

Stand: 27.06.2005/Ha/Si

Titel:

Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland

Autoren:

Thomas Hartmann, Diana Siebert Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Autoren:	Prof. Dr. Thomas Hartmann, Diana Siebert
Titel/ Untertitel:	Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland
Stand:	27.06.2005
Institution:	Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Ort:	Clausthal-Zellerfeld/ Magdeburg
In:	Hochschul-Informationssystem (HIS): Gesundheitsförderung in Hochschulen. B1. Hannover: Hochschul-Informationssystem 2005, S.1-10.

Hochschulstruktur in Deutschland

Trend/Daten/Statistik

Der derzeitige Umbruch an den Hochschulen in Deutschland wird die Rahmenbedingungen der Lebenswelt (des Settings) Hochschule entscheidend verändern. Kennzeichnend dafür sind aus unserer Sicht folgende hier nur stichwortartig aufgeführte Bereiche:

Demographischer Wandel: Erhebliche Verjüngung der Studierenden bei gleichzeitiger „Vergreisung“ der Beschäftigten; Anwachsen des Frauenanteils in bestimmten (insb. zulassungsbeschränkten) Studiengängen; dramatischer Einbruch der Studienanfängerzahlen (Geburtenrückgang) wenn der Anteil Studierender pro Altersjahrgang nicht drastisch erhöht wird.

Struktureller Wandel: Schleichender Autonomieverlust, Zusammenlegung sowie Schließung von Hochschulen und Studiengängen; Einführung von Studiengebühren; Einführung von Bachelor- und Master-Abschlüssen sowie Einstellung der Diplomstudiengänge; Aufgabenveränderungen für die Studentenwerke; Übertragung zusätzlicher gesellschaftlicher Aufgaben; Primat der Informationstechnologie auf allen Ebenen.

Politischer Wandel: Privatisierung von akademischer Bildung; absehbare Re-Förderalisierung; Rückzug des Bundes aus finanzieller Förderung und gesetzlicher Standardsetzung der akademischen Bildung bei gleichzeitiger Propagierung des Hochschul- und Forschungsraums Europa.

Zweifellos liegen in Umbrüchen auch Chancen für ein Themenfeld wie die Gesundheitsförderung, denn die Nutzung der Bildungsressourcen zukünftiger Generationen muss durch verbesserte gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der Erziehung und Ausbildung unterstützt werden. Darüber hinaus muss es vordringliches Ziel sein, das Potenzial der älter werdenden Generationen des Hochschulpersonals durch gezielte gesundheitliche Interventionen zu erhalten, denn auf absehbare Zeit wird sich die seit fast dreißig Jahren chronische Unterfinanzierung akademischer Ausbildung weiter zuspitzen.

Anzahl der Hochschulen und Struktur des Hochschulbereichs in Deutschland

Im Wintersemester 2003/04 gab es in Deutschland insgesamt 373 Hochschulen, darunter 178 wissenschaftliche Hochschulen und 195 Fach- bzw. Verwaltungsfachhochschulen. Zu den wissenschaftlichen Hochschulen zählen die Universitäten, die Pädagogischen Hochschulen, die Theologischen Hochschulen und die Kunsthochschulen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Anzahl der Hochschulen in Deutschland aufgeschlüsselt nach Hochschularten und der Anzahl der jeweils Studierenden in Prozent im Wintersemester 2003/04.

Quellen: Statistisches Bundesamt 2004a, 2004b; Stand: September 2004

Hochschulart	Hochschulen 2003/04	Studierende [%] 2003/04
Universitäten	103	1.413.926 [70,0]
Fachhochschulen (ohne Verwaltungsfachhochschulen)	164	513.483 [25,4]
Verwaltungsfachhochschulen	31	38.458 [01,9]
Kunsthochschulen	52	31.211 [01,6]
Pädagogische Hochschulen	6	20.214 [01,0]
Theologische Hochschulen	17	2.539 [0,13]
Hochschulen insgesamt	373	2.019.831 [100]

Statusgruppen an den Hochschulen in Deutschland

Insgesamt handelt es sich beim Setting ‚Gesundheitsfördernde Hochschulen‘ um eine Zielgruppe von fast 2.5 Millionen Menschen, die in die Statusgruppen Studierende (80%), nichtwissenschaftliches (11%) und wissenschaftliches Personal (8%) eingeteilt wird.

Nach den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes haben sich im Wintersemester 2003/04 an den Hochschulen in Deutschland fast 2,02 Millionen Studierende (vgl. Tab. 2) immatrikuliert, so viele wie nie zuvor (Statistisches Bundesamt 2004b). Gegenüber dem Vorjahr war ein Anstieg der Studierendenzahlen von 4,2% zu verzeichnen. Von den Frauen und Männern studierten 1,41 Millionen (70%) an Universitäten bzw. 0.55 Millionen (27%) an Fachhoch- oder Verwaltungsfachhochschulen. Der Anteil der Frauen unter den Studierenden blieb bei 47,4% im Vergleich zum vorangegangenen Wintersemester 2002/03 unverändert. In den Jahren zuvor war dieser Anteil kontinuierlich gestiegen.

Tab. 2: Studierende nach Bundesländern für das Wintersemester 2002/03 und 2003/04 sowie die Veränderungen zum Vorjahr in Prozent. Ein teilweise dramatischer Rückgang an Studierenden zeichnet sich für das WS 2004/05 für die Bundesländer ab, die Studiengebühren für Langzeitstudierende eingeführt haben (NRW -16%!, Hessen -14%). *Quelle: Statistisches Bundesamt 2004b; Stand: September 2004*

Bundesland [% SS 2004]	2002/03	2003/04	Veränderung (%)
Baden-Württemberg	217.784	231.322	+ 6,2
Bayern	230.434	244.823	+ 6,2
Berlin	140.177	143.540	+ 2,4
Brandenburg	37.500	39.614	+ 5,6
Bremen	30.472	33.579	+ 10,2
Hamburg	69.180	71.320	+ 3,1
Hessen	164.608	177.756	+ 8,0
Mecklenburg-Vorpommern	29.792	32.371	+ 8,7
Niedersachsen	154.619	152.058	- 1,7
Nordrhein-Westfalen	523.283	531.548	+ 1,6
Rheinland-Pfalz	91.123	96.139	+ 5,5
Saarland	20.279	19.486	- 3,1
Sachsen	96.241	103.003	+ 7,0
Sachsen-Anhalt	43.364	48.715	+ 12,3
Schleswig-Holstein	43.719	45.364	+ 3,8
Thüringen	46.658	49.193	+ 5,4
Insgesamt	1.939.233	2.019.831	+ 4,2

Die Anzahl der Studienanfänger erreichte mit rund 385.000 (+ 7% zum Vorjahr) im Studienjahr 2003/04 einen neuen Höchststand. Unter den Studienanfängern sind 48% Frauen. Nachdem im Studienjahr 2002/03 erstmals mehr Frauen als Männer ein Hochschulstudium aufgenommen hatten, ging der Frauenanteil im aktuellen Studienjahr somit leicht zurück.

Die Erhebung des Personals an Hochschulen umfasst alle am Erhebungstichtag (1.12.) an deutschen Hochschulen haupt- und nebenberuflich tätigen Personen (Abb. 1) ohne studentische Hilfskräfte (Statistisches Bundesamt 2004c). Ende 2003 sind insgesamt 484.732 MitarbeiterInnen an deutschen Hochschulen tätig. Unterschieden wird zwischen dem nichtwissenschaftlichen Personal (55%) einerseits und dem

Hauptberuflich	<ul style="list-style-type: none"> • Professoren/innen • Dozenten/innen und Assistenten/innen • Wissenschaftliche und künstlerische Mitarbeiter/innen • Lehrkräfte für besondere Aufgaben
Nebenberuflich	<ul style="list-style-type: none"> • Gastprofessoren/innen, Emeriti • Lehrbeauftragte • Wissenschaftliche Hilfskräfte (incl. Studentische Hilfskräfte)

Abb. 1: Einordnung der haupt- und nebenberuflich Tätigen des wissenschaftlichen und künstlerischen Personals an deutschen Hochschulen.

wissenschaftlichen und künstlerischen Personal mit 216.648 (45%) MitarbeiterInnen (davon knapp 38.000 (7.8%) ProfessorInnen) andererseits (vgl. Tab. 3). Das nichtwissenschaftliche Personal besteht u.a. aus dem Verwaltungs- und Bibliothekspersonal sowie Technischen Personal, dem Pflegepersonal an Hochschulkliniken sowie den Auszubildenden. An den Hochschulkliniken sind ca. 45.000 Personen tätig.

Tab. 3: Personal an deutschen Hochschulen im Jahr 2002 und 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004b; Stand: November 2004

Hochschulpersonal	2002	2003
Nach Personengruppen		
Wissenschaftliches und künstlerisches Personal	214.753	216.648
darunter Professoren/innen	37.861	37.965
nichtwissenschaftliches Personal	269.940	268.084
insgesamt	484.693	484.732

Stand der gesundheitlichen Prävention in Deutschland

Prävention und Gesundheitsförderung

Der Begriff **Prävention** stammt aus dem Lateinischen und bedeutet die Vermeidung bzw. Vorbeugung von Krankheiten durch die Beeinflussung bzw. Reduktion von krankheitsspezifischen Risikofaktoren. Nach Waller (2002) lässt sich die Einteilung von Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt, nach der Zielgröße und nach der Methode vornehmen: Nach dem Zeitpunkt unterscheidet man Primäre Prävention (Krankheitsvermeidung, bezieht sich auf die Krankheitsursachen), Sekundäre Prävention (Krankheitsfrüherkennung, bezieht sich auf die Krankheitsentstehung) und die Tertiäre Prävention (Verhütung des Rückfalls bzw. Rehabilitation, bezieht sich auf den Krankheitsverlauf). Nach der Zielgröße können Verhaltensprävention (Krankheitsvermeidung durch Änderung des Verhaltens) und Verhältnisprävention (Krankheitsvermeidung durch Änderung der Verhältnisse) unterschieden werden. Bei der Einteilung der Präventionsmaßnahmen nach der Methode unterscheidet man Präventivmedizin, Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsselbsthilfe und Gesundheitspolitik. Das kommende Präventionsgesetz vereinheitlicht den Präventionsbegriff im Sozialgesetzbuch und subsumiert unter dem neuen Oberbegriff **gesundheitliche Prävention** die primäre, sekundäre, tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung ist nach Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept, das auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenziale der Menschen abzielt. In der Ottawa-Charta von 1986 wird Gesundheitsförde-

zung folgendermaßen definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen...“ (WHO 1986). Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung von 1997 weiterentwickelt worden: Danach wird Gesundheitsförderung verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (WHO 1997).

Gesundheitsförderung...

- orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive
- soll befähigen und orientiert sich dabei an Ressourcen und Potenzialen (Empowerment)
- unterstützt soziale Gerechtigkeit (ist sozialkompensatorisch)
- richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen (ist lebenswelt-, alltags- und umweltorientiert)
- beinhaltet die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen (wie geschlechts-, alters-, kulturspezifische Ausrichtung)
- umfasst sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen
- lässt alle Betroffenen und Beteiligten teilhaben und unterstützt die Selbsthilfe (Partizipation)
- ist als Querschnittsaufgabe multisektoral ausgerichtet
- nutzt den Zugang über Settings als Kernstrategie

Abb. 2: Merkmale und Prinzipien der Gesundheitsförderung

2.2 Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland wurde stark durch die Konzepte und Programme der Weltgesundheitsorganisation beeinflusst und ist geprägt durch das föderal gegliederte Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Einheitliche Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsstrukturen, wie z.B. in Großbritannien existieren in Deutschland nicht. Für die Gesundheitspolitik und somit auch für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung bestehen die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten des Bundes vor allem in der Sozialgesetzgebung, insbesondere über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Einführung und Umgestaltung des § 20 SGB V im Rahmen verschiedener Stufen der Gesundheitsreformen sowie das derzeit vorbereitete Präventionsgesetz gelten als Meilensteine in der Entwicklung und Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Folgende gesetzliche Regelungen waren maßgebend (vgl. Kaba-Schönstein 2003):

1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG):

Einführung des § 20 SGB V: Gesundheitsförderung und Prävention werden zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung wird im Gesetz ein Kooperationsauftrag zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern verankert.

1992 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG):

Die zweite Stufe der Gesundheitsreform umfasste die Erweiterung des § 20 SGB V um die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen mit gesundheitsfördernder und rehabilitativer Zielsetzung.

1996 Beitragsentlastungsgesetz:

Die Möglichkeit der Krankenkassen in Wettbewerb zueinander treten zu können, führte zu Spannungen zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerblichen Zielen der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung der GKV. Als Folge dieser „Bauchtanzdebatte“ kam es zur Neuformulierung des § 20 SGB V, der nun auf Schutzimpfungen, krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung und die Verhütung arbeitsbedingter Ge-

sundheitsgefahren begrenzt wurde. Gesundheitsförderung wurde als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen wieder gestrichen und den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherungen übertragen. Die bestehenden Gesundheitsförderungsstrukturen der Krankenkassen wurden abgebaut und Gesundheitsförderung zur ausschließlich versichertenfinanzierten Satzungsleistung, was eine negative Signalwirkung für die weitere Verankerung umfassender Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen in Deutschland zur Folge hatte.

2000 GKV-Gesundheitsreform:

Mit der Gesundheitsreform 2000 erfolgte die Neugestaltung des § 20 SGB V, nach dem die Krankenkassen nun Leistungen der primären Prävention vorsahen. Der Begriff Gesundheitsförderung taucht außer bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr auf. Im Rahmen der Primärprävention wird allerdings erstmalig gesundheitliche Chancengleichheit eingefordert: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“. Ebenfalls positiv war die erstmalige Einführung einer "Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung" (§ 65b SGB V) sowie Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Rehabilitation (§ 43, Abs. 3) für chronisch Kranke und ihre Angehörigen (§ 43 SGB V).

2001 wurde von der Gesundheitsministerin ein *Runder Tisch Gesundheit* einberufen, dem Kostenträger, Leistungsanbieter und Vertreter von Patienten und Selbsthilfe angehören und der u. a. die Gründung einer Stiftung (oder einer vergleichbaren Einrichtung) zum Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland vorschlug. Daraufhin wurde im Juli 2002 das **Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung** in Berlin gegründet, welches Ziele, Inhalte, Maßnahmen und Instrumente von Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert, vereinbart, umsetzt und kommuniziert (vgl. Kaba-Schönstein 2003).

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG):

Mit Inkrafttreten des GMG wurde ein Bonussystem eingeführt, nach dem die Versicherten die aktiv Vorsorge betreiben und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnehmen von ihrer Krankenkasse einen Bonus erhalten können. Das gleiche gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen. Weiterhin dürfen Krankenkassen mit Einführung des GMG bei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl an die Arbeitgeber als auch an die teilnehmenden Versicherten einen Bonus vergeben.

2005 Präventionsgesetz:

Am 18. Februar hat der Bundestag in 1. Lesung den Entwurf der Regierungsparteien für ein Präventionsgesetz beraten. Laut Gesetzentwurf sollen künftig jährlich 250 Millionen Euro in Prävention und Gesundheitsförderung fließen, wobei davon 180 Millionen Euro über die GKV finanziert werden sollen, 40 Millionen Euro von der Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von der Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der Pflegeversicherung getragen werden sollen. Mit dem Geld soll der Aufbau der **Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung** auf Bundesebene, die z.B. Modellprojekte initiiert und bundesweite Präventionskampagnen durchführt, vorangetrieben werden. Es soll der Ausbau settingbezogener Modellprojekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene gefördert werden und Projekte der GKV, v. a. im Bereich verhaltensbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie Betrieblicher Gesundheitsförderung finanziert werden. Das Ausgabenvolumen von jährlich 250 Millionen Euro ist im Vergleich zu den Gesamtausgaben der Krankenversorgung in Deutschland zwar verschwindend gering und wird von der GKV als Hauptfinanzier äußerst kritisch gesehen (vgl. z. B. Bellwinkel 2005), dennoch wäre ein Präventionsgesetz ein erster Schritt und ein zentraler Meilenstein auf dem Weg

zur Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft als „Vierte Säule“ des Gesundheitssystems neben der Primärversorgung, der Rehabilitation und der Pflege. Erstmals ist damit der Setting-Ansatz (im Gesetz als Lebenswelt tituliert) auf allen politischen Organisationsebenen gesetzlich benannt und als zentrales Interventionsinstrument der **gesundheitlichen Prävention** festgeschrieben.

Strukturen und Aktivitäten Gesundheitsfördernder Hochschulen

Die Hochschule als Setting

Ein Setting (Lebenswelt) ist ein soziales System, das einerseits eine Vielzahl spezifischer Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, andererseits können in diesem sozialen System Bedingungen von Gesundheit gestaltet werden (Bauch 2002, Grossmann & Scala 1999). Zu unterscheiden ist:

- **Gesundheitsförderung in einem Setting**, das eine lange Tradition hat und die Einführung von Maßnahmen (z.B. Programmen und Projekten) der Gesundheitsförderung in einem Setting beinhaltet.
- Ein **gesundheitsförderndes Setting** ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel beinhaltet und Gesundheitsförderung primär als Organisationsentwicklung versteht (Pelikan et al. 1993). Kennzeichnend ist u. a. die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Statusgruppen eines Settings, die Evaluation der eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (vgl. Baric & Conrad 1999):

Klassische Beispiele für Settings sind Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und Hochschulen (vgl. Abb. 3.). Der Setting-Ansatz ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung und im zukünftigen Präventionsgesetz als Hauptinterventionsfeld festgeschrieben. Inwieweit die sehr bürokratische Regelung

Settings...

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (WHO)
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (WHO)
- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (Forum Bildung und Erziehung)
- Europäisches Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Gesunde Städte-Netzwerk (WHO)
- Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten (-)
- Gesundheitsförderung an Schulen (WHO)
- Gesundheitsförderung im Strafvollzug
- Gesundheitsförderung in Familien (-)
- Regions for Health Network (WHO)

Abb. 3: Settings in Deutschland bzw. mit deutscher Beteiligung in alphabetischer Reihenfolge (vgl. z.B. Altgeld 2003)

(WHO) = Offizielle Proklamation durch die WHO mit europäischer bzw. globaler Dimension. (-) = Bisher keine bundesweite Vernetzung bzw. nur auf Landesebene (z.B. Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen)

des Präventionsgesetzes auf Länderebene ein Vorteil für die Projektförderung an Hochschulen sein kann, ist zur Zeit noch nicht abzusehen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bisherige Förderungen der Bundesländer in Zukunft dem Finanzvolumen des Präventionsgesetzes übertragen werden könnten (Bellwinkel 2005).

Entsprechend anderen pädagogischen ‚Settings‘ wie Kindertagesstätten und Schulen, ist die überwiegende Anzahl der Mitglieder des Settings Hochschule nur für einen begrenzten Zeitraum in der akademischen Einrichtung ‚tätig‘. Die durchschnittliche Studiendauer beträgt noch 5-6 Jahre. Im Vergleich zu Kindertagesstätten bzw. Schulen sind Eltern von der Lebenswelt Hochschule ausgeschlossen. Lediglich in den Hochschulkliniken besteht die Möglichkeit, dass eine Gruppe Außenstehender als PatientInnen bzw. BesucherInnen für einen kurzen Zeitraum Anteil an der Lebenswelt Hochschule erhalten.

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

Der bundesweite Arbeitskreis "Gesundheitsfördernde Hochschulen" besteht seit 1995 und wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) gegründet. Die Aktivitäten der Mitglieder des Arbeitskreises sind regelmäßige Treffen im kleineren Kreis, i. d. R. in Hannover, und Treffen *vor Ort* an einer Hochschule mit gesundheitsfördernden Aktivitäten. Eine rechtsverbindliche Organisation (z. B. Verein) besteht nicht. Darüber hinaus werden vom Arbeitskreis und/oder von den Mitgliedern Tagungen oder Workshops zum Thema veranstaltet (vgl. Chronik von Hartmann & Sonntag 2005). Dies ist in der Literatur dokumentiert (z.B. Sonntag et al. 2000, Belchner & Gräser 2001, HIS 2001, Paulus & Stoltenberg 2002, VDSI 2002).

Die Entwicklung der Internetpräsenz für den Arbeitskreis "Gesundheitsfördernde Hochschulen" (<http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/>) gab den Anstoß, Anfang 2002 eine Befragung bei denjenigen durchzuführen, die dem Arbeitskreis bis dahin durch gemeinsame Aktivitäten oder Interessensbekundungen bekannt waren. Es wurden 92 Fragebögen an 60 Hochschulen bzw. Institutionen verschickt. Es haben 34 Hochschulen geantwortet. Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse als Beispiele für Strukturen und Aktivitäten einer Gesundheitsfördernden Hochschule vorgestellt (Hartmann et al. 2003).

Lediglich drei von den 34 befragten Hochschulen haben Gesundheitsförderung in ihrem Leitbild aufgenommen (HfM Hannover, U Trier, FH Neubrandenburg) und drei eine Dienstvereinbarung zur Gesundheitsförderung mit der Hochschulleitung (HfM Hannover, MedH Hannover, U Potsdam) getroffen.

20 der in der Auswertung repräsentierten 34 Hochschulen haben eine gesundheitsfördernde Struktur an ihrer Hochschule etabliert, wobei der Arbeitskreis die häufigste Struktur darstellt (Abb. 4). Weitere genannte gesundheitsfördernde Strukturen sind z. B.: AK Suchtprävention, Koordination Raumplanung, Projektgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement, Referat Hochschulsport, Sportzentrum, Ständiger Ausschuss Gesundheitspädagogik, Zentrale Einrichtungen.

An den gesundheitsfördernden Strukturen der 34 Auskunft erteilenden Hochschulen sind hauptsächlich beteiligt: Betriebsärztlicher Dienst (14x), Personalrat (11x), Hochschulleitung (8x), Hochschulsport (8x), PersonalreferentIn (7x), Studierende (7x), Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz (4x).

Sechzehn Hochschulen (47%) betreiben Projekte zur Gesundheitsfördernden Hochschule. Dazu gehören z.B. ein Gesundheitssurvey der Studierenden, Studienberatung, Substanzkonsum von Studierenden, Gesunde Hochschule, Musikphysiologie, Hörgefühl und aktuelle Körpermaße von Studierenden, Haltungs- und Fitnessanalyse von StudentInnen (vgl. auch aktuelle Datenbank auf Website des Arbeitskreises).

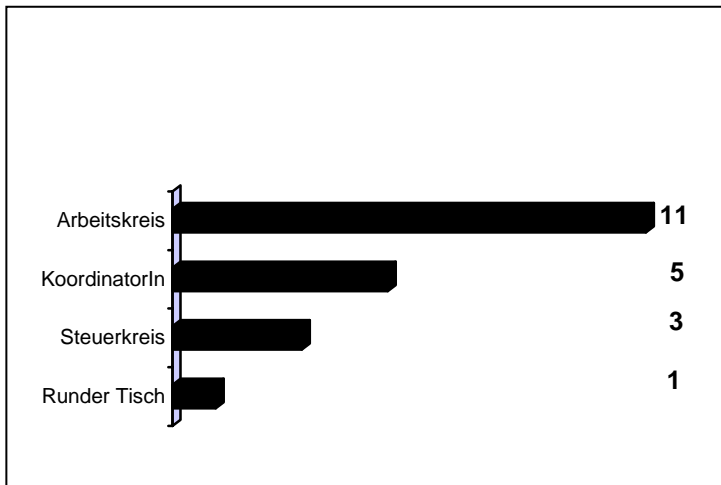


Abb. 4: Art der gesundheitsfördernden Strukturen an den Gesundheitsfördernden Hochschulen (n=20) (Hartmann et al. 2003)

Es werden Gesundheitstage und zielgruppenspezifische Gesundheitskurse im Rahmen des Konzeptes Gesundheitsfördernde Hochschule genannt und verschiedenste Veranstaltungen und Einzelaktivitäten (vgl. Abb. 5), von denen allerdings auch einige als Pflichtaufgaben des Betriebes gesetzlich festgeschrieben sind.

Veranstaltungen und Aktivitäten.....

- Arbeitsplatzbegehungen
- Arbeitsplatzbezogene Rückenschule
- Betriebsarzt / -ärztin (z.B. Sehtests)
- Ergonomische Beratung
- Ergonomisches Büro
- Fortbildungsangebot der Personalweiterbildung
- Gesundheitscheck (2xjährlich) i. d. R. am ‚Tag der Offenen Tür‘
- Gesundheitszirkel
- Gymnastik
- Hochschulsport
- Impftage
- Musikphysiologie (Auftrittskompetenz und Gesundheitsförderung)
- Rückenfreunde-Ausbildung

Abb. 5: Genannte Veranstaltungen und Aktivitäten an den Gesundheitsfördernden Hochschulen aus der Befragung 2002 mit dem Rücklauf von 34 Hochschulen (Hartmann et al. 2003)

Strategische Partner der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Es kann nach potenziellen **internen** und **externen** Partnern der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen unterschieden werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die internen Partner in der Regel auf Landes- bzw. Bundesebene organisiert sind (Abb. 6).

Zu den potenziellen **internen** Partnern gehören u. a.:

- Das Deutsche Studentenwerk (DSW)
- Kanzler/innen der Fachhochschulen
- Kanzler/innen der Universitäten
- Personalräte der Universitäten, Hoch- und Fachhochschulen
- Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte
- Verband Deutscher Sicherheitsingenieure
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK)
- freier Zusammenschluss der studentInnenschaften

Abb. 6: Potenzielle interne strategische Partner für die Gesundheitsförderung

Zu den potenziellen **externen** Partnern gehören u.a.:

- Hochschul-Informationssystem (HIS)
- Centrum für Hochschulentwicklung (CHE)
- Unfallkassen (z. B. GUV, LUK)
- Krankenkassen (z. B. TK)
- Bundesvereinigung für Gesundheit (z. B. „Rauchfrei am Arbeitsplatz“)
- Landesvereinigungen für Gesundheit
- Gewerkschaften (GEW; ver.di)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
- Landeskultusministerien
- Landessozialministerien

Abb. 6: Potenzielle externe strategische Partner für die Gesundheitsförderung

Dem Deutschen Studentenwerk (DSW) als Dachverband und den 61 regionalen Studentenwerken käme hierbei sicherlich eine zentrale Rolle zu, da das DSW ganz wesentlich die Lebenswelt der Hochschulmitglieder (z.B. Ernährung) gestaltet und ein „gesundheitlicher“ Auftrag in der Vereinssatzung ausdrücklich festgeschrieben ist: *„Das Deutsche Studentenwerk (DSW) ist der freiwillige Zusammenschluss der Studentenwerke in der Bundesrepublik Deutschland. Diese erfüllen öffentliche Aufgaben der wirtschaftlichen, sozialen, **gesundheitlichen** und kulturellen Förderung der Studierenden an deutschen Hochschulen.“* Obwohl das Studentenwerk regelmäßige Erhebungen über die soziale Lage der Studierenden durchführt (BMBF 2004) ist über die Gesundheit der Studierenden relativ wenig bekannt (Allgöwer 2000, Bachmann et al. 1999, Stock & Krämer 2002).

Ein Teil der aufgeführten strategischen Partner arbeitet im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen regelmäßig mit. Interessanterweise ist das Verhältnis zu den externen Partnern wesentlich lebhafter.

Netzwerke an Hochschulen in Deutschland

Eine Sonderrolle nehmen die Netzwerke an den Hochschulen ein, die ergänzend zu den strategischen Partnern zu sehen sind. Kennzeichnend für die Netzwerke sind einerseits das Themenspektrum Umwelt, Gesundheit und Soziales sowie der Versuch eines zumeist bundesweiten Informationsverbundes und

-austauschs, der in Abgrenzung zu den anderen strategischen Partnern i. d. R. ohne gesetzlichen Auftrag bzw. finanzielle Grundausstattung ist (z.B. COPERNICUS 2005).

Hochschulbezogene Netzwerke.....

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
- Familiengerechte Hochschulen
- Hochschul-Netzwerk BetriebSuchtGesundheit
- Netzwerk auf der Grundlage der Copernicus-Charta (1994) ¹⁾
- Netzwerk Bundeskoordination Studentischer Ökologiearbeit
- Netzwerk für eine umweltgerechte Entwicklung der Hochschulen

Abb. 8: Netzwerke an den Hochschulen in Deutschland mit den Schwerpunktthemen Gesundheit, Umwelt, Soziales ¹⁾ der Europäischen Rektoren-Konferenz zur Nachhaltigen Entwicklung (1994); (Agenda 21-Prozess)

Fazit

Insgesamt handelt es sich beim Setting ‚Gesundheitsfördernde Hochschulen‘ um eine Zielgruppe von fast 2.5 Millionen Menschen, die in der statistischen Erfassung in die Statusgruppen Studierende (80%), nichtwissenschaftliches (11%) und wissenschaftliches Personal (8%) eingeteilt wird. Diese Statusgruppen sind durch ein äußerst hohes Maß an unterschiedlichen Interessen und Motiven geprägt (vgl. u. a. Bogun 2004) und stehen in den nächsten Jahren vor erheblichen demographischen, strukturellen und politischen Herausforderungen. Darüber hinaus bilden die 373 Hochschulen in Deutschland mit ihren unzähligen Gebäudevarianten und unterschiedlichen Lehr- und Forschungstraditionen extrem heterogene Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung der Hochschulangehörigen. Inwieweit in den nächsten Jahren gerade durch diesen Wandel die Gesundheitsförderung an den Hochschulen sich etablieren kann, wird im wesentlichen davon abhängen, inwieweit die Gesellschaft selbst ein anderes Verständnis von Gesundheit entwickelt und sich dadurch die bisher wenigen Puzzelsteine der Gesundheitsförderung an Hochschulen zu einem Gesamtbild fügen werden.

Literaturverzeichnis

- Allgöwer, A. (Hg) (2000): Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen: Leske + Budrich
- Altgeld, T. (2003): Gesundheitsförderung im Setting – Heilmittel gegen gesundheitliche Ungleichheiten? Stadtpunkte (HAG) Heft 1: 12-19
- Bachmann, N.; Berta, D.; Egli, P.; Hornung, R. (Hg) (1999): Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Hans Huber (1999)
- Baric, L.; Conrad, G. (Hg) (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung Wien: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung
- Bauch, J. (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention 25 (3) 67-70
- Bellwinkel, M. (2005): Das Präventionsgesetz greift (noch) zu kurz. BBK Heft 1: 6-12
- Belschner, W.; Gräser, S. (Hg) (2001): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem (bis) der Universität Oldenburg

- Bogun, R. (2004): „Umweltsünder“ oder „Vorreiter“? Über Bewertungs- und Motivationsprobleme im Umweltmanagement an Hochschulen. artec-paper Nr. 109 Universität Bremen
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg) (2004): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2003. 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS
- COPERNICUS e.V. (2005): Broschüre Hochschulplattform UNI21.de für Nachhaltigkeit. Eine COPERNICUS-Initiative als deutscher Beitrag zur UN-Dekade „Bildung für eine nachhaltige Entwicklung“.
http://www.hochschulplattform-uni21.de/UNI21_Broschuere.pdf (Zugriff: 22.03.2005, 11:53 MEZ)
- Hartmann, T.; Sonntag, U. (2005): Chronologie des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen 1995 bis 2005. Stand: 03/2005. Magdeburg. Unter: <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>
- Hartmann, T.; Heinrichson, T.; Hering, T.; Sonntag, U. (2003): Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen. Bestandsaufnahme der Strukturen und Projekte im Jahr 2002. Magdeburg. Unter: <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>
- Hochschul-Informationssystem (HIS) (Hg) (2001): Gesundheitsförderung in der Hochschule. Kurzinformation Bau und Technik. B 3. Hannover: Hochschul-Informationssystem
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland am Mitte der 1980er Jahre, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwanheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo: 96-104
- Paulus, P., Stoltenberg, U. (Hg) (2002): Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Frankfurt a. M: VAS
- Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hg) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa
- Sonntag, U.; Gräser, S.; Stock, C.; Krämer, A. (Hg) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Hochschulstandort Deutschland 2003. 2004a.
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/hochschulstandort_2003i.pdf (Zugriff: 10.09.2004, 10:13 MEZ)
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Studierende im Wintersemester 2002/2003 und 2003/2004. 2004b.
<http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab2.php> (Zugriff: 31.03.2005, 11:20 MEZ)
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Personal an Hochschulen 2002 und 2003. 2004c.
<http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab7.php> (Zugriff: 31.03.2005, 11:56 MEZ)
- Stock, C.; Krämer, A. (2002): "Wie gesund leben Studierende? - Schlussfolgerungen für eine gesundheitsfördernde Hochschule". In: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hg). Fehlzeitenreport 2001. Springer 2002: 180-194
- Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) (Hg) (2002): Gesundheitsförderung an der Hochschule. Schriftenreihe VDSI Band 21. Leipzig: Schubert-Verlag
- Waller, H. (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- World Health Organization (WHO) (1986): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Zugriff: 24.11.2004, 15:58 MEZ)
- World Health Organization (WHO) (1997): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (Zugriff: 25.11.2004, 14:49 MEZ)