt ist lediglich, dass die Fachhochschule der bayerischen Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung der bayerischen Hochschulen nicht offiziell angehört und auch keine personelle Mitgliedschaft beim Arbeitskreis gesundheitsfördernder Hochschulen besteht. Diese Möglichkeiten hat keine der interviewten Personen von sich aus angesprochen. Auf direkte Nachfrage der Forscherin wurde von Seiten der Personalabteilung eine im Vergleich zu Universitäten deutlich schwierigere Ausgangslage konstatiert: So wurde selbst eine nur beobachtende Teilnahme am Austausch in der „Bayerischen Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ in ihrem Sinn hinterfragt, weil die Universitäten einfach andere Rahmenbedingungen vorzuweisen hätten und der Dialog aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen offensichtlich nicht als auf Augenhöhe stattfindend erlebt werde.

## Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse lieferte hier noch einige Ergänzungen: Bezogen auf externe Netzwerkbildung und das konkrete Thema der Gesundheitsförderung, lässt sich als ein erster Schritt der Vernetzung der Beitritt der Fachhochschule zum Verbund der „Hochschulen für Gesundheit“ identifizieren. „Für die Fachhochschule München ist die Mitgliedschaft Ausdruck ihres wachsenden Engagements in Gesundheitsfragen und ihrer im Frühjahr 2006 beschlossenen strategischen Öffnung für die Gesundheitsdisziplinen“ (Gesundheit und Soziales Vol. 2, Nr. 3, S. 1). Als Folge dieser Entscheidung wird ab 2008 erstmals ein dualer Pflege-Studiengang am Fachbereich 11 angeboten. Veranstaltungen wie das im Oktober 2007 durchgeführte Hochschulforum zur Zukunft der Gesundheitsberufe (vgl. Pressemitteilung 19/2007) oder die Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie DGSP an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften (vgl. Nachrichten 11/07) weisen in die gleiche Richtung und bilden bedeutsame Vernetzungsplattformen nach außen.

Auch der Austausch in Netzwerken, die nicht auf das Thema Gesundheit bezogen sind, kann als für die mentale Gesundheit relevant gelten. So gehören etwa der Zusammenschluss zum Hochschulnetzwerk „Greater Munich Area“ (vgl. Newsletter 4/Oktober 2005) und das neu gegründete Bildungsnetzwerk „BenE München“ (vgl. Newsletter 4/Oktober 2007) ebenso in die Reihe förderlicher Vernetzungsstrukturen wie die vielen bi- und multilateralen Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen, wie sie teilweise auch in den Veröffentlichungen dokumentiert sind.

Interne Vernetzungsdefizite der Fachbereiche sind an der Fachhochschule nicht zuletzt auch historisch und räumlich bedingt. Spätestens seit der Wiederaufnahme der Strukturdiskussion im Jahr 2004 ist die Vernetzung innerhalb der Hochschule wieder ein erklärtes Ziel der erweiterten Hochschulleitung (vgl. Newsletter 6/Juli 2004). Bei den Beschäftigten bietet beispielsweise der „Arbeitskreis Sekretärinnen“ Gelegenheit zum unbürokratischen Informationsaustausch (vgl. Nachrichten Juli 2006). Auf der Ebene der Studierenden bildet die studentische Organisation „I-Club“ für ausländische Studenten ein Beispiel fakultätsübergreifender Vernetzung (vgl. [www.international-club.net](http://www.international-club.net)).

## 5 Diskussion und Handlungsempfehlungen

Der abschließenden Bewertung der Ergebnisse sei ein Zitat von Fallner vorangestellt:

„Je mehr jedoch Hochschulen künftig an ihrem Output gemessen werden und je höher die Ansprüche von Studierenden und Beschäftigten an das Image und Sozialklima einer Hochschule sein werden, desto nachdrücklicher wird sich die Frage nach dem Gelingen einer gleichermaßen gesundheitsfördernden und erfolgsorientierten Steuerung stellen. Gerade in hochkomplexen Organisationen wie Hochschulen erfordert ein entsprechender Kulturwandel jedoch Zeit und ein prozessbezogenes Denken. Erste Impulse müssen von den Hochschulleitungen ausgehen (Fallner 2006b: 140).

Die angesprochene Effektkongruenz zwischen der Gesundheitsförderung und den originären Zielen einer Hochschule kann in besonderem Maß für den Bereich der mentalen Gesundheit angenommen werden, da psychische Störungen sich besonders stark auf Arbeitsproduktivität und soziale Beziehungen auswirken. Hochschulen sind herausgefordert, dazu Position zu beziehen.

Wo die Hochschule München in diesem Zusammenhang gegenwärtig steht, was ihr spezifisches, vor allem strukturelles Potenzial in Bezug auf die Förderung mentaler Gesundheit ist und welche konkreten Handlungsempfehlungen sich daraus ableiten, darauf geht das letzte Kapitel dieses Beitrags im Rückgriff auf Theorie und Empirie ein.

### 5.1 Status quo und Entwicklungspotenzial

Insgesamt ergibt sich aus den Untersuchungen das Bild einer Hochschule, die nach vielen Jahren der Aufbauarbeit mittlerweile gute äußere Arbeits- und Standortbedingungen vorzuweisen hat. Während aber in den anstrengenden „Pionierjahren“ die Gestaltung einer neuen Hochschulform einen gewissen inneren Zusammenhalt zur Folge hatte, muss dieses „Wir-Gefühl“ der Hochschule unter den heutigen Bedingungen offenbar neu hergestellt werden. Der interne Reform- und Leistungsdruck im Zuge der Veränderungen im Hochschulbereich ist erheblich und betrifft sowohl die Statusgruppe der Studierenden als auch die der Wissenschaftler und der Beschäftigten in Verwaltung und Technik. Die Studierenden sehen sich einerseits durch Studienverdichtungen einem erhöhten Leistungsdruck gegenüber, scheinen aber andererseits durch ihre neue Kundenrolle tendenziell an Einfluss im System und damit an Handlungskompetenz zu gewinnen. Für das Personal in Verwaltung und Technik ergeben sich offensichtlich eher neue Belastungen. Dazu gehören Zeitdruck, Überforderung durch neue Aufgaben, mangelnde Gratifikation der Leistung und Anpassungsschwierigkeiten infolge der Umstrukturierungen.

Ressourcenstärkende Maßnahmen in Form von Schulungen und Veränderungen der Arbeitsorganisation wurden jedoch bereits eingeleitet. Auch das Verhalten der Führungskräfte wird offenbar häufig als belastend erlebt. Über den daraus resultierenden mentalen Gesundheitszustand und das Arbeitsklima beim Personal liegen abgesehen von etwa durchschnittlichen Fehlzeiten nur wenige Informationen vor. Anzeichen dafür, dass psychische Störungen neben individuellen Faktoren auch im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld stehen könnten, sollte aber nachgegangen werden. Im Bereich der neuen wissenschaftlichen Mitarbeiter verursachen die befristeten Arbeitsverhältnisse eine hohe Fluktuationsbelastung. Die Umstellung der Studiengänge und erhöhte Anforderungen in den Bereichen Lehre, Forschung und Drittmittel lassen auch bei den Wissenschaftlern einen Anstieg der Belastungen vermuten. Als Ressource kann diese Gruppe jedoch nach wie vor auf eher große Handlungsspielräume zurückgreifen.

Erste Ansätze einer betrieblichen Gesundheitsförderung sind erkennbar, basieren jedoch bisher nicht auf einer Bedarfserhebung. Die Nachhaltigkeit mancher Angebote wird durch mangelnde zeitliche, personelle und vereinzelt auch räumliche Ressourcen erschwert. Eine offizielle psychologische Beratungsstelle für das Personal fehlt. Auch die vor einigen Jahren in die Wege geleitete Suchtberatung im Rahmen des damals gegründeten Arbeitskreises Suchtprävention ist derzeit nicht aktiv.

Der Schwerpunkt des Leitbildes liegt auf den originären Zielen einer Fachhochschule, wie anwendungsorientierte Lehre, Forschung und Arbeitsmarktorientierung. Hervorzuheben ist, dass Vernetzung, Frauenförderung und Partizipation als wichtige strukturelle Prinzipien auch im Leitbild und damit im Bewusstsein der Hochschulleitung verankert sind. Die praktische Ausgestaltung dieser Aspekte scheint freilich eine fortdauernde und weiter zu optimierende Aufgabe zu bleiben. Einige deutliche und konkrete Schritte, wie etwa der Bau einer Kinderkrippe, sind zu verzeichnen. Die aktuelle hochschulpolitische Entwicklung erfordert eine Neupositionierung der Hochschule, wie sie auch durch die Namensänderung und das neue Corporate Design zum Ausdruck kommt. Diese – sozialpsychologisch gesprochen – Identitätsarbeit bestimmt die gegenwärtige Situation und schließt die Chance auf Veränderung und neue Profilierung bei gleichzeitiger Integration des Bestehenden und Gewachsenen mit ein.

Das Entwicklungspotenzial, das mit diesem Veränderungsprozess verbunden wird, gilt es fruchtbar zu machen. In der Sprache der Salutogenese geht es um die (Wieder-)Herstellung des Kohärenzgefühls der Organisation Fachhochschule. Alle Statusgruppen müssen in ihrem Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit in Bezug auf ihre Rolle im Setting gestärkt werden. „Generalisierte Widerstandsressourcen“ konnte die Hochschule im Laufe ihrer Geschichte bereits aufbauen und hat damit ihre Reform- und Anpassungsfähigkeit unter Beweis gestellt – dies betraf vor allem den Umgang mit äußerlichen, evidenten Belastungen. Derzeit scheinen sich eher nicht sichtbare, mentale Belastungen zu verstärken, die es aufzudecken und zu bewältigen gilt. Als zu aktivierende Ressource bei dieser Anpassungsleistung kann dabei der Fachbereich 11 gesehen werden, der durch die Kombination von sozial- und gesundheitswissenschaftlichem Know-how diesen Prozess fachlich unterstützen könnte. Zu beachten ist jedoch, dass die Fakultät als Teil des Systems selbst in den Prozess involviert ist. Das Hinzuziehen externer Partner mit Fachwissen wäre insofern eine Option, die durch eine „neutralen Perspektive von außen“ weitere Ressourcen erschließen und eine größere Verbindlichkeit herstellen könnte. In jedem Fall hat der Prozess alle Gruppen der Hochschule mit einzubeziehen und wirkt sich auch auf alle Mitglieder aus, da Organisationsentwicklung als das Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung verstanden werden kann.

In diesem Sinn gilt es, wie auch vom Kanzler im Interview angesprochen wurde, das „Kapital Hochschule“ neu zu beleben und dadurch das „Wir-Gefühl“ zu schaffen, das für die Bewältigung von Anforderungen und für die mentale Gesundheit entscheidend erscheint. Dabei ist „aus der Sozialkapitalforschung [...] bekannt, dass vor allem die in sozialen Systemen gemeinsam gelebten Werte und Normen, der Zusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung zur Sozialisation der Systemangehörigen beitragen“ (Faller 2006b: 137). Von der global-normativen Ebene ausgehend, sollten entsprechende Maßnahmen auf der strategischen und operativen Ebene eingeleitet werden, die dann auch individuumsbezogen sein können – wie sich dies etwa in Beratungsleistungen, der Organisation eines Gesundheitstages oder auch der Pflege des bereits etablierten Sportangebots niederschlagen kann.

## 5.2 Handlungsempfehlungen

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit muss es angesichts der Herausforderungen pluraler und ausdifferenzierter Gesellschaften immer darum gehen, die Einbindung von autonomen Individuen in ihre sozialen Bezüge zu fördern. Krankheit stellt in diesem Zusammenhang immer auch eine Gefahr für die Inklusion dar. Dies gilt, wie wir im theoretischen-empirischen Teil dieser Arbeit gesehen haben, insbesondere für die mentale Gesundheit. Exklusion bedingt psychische Störungen, und umgekehrt bedingen psychische Störungen auch Exklusion. Empowerment stellt dabei die individuumsbezogene, Partizipation die gemeinschaftsorientierte Strategie dar, wie dieser Teufelskreis durchbrochen werden kann. Gesundheitsförderung kann insofern immer als impliziter Teil der Sozialen Arbeit angesehen werden.

Auf dieser Basis und vor dem Hintergrund der dargestellten Ist-Situation der Fachhochschule und ihres erkennbaren Potenzials sollen nun im Folgenden einige konkrete Empfehlungen ausgesprochen werden, die auf die theoretischen Vorüberlegungen in dieser Arbeit zurückgreifen. Neben den schon genannten Strategien der Befähigung und Partizipation sollen auch die Grundprinzipien Anwaltschaftlichkeit und Vernetzung, wie sie sowohl für die Soziale Arbeit als auch für die Gesundheitsförderung konstituierend sind, zur Anwendung kommen (vgl. Franzkowiak 2006: 138f). Die nachstehenden Vorschläge sind in Form von Thesen formuliert und werden differenziert nach wissenschaftlichem und allgemeinem Handlungsfeld dargestellt.

### Wissenschaftliches Handlungsfeld

- Die Hochschule München unterstützt Einrichtungen und Forscher, die sich mit Fragen der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule beschäftigen. Dies gilt in besonderer Weise für die Förderung mentaler Gesundheit, da „Mental Health“ im Zuge der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen und des auch an den Hochschulen erkennbaren Belastungsstrukturwandels an Bedeutung gewinnt. Der Fachbereich 11 wird als hochschulinterne Ressource aktiv in die weitere Forschung eingebunden.
- Unterstützt werden insbesondere Untersuchungen über den Gesundheitszustand von Beschäftigten und Studierenden, deren Arbeitsbelastungen, daraus resultierende Bedarfe und deren mögliche Umsetzung. Die Ergebnisse sollen gegenüber den Befragten transparent gemacht werden. Der Austausch mit anderen Forschungsgruppen im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, insbesondere über forschungsmethodische Fragen, ist dabei wünschenswert.
- Kooperationen mit externen Partnern einschließlich der Akquisition von Forschungsfördermitteln werden angestrebt. Zu denken ist hier insbesondere an Krankenkassen bzw. deren Verbände und Unfallversicherungsträger.
- Langfristiges Ziel ist der Aufbau einer verstetigten Gesundheitsberichterstattung an der HM im Rahmen regelmäßiger Surveys zur Diagnose des Gesundheitszustandes der Statusgruppen und der Arbeits- und Organisationsbedingungen. Auf dieser Basis lassen sich dann Ziele formulieren und entsprechende Maßnahmen auf der individuellen und strukturellen Ebene implementieren, begleiten, evaluieren. Als Modell dient der Public-Health-Action-Cycle (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004: 25f).

### Praktisches Handlungsfeld

- Die Hochschule München berücksichtigt Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in ihren Strategieplanungen. Mit einer Verankerung der Gesundheitsförderung im Leitbild wird die Selbstverpflichtung der Hochschule, in einen Gesundheitsförderungsprozess einzutreten, nach außen sichtbar und bietet nach innen die normative Basis für konkrete Schritte.
- Die HM schafft mit der Einrichtung eines (nicht zu großen) Steuerkreises zum Thema Gesundheit eine Plattform, auf der sich die Beteiligten in Form eines ständigen Arbeitskreises und ggfs. im Austausch mit Projektgruppen mit Gesundheitsthemen an der Hochschule befassen. Der Steuerkreis unterrichtet die Hochschulleitung regelmäßig über seine Arbeit und unterbreitet ihr Vorschläge.
- Partizipationsmöglichkeiten für alle Gruppen an der Hochschule werden sichergestellt. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Gruppe der nichtwissenschaftlich Beschäftigten, deren mentale Gesundheit offenbar derzeit besonderen Belastungen ausgesetzt ist.
- Als nachhaltigen Motor für diese Arbeit wird eine neue personale Ressource geschaffen, die die Arbeit der Steuerungsgruppe leitet, den Gesundheitsförderungsprozess koordiniert und an der Hochschule verantwortlich vorantreibt. Entsprechend der Empfehlung der WHO ist für diese Koordinationsaufgaben eine halbe Personalstelle zu veranschlagen (vgl. Faller 2006c: 66). Insbesondere wegen der erforderlichen professions- und schnittstellenübergreifenden Netzwerkkompetenz wird diese Koordinationsstelle mit einer Person besetzt, die aus dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit kommt und einschlägige Kenntnisse bzw. Erfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung hat.
- Die vorhandenen Strukturen und Angebote werden im Rahmen dieses Prozesses zunächst gesichtet, zusammengestellt und bewertet. An bestehende Strukturen und Angebote soll nach Möglichkeit angeknüpft werden (z. B. Sitzung des Arbeitssicherheitsausschusses, Personalversammlung, Arbeitskreis Suchtprävention), um kapazitätsbindende Strukturaddition zu vermeiden.
- Die Hochschule München sucht verstärkt den Anschluss und die praktische Mitarbeit in den Hochschulnetzwerken zur Gesundheitsförderung. Auf Landesebene ist eine institutionelle Mitgliedschaft anzustreben, auf Bundesebene wäre der Beitritt der Koordinatorin/des Koordinators sinnvoll.
- Die interne Vernetzung der HM wird weiter vorangetrieben. Bei der externen Netzwerkarbeit soll verstärkt die Zusammenarbeit mit den anderen Hochschulen der Stadt sowie mit lokalen und regionalen Einrichtungen der Gesundheitsförderung gesucht werden. Eine Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung wäre zum Beispiel mit den sozialmedizinischen Fakultäten denkbar.



## ■ Ausblick

Im vorliegenden Beitrag wurde versucht, im Sinne einer explorativen Annäherung die Frage zu beantworten, wie es um die mentale Gesundheit der an der Fachhochschule München arbeitenden und studierenden Menschen bestellt ist, wo bereits Ansätze für Gesundheitsförderung existieren und welches Entwicklungspotenzial erkennbar ist. Die Hauptergebnisse der Untersuchung ergaben Anhaltspunkte dafür, dass der in den Arbeitswissenschaften diskutierte Belastungsstrukturwandel mit einem neuen Schwergewicht auf psychischen und sozialen Beeinträchtigungen auch im Hochschulbereich angekommen ist. Nachgegangen werden sollte den Hinweisen darauf, dass es diesbezüglich möglicherweise besonders vulnerable Personengruppen innerhalb der Hochschule gibt.

Eine konkrete Bestandsaufnahme bzw. Bedarfserhebung bei den Statusgruppen als Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess könnte die Basis für individuell wie auch strukturell ausgerichtete Maßnahmen schaffen und dabei an Bestehendes anknüpfen. Die Entscheidung der Hochschulleitung für einen solchen Prozess, die Bereitstellung der entsprechenden Ressourcen und die Partizipation aller Gruppen im Setting wären dabei die notwendigen Voraussetzungen.

Als besondere Ressource der Hochschule zeigte sich ihre über die Jahre erworbene Reform- und Anpassungsfähigkeit. Die zum Wintersemester 2007/2008 erfolgte Namensänderung und die Neugestaltung des Corporate Designs haben in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung für die weitere Entwicklung. Sie signalisieren eine neue Zäsur im Profil- und Identitätsentwicklungsprozess der Organisation, die möglicherweise mit Unsicherheiten, vor allem aber auch mit neuen Chancen einhergeht. In jedem Fall gilt es, diesen äußeren Schritt auch inhaltlich zu füllen: Nach Meinung der Autorin ist es vor allem die Frage nach Sinn- und Wertorientierung, der sich die Hochschule erneut und ernsthaft zu stellen hat. Wie gezeigt wurde, ist sie in vielen Konzepten zur Entstehung mentaler Gesundheit ein zentraler Aspekt, der sich sowohl individuell wie auch kollektiv auswirkt. Indem die Hochschule eine Antwort auf die Frage findet, wofür sie als Organisation unter den aktuellen Rahmenbedingungen steht, schafft sie für ihre Mitglieder die Möglichkeit zur vertrauensvollen Identifikation und damit eine wichtige Ressource für deren mentale Gesundheit.

Wie viele Experten vermuten, wird der Bologna-Prozess keine Angleichung, sondern eine Diversifizierung der Hochschullandschaft hervorrufen. Die Hochschulen sind insofern ohnehin zu einer Imagebildung und Profilierung herausgefordert, die über die Kernaufgabe qualifizierter wissenschaftlicher Lehre und Forschung hinausgeht. Da sie in einer Informations- und Wissensgesellschaft an Einfluss gewinnen, wächst auch ihre Verantwortung für die Bedingungen, unter denen Wissen hergestellt und vermittelt wird. Die Wirtschaft macht es uns vor: Verbraucher kaufen nicht nur Produkte, sondern auch Werte. Einige Unternehmen investieren deshalb in gesellschaftliches oder ökologisches Engagement, sowohl im Hinblick auf ihre Mitarbeiter als auch nach außen. Auch für die Hochschule München wäre hier aus meiner Sicht ein wichtiger Ansatzpunkt für die Organisationsentwicklung. Wenn die Identifikation mit der Organisation und ihren Zielen auf diese Weise neu hergestellt wird, fördert dies die mentale Gesundheit ihrer Mitglieder ebenso wie ihre Leistungsfähigkeit. Diese Effektkongruenz, die jedenfalls langfristig zu erwarten ist, wäre ein lohnender Gegenstand für die weitere Sozialforschung.

An den Schluss dieses Beitrags sei ein Zitat von Sievers gestellt, der bis zu seiner Emeritierung im Sommer dieses Jahres einen Lehrstuhl für Wirtschaftswissenschaften mit sozialwissenschaftlicher Ausrichtung an der Bergischen Universität Wuppertal innehatte. Es knüpft an die vorangegangenen Ausführungen zur Sinn- und Wertorientierung und tritt dabei unrealistischen Heile-Welt-Vorstellungen entgegen:

„Leiden ist mit der Arbeit in unseren Organisationen unausweichlich verknüpft; wir können es nicht beseitigen. Die einzige Wahl, die wir individuell wie kollektiv haben, besteht darin, Einfluß darauf zu nehmen, ob dieses Leiden letztlich eine pathogene Funktion in dem Sinne hat, daß es Menschen krank werden lässt und die Leistungsfähigkeit eines Betriebes verringert, oder ob diesem Leiden insofern eine kreative Bedeutung zukommt, als dieses Leiden deshalb ausgehalten und überwunden werden kann, weil es einen Sinn hat, weil es – individuell wie kollektiv – zu etwas führen kann, zu einem Gefühl von Erleben und Verwirklichung, das anders nicht zu erreichen ist. Mit dem Leiden ist es ähnlich wie mit unserer Sterblichkeit; anstatt es auszumerzen und es zu ignorieren, sollten wir uns wieder an die Möglichkeit gewöhnen, ihm einen Sinn

zu geben. Leiden und Sterblichkeit auf eine solche Weise wieder ernst zu nehmen, begründet erst das ernsthafte Bemühen, pathogenes Leiden und frühe Sterblichkeit zu reduzieren.

Eine so verstandene Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung könnte meines Erachtens ein hohes Maß an sozialer Phantasie und Anstrengung, aber auch an Kreativität und Arbeitsfreude freisetzen, von dem unsere Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (und Hochschulen; Anm. d. Verfasserin) ebenso profitieren werden wie die Menschen, die darin arbeiten“ (Sievers 1993: 41).

Gerade eine solche Nüchternheit sollte es erlauben, motiviert die möglichen und notwendigen Schritte eines Gesundheitsförderungsprozesses einzuleiten. Der Mut dazu und der entsprechende Erfolg ist auch der Hochschule München zu wünschen.

## 6 Abbildungen, Tabellen und Abkürzungen

### Abbildungen

**Abb. 1:** Funktionsmodell psychische Gesundheit

**Abb. 2:** Primärprävention Abb. 3: Gesundheitsförderung und Prävention

### Tabellen

**Tab. 1:** Externe Risiko- und Schutzfaktoren für mentale Gesundheit

**Tab. 2:** Vorschlag für eine Gliederungssystematik für einen Hochschulgesundheitsbericht

**Tab. 3:** Gesundheitsförderungsangebote an der Hochschule München

### Abkürzungen

AG	Arbeitsgemeinschaft
FH	Fachhochschule
GBE	Gesundheitsberichterstattung
ICD	„International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ – Abkürzung für das internationale statistische Klassifikationssystem der WHO für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme
RKI	Robert-Koch-Institut
SOC	Sense of Coherence
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

## 7 Literatur

- Allgöwer, A. / Stock, C. / Krämer, A. (2000): Wie gesund leben Studierende? In: Sonntag, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa, 105–114
- Arolt, V. (2003): Epidemiologie psychischer Störungen. In: Schwartz F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 605–613
- Badura, B. / Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (2007): Gesundheitsmonitor Bayern. Ausgabe 1/2007: Psychische Gesundheit. [http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsmonitor\\_1\\_2007.pdf](http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsmonitor_1_2007.pdf) (Zugriff am 30.8.07)
- Beck-Dossler, K.(2007): Vernetzung der Universitäten auf Landesebene: Die Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Historie und Motive. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 195–200
- Bengel, J. / Strittmater, R. / Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Fachheftreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
- Bröckamp-Stone, U. (2003): Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.):Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 243–254
- Brunner, S. / Bachmann, N. (1999a): Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. In: Bachmann, N. / Berta, D. / Egli, P. / Hornung, R.: Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Hans Huber
- Büthe, C. (2005): Akteure in einer gesunden Hochschule. In: Hochschul-Informationssystem HIS B1/2005: Gesundheitsförderung in Hochschulen. Hannover: HIS Hochschul-Informationssystem, 31–34
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2005): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2005 <http://de.osha.europa.eu/statistics/statistiken/suga/> (Zugriff am 30. 8. 07)
- Deutsches Studentenwerk (Hrsg.) (2006): Beratung im Hochschulbereich. Ziele, Standards, Qualifikationen. Berlin: Deutsches Studentenwerk. [http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/05\\_Materialien\\_Links/Literatur/10611-2006.pdf](http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/05_Materialien_Links/Literatur/10611-2006.pdf) (Zugriff am 30. 8. 07)
- Donders, N. C. G. M. / van der Gulden, J. W. J. / Furer, W. / Tax, B. / Roscam Abbing, E. W. (2003): Work stress and health among university personnel. International Archives of Occupational and Environmental Health 76 (8), 605–613
- Drescher, J. / Faller, G. / Gusy, B. / Kaus, A. / Krämer, A. / Maxwell, A. / Michel, S. / Nestmann, F. / Schnabel, P.-E. / Stiehler, S. / Wattendorff, F. / Wienemann, E. (2006): Zum Schluss: Leitlinien für eine integrierende Gesundheitspolitik in und mit Hochschulen. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 227–234

- Ehrenberg, Alain (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt: Campus
- Elkeles, T. (2003): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 653–659
- Europäische Kommission (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf) (Zugriff am 30. 8. 07)
- Faller, G. (2006a): Gesundheit und Arbeit aus Sicht der verschiedenen Statusgruppen an Hochschulen. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 36–56
- Faller, G. (2006b): Gesundheitsförderndes Führungsverhalten als Bestandteil der Hochschulkultur. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 133–140
- Faller, G. (2006c): Hochschulgesundheit als Projekt: Strategien der Kompetenzbildung und Organisationsentwicklung. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 57–79
- Faller, G. (2007): Qualitätskriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule. Bedeutung des Themas Qualität für die Gesundheitsförderung in Hochschulen. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 123–141
- Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.) (2006): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma
- Faltermaier, T. (2000): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler et al. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim: Juventa, 185–196
- Faltermaier, T. / Kühnlein, I. (2000): Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8 (4) 137–154
- Faltermaier, T. (2003): Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Jerusalem, Matthias / Weber, Hannelore (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe, 57–78
- Feser, H. (2006): Psychologische Theoriebildungen zur seelischen Gesundheit. Prävention 29 (1), 3–7
- Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. 3. Auflage. Reinbek: Rowohlt
- Franke, A. (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber
- Franzkowiak, P. (2000): Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule. Konzeption und Umsetzung. In: Sonntag, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa, 71–79
- Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Reinhardt

- Gläser, J. / Laudel, G. (2006): Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2. Auflage 2006. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Glaser, B. G. / Strauss, A. L. (1967): The discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine (dt.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber 1998)
- Gräser, S. (2007): Der Kohärenzsinn von Hochschulen – ein neuer Ansatz zur Corporate Identity? In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 61–70
- Gräser, S. / Hartmann, T. / Sonntag, U. (2007): Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen als gestaltende und vernetzende Plattform für das Setting Hochschule. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 167–185
- Hildebrand, C. / Michel, S. / Surkemper, H.-P. (2007): Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 13–28
- Isserstedt W. / Middendorff E. / Fabian, G. / Wolter A. (2007): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Ausgewählte Ergebnisse. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. [http://www.bmbf.de/pub/wslsl\\_2006\\_kurzfassung.pdf](http://www.bmbf.de/pub/wslsl_2006_kurzfassung.pdf) (Zugriff am 30. 8. 07)
- Jacobi, F. / Wittchen H.-U. / Höltig, C. / Höfler, M. / Pfister, H. / Müller, N. / Lieb, R. (2004): Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey. *Psychological Medicine* 34 (4), 597–611
- Karasek, R. A. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285–308
- Karasek, R. / Theorell, T. (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz F.W. et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer, 181–189
- Knigge-Illner, H. (2002): Psychosoziale Probleme Studierender im Wandel der Zeiten aus Sicht Psychologischer Beratung. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 33 (1), 43–56
- Krämer, A. / Prüfer-Krämer L. / Tshiang Tshiananga T. / Stock C. (2000): Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. In: Sonntag, U. et al. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele*. Weinheim: Juventa, 115–126
- Krämer, A. / Sonntag, U. / Steinke, B. / Meier, S. / Hildebrand, C. (Hrsg.) (2007): *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven*. Weinheim: Juventa
- Kroll, L. / Lampert T. (2007): Soziales Kapital und Gesundheit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 69, 120–127
- Kuhn, J. / Zirngibl, A. / Zapf, A. (2007): Psychische Störungen als Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung. In: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Abstractband zum Wissenschaftlichen Kongress „Medizin und Gesellschaft (Augsburg 17.–21. 9. 07)“, München-Gladbach: Rheinware, 189–190

- Kuhn, K. / Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005): Gesundheit und soziales Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Präsentation anlässlich des Workshops „Die Situation der psychischen Gesundheitsförderung in Deutschland. Zustandsanalyse und Ausblick“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin am 4. 11. 2005 in Berlin. [http://www.gnmh.de/daten/EMIP\\_Kuhn\\_Folien\\_Gesundheit\\_und\\_soziales\\_Wohlbefinden\\_am\\_Arbeitsplatz.ppt](http://www.gnmh.de/daten/EMIP_Kuhn_Folien_Gesundheit_und_soziales_Wohlbefinden_am_Arbeitsplatz.ppt) (Zugriff am 10. 9. 07)
- Laaser, U. / Hurrelmann, K. (2003): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim: Juventa, 395–424
- Lincke, H. J. / Stößel, U. (2007): Gesundheitsförderung im Setting Universität aus Sicht von Schlüsselpersonen. Einblicke und Ausblicke am Beispiel der Universität Freiburg. In: Prävention 30 (3), 83–86
- Meier, S. / Krämer, A. / Stock, C. (2007): Die Gesundheit der Studierenden im europäischen Vergleich. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 29–40
- Metz, A.-M. / Rothe, H.-J. / Pitack, J. (2006): Ressourcen, Belastungen und Beanspruchungen wissenschaftlicher Mitarbeiter. *Wirtschaftspsychologie* 2006 (2/3), 72–80
- Meuser, M. / Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, A. / Littig, B. / Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage 2005. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 71–93
- Nieder, P. (2004): Organisationsentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen. *OrganisationsEntwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management* 23 (4), 44–57
- Nübling, M., Stößel, U. / Hasselhorn, H.-M. / Michaelis, M. / Hofmann, F. (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Forschungsbericht. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Bremerhaven: nw-Verlag
- Pfaff, H. / Bentz, J. (2003): Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 419–435
- Richter, G. / Kuhn, K. / Gärtner, K. (2005): Toolbox Version 1.1. Instrumente zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastung. Dortmund/Dresden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Gründruck, Forschung Projekt F 1965)
- Robert Koch-Institut / Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Institut
- Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43 (9), 753–762
- Rosenbrock, R. / Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber
- Rückert, H.-W. (2006): „Bachelor: Healthy, wealthy und schnell“. Vortrag auf dem Thementag „Psychische Gesundheit an Hochschulen“ des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen am 27. 1. 06. <http://www.lu-hannover.de/imperia/md/content/gesundheitsmanagement/thementag/rueckert.pdf> (Zugriff am 30. 9. 07)

- Schnabel, P.-E. (2006): Zur Gesundheit des wissenschaftlichen Personals an Hochschulen – vermeidbare Belastungen erkennen und Potenziale fördern. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 141–159
- Schnabel, P.-E. (2007): Die Gesundheit von wissenschaftlich Beschäftigten – eine nicht einfach zu erreichende Statusgruppe. In: Krämer, A. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 41–57
- Schmutnig, R. (2001): Arbeitsplatz Hochschule – ein Beitrag zur Organisationsentwicklung und zum Arbeitsschutz. In: Hochschul-Informationssystem HIS B 3 / 2001. Hannover: Gesundheitsförderung in der Hochschule. Hannover: Hochschul-Informationssystem, 1–3
- Schwartz, F. W. / Siegrist, J./ Troschke, J. v. / Schlaud, M. (2003): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 23–47
- Schwartz, F. W. / Badura, B. / Busse, R. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J. / Walter, U. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe
- Siegrist, J. / Starke, D. / Chandola, T. / Godin, I. / Marmot, M. / Niedhammer, I./ Peter, R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European Comparisons. *Social Sciences & Medicine* 58, 1483–1499
- Sievers, B. (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. In: Pelikan J.M. et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa, 34–42
- Sonntag, U. / Gräser, S. / Stock, C. / Krämer, A. (2000a): Gesundheitsfördernde Hochschulen – Ein Setting-Projekt. In: Sonntag, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa, 7–10
- Sonntag, U. / Gräser, S. / Stock, C. / Krämer, A. (Hrsg.) (2000b): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa
- Stößel, U. / Lincke, H. J., Lange, B. / Kern, A. / Troschke, J. v. (2007): Pilotstudie zur Gesundheits- und Leistungsförderung an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Unveröffentlichter Abschlussbericht
- Stock, C. / Krämer, A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. *Das Gesundheitswesen* 63 (Sonderheft 1) 56–59
- Stock, C. / Meier, S. / Krämer, A. (2002): Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr? Perspektiven der Gesundheitsförderung an der Hochschule. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10 (2), 170–180
- Tsouros, A. (2000): Health promoting Universities: concept and strategy. In: Sonntag, U. et al. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien, Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa, 15–24
- Tuschinske, S. / Meier, S. / Krämer, A. / Mikolajczyk, R. (2007): Prävalenz der selbstberichteten Beschwerden bei FH-Studierenden in Nordrhein-Westfalen. In: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Abstractband zum Wissenschaftlichen Kongress „Medizin und Gesellschaft“ (Augsburg 17.–21. 9. 07), Mönchengladbach: Rheinware, 360–361



- Unnold, K. (2005): Zehn Jahre Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In: Hochschul-Informationssystem (Hrsg.): Gesundheitsförderung in Hochschulen. Kurzinformation Bau und Technik. B.1, Hannover: Hochschul-Informationssystem, 42–45
- Vaez, M. / Laflamme, L. (2003): Health behaviours, self rated health, and quality of life: a study among first year Swedish university students. *Journal of American College Health* 51 (4), 156–162
- Vaez, M. / Kristenson, M. / Laflamme, L. (2004): Perceived Quality of Life and Self-Rated Health among First-Year University Students. *Social Indicators Research* 68 (2), 221–234
- Voermans, S. (2007): Psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Datenlage und Bedeutung im Setting Hochschule – Schwerpunkt Beschäftigte. Vortrag auf der Tagung des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen am 2.2.2007 in Aachen. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/02.02.07.vortrag.dr.voermans.pdf> (Zugriff am 30. 9. 07)
- Wieland, R. / Tint-Antusch, T. / Hölper, K. (2005): Lebensraum Hochschule – für alle gesund und erfolgreich gestalten. Praxisbericht der Bergischen Universität Wuppertal. In: Hochschul-Informationssystem HIS B1 / 2005: Gesundheitsförderung in Hochschulen. Hannover: HIS Hochschul-Informationssystem, 35–41
- Wienemann, E. (2006): Auf dem Weg zum integrierten hochschulinternen Gesundheitsmanagement. In: Faller, G. / Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 182–190
- Wittchen, H.-U. / Müller, N. / Pfister, H. / Winter, S. / Schmidt-kunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2), 216–222
- Wittchen, H.-U. / Jacobi, F. (2004): Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 21. Berlin: Robert Koch-Institut
- Wittchen, H.-U. / Jacobi, F. (2005a): Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15 (4), 357–376
- Wittchen, H.-U. / Jacobi, F. (2005b): Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung. Vortrag auf dem 1. Deutschen Präventionskongress in Dresden am 1.12.2005. <http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf> (Zugriff am 30. 8. 07)
- Wittchen, H.-U. / Jacobi, F. (2006): Epidemiologie. In: Stoppe, G. / Bramesfeld, A. / Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin-Heidelberg: Springer, 15–37
- Wydlar, H. / Kolip, P. / Abel, T. (Hrsg.) (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 2. Auflage. Weinheim: Juventa

## 8 Angaben zur Autorin

Charis Gulder-Schuckardt, geb. 1968, studierte im Anschluss an das Abitur zunächst einige Semester Humanmedizin. Nach einer Ausbildung in der Buchbranche arbeitete sie mehrere Jahre als Vertriebsassistentin in einem Verlag, ehe sie Ende 2003 an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften das Studium der Sozialen Arbeit aufnahm. Im Januar 2008 schloss sie mit dem Diplom ab. Als Studienschwerpunkt wählte sie Gesundheitshilfen. Ihr Hauptinteresse galt dabei den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Die dieser Veröffentlichung zugrunde liegende Diplomarbeit trug den Titel „Förderung mentaler Gesundheit an der Fachhochschule München – eine explorative Annäherung“ und wurde mit dem Hochschulpreis 2008 des Referates für Arbeit und Wirtschaft der Landeshauptstadt München ausgezeichnet. Charis Gulder-Schuckardt arbeitet derzeit in der Bezirkssozialarbeit im Südwesten von München.