

Hier erfahren Sie mehr

Gesundheitsförderung an Hochschulen Fragen zum Angebot der TK zur Gesundheitsförderung an Hochschulen beantworten Ihnen gerne die kompetenten TK-Berater in Ihrer Region. Senden Sie einfach eine Mail an gesundheitsmanagement@tk.de. Ihr regionaler Ansprechpartner wird sich schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Ausführliche und aktuelle Informationen zum Thema „Gesunde Hochschule“ finden Sie auch auf unserem Online-Portal unter tk.de, Suchnummer 2069420.

Besuchen Sie uns auch auf:



101112 5/2020



Gesundheitsförderung an Hochschulen

Inhalt

Vorworte

1 Warum Gesundheitsförderung an Hochschulen?

- 7 Hochschulen in Deutschland

2 Prävention und Gesundheitsförderung

- 9 Gesundheit und Krankheit
10 Prävention
11 Gesundheitsförderung
13 Präventionsgesetz
16 Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung
19 Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung

3 Statusgruppen an Hochschulen

- 23 Gesundheit von Studierenden
26 Gesundheit von Beschäftigten in Verwaltung,
Beratung und Technik
28 Gesundheit von wissenschaftlichen und
künstlerischen Beschäftigten
29 Gesundheit von Professorinnen und Professoren
30 Beruflich Auszubildende, Lehrbeauftragte und wis-
senschaftliche Hilfskräfte

4 Gesundheitsförderung an Hochschulen

- 31 Gesundheitsförderung an Hochschulen versus
Gesundheitsfördernde Hochschulen
33 Strategische Partner auf dem Weg zu einer
Gesundheitsfördernden Hochschule
36 Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
38 Regionale Netzwerke zur gesundheitsfördernden
Hochschule
39 Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde
Hochschulen
39 Das bundesweite SGM-Projekt

5 Anhang

- 42 Glossar
44 Abkürzungsverzeichnis
45 Literatur zur Gesundheitsförderung an Hochschulen

Vorworte

Vorwort der Techniker Krankenkasse Wir freuen uns sehr, mit der dritten Auflage der Broschüre Gesundheitsförderung an Hochschulen diejenigen zu unterstützen, die sich mit dem Thema praktisch und wissenschaftlich auseinandersetzen und sich auf den Weg machen, in ihrer Hochschule gesundheitsförderliche Strukturen zu etablieren und nachhaltig zu verankern.

Als bildungspolitische Einrichtungen erreichen Hochschulen derzeit 2,9 Millionen Studierende in Deutschland. Das gesamte Setting umfasst mehr als 3,6 Millionen Menschen.

Schon Anfang der 90er Jahre haben sich zunächst vereinzelt Hochschulen im betrieblichen Gesundheitsmanagement engagiert. Heute gibt es kaum eine der über 400 Hochschulen, die sich nicht mit der Gesundheit ihrer Beschäftigten systematisch auseinandersetzt und gesundheitsförderliche Maßnahmen anbietet. Seit einigen Jahren richten sich gesundheitsförderliche Aktivitäten zunehmend auch an Studierende. Die Studienzeit hat als zeitlich begrenzte Entwicklungsphase junger Menschen eine besondere Qualität, die mitunter maßgeblich zur Kompetenzentwicklung zukünftiger Führungskräfte und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in der Gesellschaft beiträgt. Denn vor allem überfachliche Kompetenzen und Qualifikationen gewinnen bei der starken Auffächerung der Studiengänge an Bedeutung.

Um das gesamte Setting Hochschule gesundheitsförderlich zu gestalten, wird schon heute an einzelnen Hochschulen ein übergreifendes hochschulisches Gesundheitsmanagement, welches auf alle Statusgruppen der Hochschulen abzielt, angestrebt und von der TK gefördert. Diese Entwicklungen werden in der Broschüre ebenso reflektiert wie langfristige Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung an Hochschulen. Der Text zur Broschüre entstand vor der Covid-19-Pandemie. Insofern konnten wir die enormen Herausforderungen und Auswirkungen digitaler Lehre und Studium auf die psychosoziale Gesundheit der Beschäftigten und Studierenden nicht darstellen. Diese spannende und wichtige Aufgabe wird jetzt vor Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderern stehen und mehr denn je systematische Arbeit im Feld der Gesundheitsförderung an Hochschulen beeinflussen.

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Thomas Hartmann für die langjährige Zusammenarbeit, seine Expertise und sein großes Engagement bei dieser wichtigen und weiterhin aktuellen Thematik. Ebenso danke ich der Mitautorin, Frau Ines Niemeyer, für die neuen Impulse in Bezug auf das Thema, die in diese Broschüre eingeflossen sind.

Ich wünsche den Leserinnen und Lesern eine gewinnbringende Lektüre und viel Erfolg bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschule.

Vorwort der Autoren Die vorliegende Veröffentlichung ist die Fortschreibung der zweiten Auflage „Gesundheitsförderung an Hochschulen“ (Stand: 2012), die auf dem Leitfaden für Gesundheitsexperten „Gesunde Hochschule“ aus dem Jahr 2008 beruht. Die Überarbeitung wurde notwendig, weil sich in den vergangenen zehn Jahren sowohl die Rahmenbedingungen an den Hochschulen als auch die gesetzlichen Vorgaben zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention weiterentwickelt haben.

Im zurückliegenden Jahrzehnt waren noch nie so viele Beschäftigte an Hochschulen tätig beziehungsweise Studierende eingeschrieben und damit für die Gesundheitsförderung in diesem Setting erreichbar. Der Trend zu einem gesunden Lebensstil zeigt sich auch verstärkt bei den jüngeren Generationen mit dem Wunsch nach entsprechenden Angeboten in Studium und Lehre. Die Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes in 2013 und das 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention nehmen die Hochschulen in die Pflicht, institutionell aktiv zu werden. Das Präventionsgesetz stärkt den Lebensweltansatz in der Gesundheitsförderung

unter expliziter Nennung der Lebenswelt „des Studierens“ (SGB V, § 20a, Abs. 1).

Die vorliegende Publikation zielt darauf ab, den neuesten Stand der Gesundheitsförderung aus Praxis, Wissenschaft und Forschung aufzuzeigen und diesen mit dem Setting Hochschule und dessen Statusgruppen zu verknüpfen. Mit den Inhalten der Broschüre möchten wir die Mitglieder der Hochschulen genauso ansprechen wie die Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsförderung. Wir wünschen uns, dass die Broschüre vielfältige Anregungen gibt, gesunde Infrastrukturen in der Lebenswelt Hochschule aufzubauen und zu etablieren.

Wir möchten uns sehr herzlich bei Frau Sabine König und Frau Dr. Brigitte Steinke für die kollegiale Zusammenarbeit, stetige Hilfe und konstruktive Kritik bedanken. Ohne sie und das Engagement der Techniker Krankenkasse wäre die vorliegende Neuauflage nicht zustande gekommen.

Berlin, Hamburg im Mai 2020



Dr. Sabine Voermans



Prof. Dr. Thomas Hartmann



Ines Niemeyer M. Sc. Public Health

Dr. Sabine Voermans
Leiterin Gesundheitsmanagement
Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Thomas Hartmann
Hochschule Magdeburg-Stendal, Standort Magdeburg

Ines Niemeyer M. Sc. Public Health
Externe Prozessberaterin für die TK, Hamburg

1 Warum Gesundheitsförderung an Hochschulen?

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention hat in den letzten Jahren im Setting Hochschule zugenommen. Das liegt nicht zuletzt daran, dass dort circa 3,7 Millionen Menschen erreicht werden können. An deutschen Hochschulen studieren, arbeiten, lehren, forschen und leben zurzeit fast drei Millionen Studierende sowie über 700.000 haupt- und nebenberuflich Beschäftigte.

Hochschulen haben durch Lehre, Forschung und Praxistransfer neben dem innerinstitutionellen Einfluss ein großes Potenzial, gesamtgesellschaftlich zu wirken. In der Hochschule werden nicht nur gesundheitsbezogene Erkenntnisse generiert, sondern es kann auch eine gesundheitsförderliche Organisationskultur gelebt und erlebt werden. Studierende sind Multiplikatoren, die an ihren späteren Wirkungsstätten, in Unternehmen beziehungsweise anderen Lebenswelten zur Bewusstseinsbildung beitragen können. Absolventinnen und Absolventen aller Fachrichtungen bekommen so die Möglichkeit, in leitender Funktion gesundheitsbezogene Einstellungen sowohl in ihre individuellen Lebensverläufe als auch in die zukünftigen Arbeitszusammenhänge einzubringen. Wissenschaft und Praxis zeigen, dass das Führungsverhalten ein Schlüsselfaktor auf dem Weg zu einem erfolgreichen Gesundheitsmanagement in einer Organisation ist.

Grundsätzlich bestehen an Hochschulen gute Voraussetzungen, Gesundheitsförderung in der Organisation zu verankern. Hochschulen können ihren Mitgliedern in den Bereichen Arbeits- und Studienumgebung, Studienstruktur, Alltagsgestaltung, Wohnen, Verpflegung, Sport, Bewegung und Freizeit bedarfsgerechte Angebote machen. Beispielsweise bieten die Mensabetriebe, Einrichtungen des Hochschulsports sowie Hochschulchöre und -orchester vielfältige

Aspekte und Möglichkeiten, einen gesundheitsbezogenen Lebensstil zu vermitteln. Begleitforschung dieser Prozesse und ihrer Ergebnisse durch unterschiedliche Disziplinen kann Gegenstand des akademischen Diskurses im eigenen Hause sein. Darüber hinaus gibt es bereits in Abhängigkeit von der Hochschulart und der Anzahl der Beschäftigten gesundheitsbezogene Strukturen wie den betriebsärztlichen Dienst, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Familienbüros beziehungsweise Beratungsstellen für Studierende. Aus den Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich im letzten Jahrzehnt ein übergeordnetes betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) entwickelt. Potenziell gibt es an Hochschulen sowohl in der Verwaltung als auch in der Forschung personelle Ressourcen, die das Thema Gesundheitsförderung voranbringen können. Zielgruppen der Gesundheitsförderung an Hochschulen sollten sowohl die Beschäftigten als auch die Studierenden sein.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und in Anlehnung an die Entwicklung des BGM im öffentlichen Dienst lag der Fokus der Gesundheitsförderung an Hochschulen bislang auf den Beschäftigten, speziell auf dem wissenschaftsunterstützenden Personal. Das Arbeitsschutzgesetz sowie auch das Präventionsgesetz und weitere landesgesetzliche Vorgaben beziehen bereits seit mehreren Jahren alle Mitglieder in Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und für mehr Sicherheit an Hochschulen mit ein. Modellprojekte zum Gesundheitsmanagement für Studierende finden mittlerweile verstärkt Interesse und bilden einen weiteren Baustein auf dem Weg zu einem übergeordneten hochschulischen Gesundheitsmanagement.

Hochschulen, die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen als Querschnittsaufgabe implementieren, können sich dadurch im zunehmenden Wettbewerb einen Standortvorteil sichern. Konzeptionell sind in den letzten Jahren besonders diejenigen Hochschulen an Gesundheitsförderung interessiert, die sportwissenschaftliche sowie gesundheits-, pflege- und sozialarbeitsbezogene Studiengänge anbieten. Die Gründung der gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten und die Einrichtung von gesundheitsbezogenen Studiengängen hat in den letzten 25 Jahren zur Etablierung der Gesundheitsförderung in Lehre, Forschung und zu vermehrten Praxistransfer geführt. Durch die Kompetenzorientierung der Bachelorstudiengänge können Studierende verstärkt motiviert werden, sich an den Aktivitäten ihrer gesundheitsfördernden Hochschule zu beteiligen. Dies kann im

Rahmen des anwendungsbezogenen Projektstudiums ebenso erfolgen wie durch die Bearbeitung wissenschaftlich begründeter Fragestellungen im Rahmen von Abschlussarbeiten. Die Universitäten haben den Erkenntnisfortschritt durch Promotionen zur „Gesunden Hochschule“ unterstützt. Dies alles führt verstärkt dazu, dass die in der Theorie vermittelten Methoden und Inhalte der Gesundheitsförderung auch in der Praxis der eigenen Organisation Hochschule als Maßstab angelegt werden und so die gewonnenen Erkenntnisse in den Public Health Action Cycle des Projektablaufs einfließen können.

Hochschulen in Deutschland Hochschule ist der Dachbegriff für Einrichtungen des Bildungswesens für Wissenschaft, Lehre und Studium zum Erwerb eines akademischen Abschlusses. Sie gehören zum tertiären Bildungssektor und unterliegen jeweils der spezifischen Hochschulgesetzgebung der 16 Bundesländer. Darüber hinaus können weitere Anforderungen an die Organisation Hochschule in Form von Zielvereinbarungen beziehungsweise Hochschulentwicklungsplänen gestellt werden (Hartmann et al. 2017).

Hochschulen versuchen, ihre jeweils gemeinsamen Zielstellungen und Wertepreferenzen durch den Abschluss von Dienstvereinbarungen und die Erstellung von Leitbildern zu erreichen. Die Verankerung der Gesundheit(sförderung) in der Hochschulkultur kann dabei ein wichtiger Aspekt sein.

Jede der über 400 akademischen Ausbildungsstätten hat das Potenzial zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschule.

Hochschularten In Deutschland gibt es 426 Hochschulen in staatlicher (Bund, Land, Kommune) beziehungsweise staatlich anerkannter privater und konfessioneller Trägerschaft (Abb. 1). Sie werden als Präsenz- oder Fernhochschulen betrieben. Es gibt historisch bedingt zwei Hochschularten mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bei den Disziplinen und Aufgabenstellungen (Stand: 9. April 2019): die in der Regel größeren Universitäten (106) mit 1.753.670 Studierenden sowie kleineren Fachhochschulen beziehungsweise Hochschulen für angewandte Wissenschaften (216) mit 1.001.550 Studierenden. In Baden-Württemberg existieren sechs Pädagogische Hochschulen, die rechtlich den Universitäten gleichgestellt sind. Spezifische Hochschulen sind Kunsthochschulen (52), Verwaltungsfachhochschulen (30), Theologische Hochschulen (16), die Fernuniversität Hagen und die Universitäten des Bundes (2). Berufsakademien wurden in Baden-Württemberg und Thüringen zu Dualen (Fach-)Hochschulen weiterentwickelt. Ein Studium findet hier immer in enger Verzahnung mit der beruflichen Praxis statt.

Weitere Informationen zum Thema „Gesunde Führung“ finden Sie unter [tk.de](https://www.tk.de), Suchnummer 2058980.

Beispiele für gelungene Projekte zur Gesundheitsförderung an Hochschulen sind auf dem Lebenswelten-Portal der TK unter [tk.de](https://www.tk.de), Suchnummer 2072756 abrufbar.

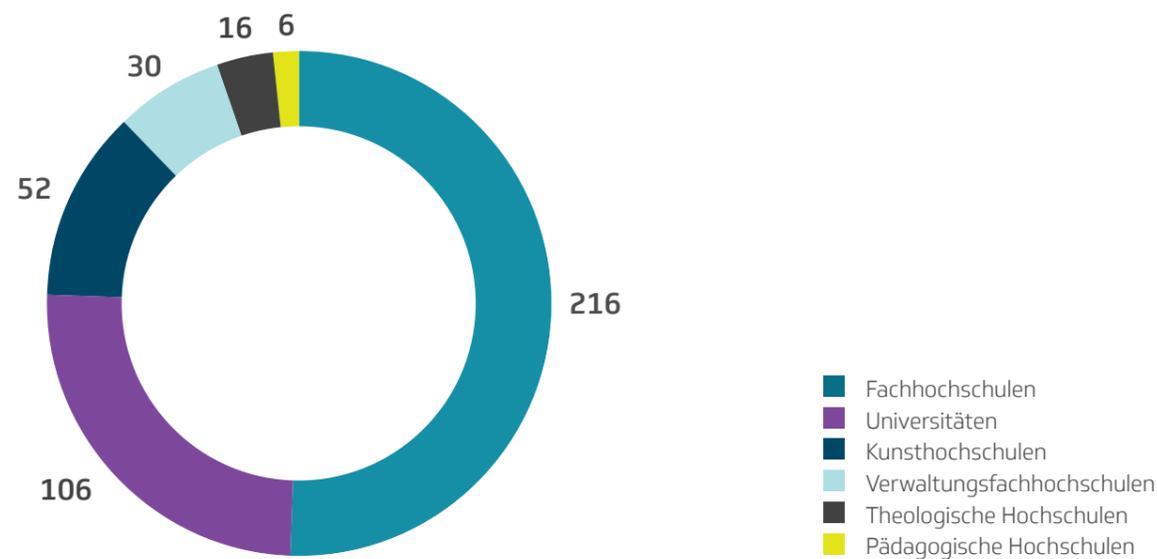
Duale Studiengänge gibt es allerdings auch an vielen anderen Hochschulen. Sie sind für bestimmte Berufsfelder wie zum Beispiel die Hebammenausbildung vorgeschrieben. An den 187 Universitäten und Fachhochschulen in staatlicher Trägerschaft mit aktuell 68 zusätzlichen Standorten sind circa 90 Prozent der Studierenden in Deutschland eingeschrieben. Die Hochschulen sind in der Regel Körperschaften des öffentlichen Rechts oder Stiftungen. Die 33 Universitätskliniken befinden sich überwiegend in Trägerschaft der Universitäten und sind landeseigene Institutionen. Sie sind zumeist rechtlich selbstständige Einrichtungen und die Medizinischen Fakultäten in Bezug auf Haushalt und Wirtschaftsführung eigenständig. In den Universitätskliniken sind circa 180.000 Personen beschäftigt und an den Medizinischen Fakultäten 96.000 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben (2018).

Studienstrukturen Ab 1999 wurde in Deutschland das zweigestufte Studium mit Bachelor- und Masterabschluss im Zuge des Bologna-Prozesses eingeführt. Das Diplom und der Magister sind hierdurch nach und nach abgelöst worden. Im Wintersemester 2018/2019 führten über 92 Prozent der

circa 20.000 Studiengänge zu einem Bachelor beziehungsweise Masterabschluss. Nicht oder nur teilweise umgestellt haben berufsorientierte Studienfächer mit Staatsexamen, wie zum Beispiel das Jura- und Medizinstudium.

Auszubildende und Betreuung Neben den Studierenden und Beschäftigten können im Setting Hochschule aus Sicht von Bildung und Gesundheit weitere Zielstellungen und Adressaten angesprochen werden. Durch die Vielfalt der beruflichen Praktika und Ausbildungsmöglichkeiten im wissenschaftsunterstützenden Bereich ist auch die Gruppe der Praktikanten und Auszubildenden eine Adressatengruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen. Ebenso gibt es die Kindertageseinrichtungen für Hochschulmitglieder, in der Kinder als Zielgruppe der Gesundheitsförderung angesprochen werden sollten. Jede der über 400 akademischen Ausbildungsstätten hat das Potenzial zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschule.

Abbildung 1: Anzahl der Hochschulen nach Hochschularten in Deutschland (n = 426) im Wintersemester 2018/2019



2 Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Strategien, die das gleiche Ziel anstreben: Krankheiten zu verhindern oder zu vermindern beziehungsweise das gesundheitliche Wohlbefinden der Bevölkerung zu steigern.

Beide Konzepte unterscheiden sich in ihren Ansatzpunkten und Zielrichtungen voneinander. Prävention geht von spezifischen Krankheiten aus und hat das Ziel, die Risiken einer Erkrankung zu minimieren. Zielgruppen sind Gesunde, Risikoträger oder bereits Erkrankte. Gesundheitsförderung hingegen zielt auf die Stärkung personaler und sozialer Ressourcen sowie auf die Erweiterung der Handlungsspielräume ab, um damit zur Gesunderhaltung und dem Wohlbefinden von Individuen beziehungsweise Gruppen beizutragen. Gesundheitsförderung ist im Vergleich zur Prävention thematisch breiter angelegt. Durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz will Gesundheitsförderung Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv zur Gesunderhaltung zu beeinflussen. Sie wirkt somit komplementär zur Prävention.

Für die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ gibt es, wie auch bei den Begriffen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“, keine allgemeingültigen Definitionen. In den folgenden Abschnitten werden Merkmale, Möglichkeiten der Abgrenzung sowie die Zusammenhänge der Begrifflichkeiten dargestellt.

Gesundheit und Krankheit Erklärungsansätze für die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ sind stets von einer subjektiven Sichtweise beziehungsweise von unterschiedlichen Vorstellungen beteiligter Fachdisziplinen und Interessen geprägt. Gesundheit und Krankheit stehen darüber hinaus in einer wechselseitigen Beziehung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für den Begriff „Gesundheit“ folgende Definition erstellt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948). Somit umfasst Gesundheit sowohl die physische als auch die psychische, soziale und emotionale Komponente. Außerdem wird deutlich, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit.

Verschiedene Konzepte zu Gesundheit und Krankheit untermauern die Breite dieser Themen. Es gibt zum einen das gesundheits- oder auch ressourcenorientierte Konzept der Salutogenese und zum anderen das krankheits- oder risikoorientierte Konzept der Pathogenese. Das Konzept der Salutogenese (lat. salus = Heil, griech. genesis = Entstehung) ist vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in erster Linie im Hinblick auf die körperliche Gesundheit entwickelt und in den 1990er Jahren mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen worden. Die Salutogenese ist durch Fragen nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit gekennzeichnet. Sie orientiert sich folglich an den Ressourcen, die die Gesundheit stärken und schützen. Damit steht sie der pathogenetischen (griech. pathos = Krankheit) Perspektive gegenüber, die sich in erster Linie an krankmachenden (Risiko-)Faktoren orientiert. Gesundheit und Krankheit werden in einer salutogenetischen Sichtweise nicht als

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

einander ausschließende Zustände betrachtet, sondern als gedachte Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums interpretiert. Der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen des Individuums mit seiner Umwelt.

Prävention „Prävention“ (lat. praevenire = zuvorkommen) orientiert sich an den krankmachenden Risikofaktoren. Sie beschreibt die Verhütung von Krankheiten durch Maßnahmen zur Minimierung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und -behandlung und/oder durch Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Es wird je nach Zeitpunkt einer Maßnahme zwischen den drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. In Bezug auf die unterschiedlichen Dimensionen und Handlungsebenen der Zielgruppen wird von universaler (bevölkerungsbezogener), selektiver (fest umrissener Zielgruppe) beziehungsweise indizierter Prävention (Gruppen und Individuen) gesprochen. Selektive und indizierte Prävention beziehen sich auf Risikoträger beziehungsweise Träger mit manifesten Störungen. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind die zwei sich ergänzenden Strategien zur Förderung der Gesundheit und Sicherheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen.

Primäre Prävention „Primäre Prävention“ bezeichnet Aktivitäten und Maßnahmen, die vor dem Erstauftreten einer Erkrankung ansetzen. Sie möchte Menschen erreichen, bei denen noch keine manifesten physiologischen oder psychologischen Beeinträchtigungen aufgetreten sind beziehungsweise die an der Schwelle zu einer Erkrankung stehen. Primärprävention beinhaltet die Verminderung von Risikofaktoren für die Gesundheit, das Ausschalten gesundheitsschädigender Faktoren sowie Risikoschutz. Sie umfasst zudem Maßnahmen, um die Sicherheit zu erhöhen. Es wird zwischen der krankheitsspezifischen beziehungsweise medizinischen Primärprävention (zum Beispiel Impfungen) und der nicht-medizinischen Primärprävention (zum Beispiel Präventionsprogramme in den Handlungsfeldern des GKV-Leitfadens Prävention beziehungsweise der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie) unterschieden. Die nicht-medizinische Primärprävention kann von einem breiten Spektrum an Berufsfeldern ausgeübt werden.

Sekundäre Prävention „Sekundäre Prävention“ umfasst Aktivitäten und Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten durch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (zum Beispiel Screenings) möglichst rechtzeitig zu entdecken. Sekundärprävention richtet sich daher an Personen, bei denen ein Krankheitsgeschehen ausgeschlossen (zum Beispiel Neugeborenen-Screening) beziehungsweise bereits eingetretene Erkrankungen aufgedeckt werden sollen (zum Beispiel Darmkrebsfrüherkennung). Sie ist in der Regel altersabhängig und hat das Ziel, Erkrankungen in einem frühen und potenziell noch heilbaren Stadium zu diagnostizieren und durch die Einleitung einer adäquaten Behandlung das Fortschreiten zu verhindern beziehungsweise den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.

Tertiäre Prävention „Tertiäre Prävention“ zielt auf die Verhinderung oder Verlangsamung einer Krankheitsverschlechterung und richtet sich an Menschen, die bereits von einer manifesten Erkrankung betroffen sind und behandelt werden. Ziele der Tertiärprävention sind es, die Konsequenzen einer Krankheit zu vermindern, Folgeschäden und -erkrankungen zu vermeiden (Chronifizierung) oder Rückfälle sowie eine Verschlimmerung der Erkrankung abzuwenden. Rehabilitative Maßnahmen sind eine Form der Tertiärprävention.

Verhaltens- und Verhältnisprävention In der nicht-medizinischen Primärprävention wird zwischen verhaltensorientierter und verhältnisorientierter Ausrichtung unterschieden. Bei der Verhaltensprävention geht es darum, Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand beziehungsweise den gesundheitsbezogenen Lebensstil zu nehmen. Sie bezieht sich auf persönlichkeitsgebundene Lebensweisen und orientiert sich am selbstbestimmten Handlungsspielraum. Ziel ist es, durch bildende, beratende und verhaltensorientierte Maßnahmen die Gesundheitskompetenz zu erhöhen und eine Verhaltensänderung zu erzielen. Durch Verhaltensprävention sollen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen übernommen oder stabilisiert und gleichzeitig riskante Verhaltensweisen vermieden beziehungsweise vermindert werden. Zu den verhaltensorientierten Maßnahmen zählen zum Beispiel Sportaktivitäten oder Kochkurse für eine ausgewogene Ernährung.

Die Verhältnisprävention zielt auf die strukturelle Ebene und kann direkte Auswirkungen auf Individuen und Bevölkerungsgruppen haben. Es geht darum, gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse in der sozial-ökologischen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelt zu schaffen, zu erhalten oder wiederherzustellen.

Beispielsweise erzielten Maßnahmen der Verhältnisprävention am Arbeitsplatz direkte Effekte auf die Beschäftigten. Außerdem wirkt sich die Verhältnisprävention auf das Verhalten aus: Ein gesundheitsförderliches kommunales Umfeld, wie das Vorhandensein gut ausgebauter Radwege, kann das Bewegungsverhalten fördern.

Fälschlicherweise werden Verhaltens- und Verhältnisprävention oft als sich gegenseitig ausschließende Konzepte angesehen. Grundlegend ist es jedoch sinnvoll, beide Konzepte miteinander zu verbinden, um bei Individuen oder Gruppen eine Verbesserung des Lebensstils beziehungsweise der Lebensbedingungen zu erreichen.

Gesundheitsförderung Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept, das auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen abzielt. Es handelt sich um einen komplexen Ansatz, der sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (verhaltensorientierte oder individuelle Gesundheitsförderung) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen (verhältnisorientierte oder strukturelle Gesundheitsförderung) umfasst.

In der Ottawa-Charta (WHO 1986) heißt es, dass Gesundheitsförderung darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zu befähigen, ihre Gesundheit zu stärken. Ziel ist es, eine gesunde Lebensweise für ein umfassendes

Wohlbefinden zu entwickeln. Auf der vierten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung (Jakarta 1997) wurde diese Definition erweitert. Gesundheitsförderung wird

nunmehr als Prozess verstanden, der den Menschen die Möglichkeit geben soll, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen. Beispielsweise sind Umwelt- und Arbeitsbedingungen wichtige Determinanten für Gesundheit und damit

eine Querschnittsaufgabe für weitere Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors. Dem trägt das aktuelle Leitbild der Weltgesundheitsorganisation mit der Zielstellung „Health in All Policies“ (HiAP) Rechnung.

Ziele, Zielgruppen und Handlungsstrategien beziehungsweise -bereiche der Gesundheitsförderung Zu den Zielen der Gesundheitsförderung gehören:

- Stärkung und Ausbau der Gesundheitsressourcen der Bevölkerung
- Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung von Individuen und Gruppen
- Verbesserung und Optimierung der Gesundheitsversorgung
- Beachtung der Gesundheitsförderung bei allen politischen Entscheidungen

Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen. Es können jedoch auch bestimmte Zielgruppen benannt werden, die besondere Berücksichtigung finden sollen:

- Lernende und Lehrende
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber
- Chronisch Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung unterscheidet drei zentrale Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsbereiche, die im Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung dargestellt werden (Tab. 1).

Tabelle 1: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung (nach Hartmann & Seidl 2014, S. 54)

Handlungsstrategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung	
Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung	Interessen vertreten („advocate“) Aktives Eintreten für die Gesundheit mit dem Ziel, politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren zu beeinflussen
	Befähigen und ermöglichen („enable“) Bestehende Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern und selbstbestimmt ein größtmögliches Gesundheitspotenzial mit Hilfe von Konzepten der Kompetenzförderung und des Empowerments zu entwickeln
	Vermitteln und vernetzen („mediate“) Mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens aktiv und dauerhaft zu kooperieren
Handlungsfelder und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (Mehrebenenmodell)	
Politik ↓	Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik („build healthy public policy“) Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung gesetzt werden, da Gesundheitsförderung über medizinische und soziale Versorgung hinausreicht. Handelnde in allen Politikbereichen müssen die gesundheitsbezogenen Konsequenzen ihrer Entscheidungen mitbedenken sowie Verantwortung dafür übernehmen.
Gemeinwesen ↓	Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen („creating supportive environments“) Gesundheitsförderung realisiert anregende, befriedigende und sichere Arbeits- und Lebensbedingungen, schützt die natürliche und soziale Umwelt und erhält die natürlichen Ressourcen. Grundlage ist der sozial-ökologische Weg zur Gesundheit durch die enge Verbindung von Mensch und Natur.
Institutionen ↓	Gesundheitsdienste neu orientieren („reorient health services“) Die Gesundheitsdienste bilden ein Versorgungssystem, welches weniger auf medizinisch-kurative Betreuungsleistungen und mehr auf die Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist. Die Bedürfnisse der Menschen sollen ganzheitlich beobachtet werden. Beschäftigte der Gesundheitsdienste sollen eine verbesserte Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, ökonomischen und politischen Kräften ermöglichen.
Gruppen ↓	Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen („strengthen community action“) Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgerinnen und Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten sowie Gemeinden mit vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung.
Individuen	Persönliche Kompetenzen entwickeln („develop personal skills“) Über Informationen, gesundheitsbezogene Bildung sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten unterstützt die Gesundheitsförderung die Persönlichkeitsentwicklung von Individuen. Sie unterstützt Menschen dabei, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und auf ihre Lebenswelt auszuüben sowie Entscheidungen im Alltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. Menschen sollen zu lebenslangem Lernen angeregt werden und in verschiedenen Lebensphasen befähigt werden, Veränderungen in ihrem Alltag vorzunehmen, die ihre Gesundheit fördern. Des Weiteren sollen Menschen befähigt werden, mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen besser umzugehen.

Die Gesundheitsförderung beruht auf einer Reihe von Prinzipien und Merkmalen.

Gesundheitsförderung ...

- ... orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive, und stellt die Ressourcen und Potenziale der Individuen, Gruppen und Organisationen in den Vordergrund.
- ... soll Individuen, Gruppen und Organisationen befähigen, durch Partizipation an den transparenten Prozessen teilzuhaben und so Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit gemäß dem Empowerment-Prinzip zu nehmen.
- ... umfasst sowohl verhaltensbezogene (individuelle) als auch verhältnisbezogene (strukturelle) Maßnahmen.
- ... unterstützt soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit, das heißt, sie ist sozialkompensatorisch ausgerichtet.
- ... beinhaltet unter Einbeziehung aller Mitglieder der jeweiligen Lebenswelt auch die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen und Projekten, das heißt, sie ist geschlechts-, alters- sowie kulturspezifisch und vermeidet, die Zielgruppen dabei zu diskriminieren.
- ... nutzt den Settingansatz als Kernstrategie zur praktischen Umsetzung von Maßnahmen durch hierarchie- und gruppenübergreifende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen.
- ... schafft einen Mehrwert durch die Vernetzung mit anderen Akteuren und Lebenswelten.

Präventionsgesetz Nach der Neufassung des § 20 SGB V im Jahr 2000 gab es drei Versuche (vgl. Meierjürgen et al. 2016), ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz: PräVG) als Artikelgesetz auf Basis des bestehenden § 20 SGB V in Kraft zu setzen. Dies ist 2015 gelungen. Das Gesetz definiert die Leistungen aller gesetzlichen Krankenkassen zur Verhütung von Krankheiten, betrieblicher Gesundheitsförderung und primärer Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Weiteres. Die Leistungen sollen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen beitragen“ (§ 20 Abs. 1). Im Vergleich zu den bisherigen Regelungen des § 20 SGB V enthält das Präventionsgesetz wichtige Neuerungen.

Neuerungen im Einzelnen

- Strukturbildung auf Bundes- und Landesebene mit verbindlichen institutionellen und zeitlichen Vorgaben: Dies ist ein entscheidender Eckpunkt für die Umsetzung des Präventionsgesetzes (Abb. 3). Die Nationale Präventionsstrategie (§ 20c) wird auf Bundesebene durch die Nationale Präventionskonferenz (NPK, § 20e) entwickelt und fortgeschrieben. Die Geschäftsstelle ist bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) angesiedelt. Die NPK beschließt trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen (BRE) und überprüft deren Handlungsfelder alle vier Jahre durch einen Nationalen Präventionsbericht (§ 20c Abs. 4), der erstmals am 25. Juni 2019 erschienen ist. Die Zivilgesellschaft und die Fachöffentlichkeit sind auf Bundesebene durch das einmal jährlich stattfindende Präventionsforum (§ 20e Abs. 2) an der NPK beratend beteiligt. Es wird durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) organisiert. Die BRE sind ein bundeseinheitliches Instrument, um eine wirksame und zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu gewährleisten. Die Vorgaben der BRE sollen durch 16 Landesrahmenvereinbarungen (LRV) (§ 20f) unter Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse in den Bundesländern weiter konkretisiert werden. Nach § 20f Abs. 2 (Satz 5 und 6), sind unter anderem „die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe“ sowie „die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen“ vorgesehen.

- Verpflichtung weiterer Sozialversicherungsträger, Behörden und Institutionen zur inhaltlichen Mitarbeit: In der Nationalen Präventionskonferenz sind als stimmberechtigte Mitglieder die Spitzenorganisationen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen sowie der Gesetzlichen Unfallversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und seit dem 17. Februar 2017 die Privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungen vertreten. Dies wird auf Landesebene widerspiegelt und durch die für Gesundheit, Sicherheit und Arbeit zuständigen Behörden und Institutionen ergänzt (Abb. 3).
- Bessere Abstimmung mit dem Arbeitsschutz: Gesetzliche Krankenkassen und Unfallversicherungen werden verpflichtet, bei dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Betrieben und Unternehmen eng zusammenzuarbeiten. Betriebsärztliche Dienste und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollen im Rahmen der Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an Erhebungen zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten beteiligt werden (§ 20b Abs. 1). In einem eigenen Paragraphen „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ werden die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, Erkenntnisse zu Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz an die zuständigen Stellen weiterzuleiten (§ 20c Abs. 1).
- Verdoppelung und dynamische Erhöhung des durchschnittlichen Beitrags pro gesetzlich Krankenversichertem: Die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sehen nach § 20 Abs. 6 für die verhaltensbezogene Prävention (§ 20 Abs. 5) mindestens drei Euro, für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 20a) zwei Euro sowie zwei Euro für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20b) vor. Die anderen Sozialversicherungsträger sowie

beratende Mitglieder der NPK sind im Rahmen des Präventionsgesetzes (SGB V) nicht direkt zu finanziellen Leistungen verpflichtet. Weitere trägerspezifische Präventionsleistungen werden im Rahmen des jeweiligen gesetzlichen Auftrags nach SGB erbracht und sollen nach Möglichkeit mit den Handlungsfeldern der BRE verknüpft werden. Von 2016 bis 2018 wurden nach § 20 SGB V bereits mehr als 1,6 Milliarden Euro ausgegeben. Die jährlich steigende Kopfpauschale beträgt im Jahr 2019 7,52 Euro pro gesetzlich Krankenversichertem.

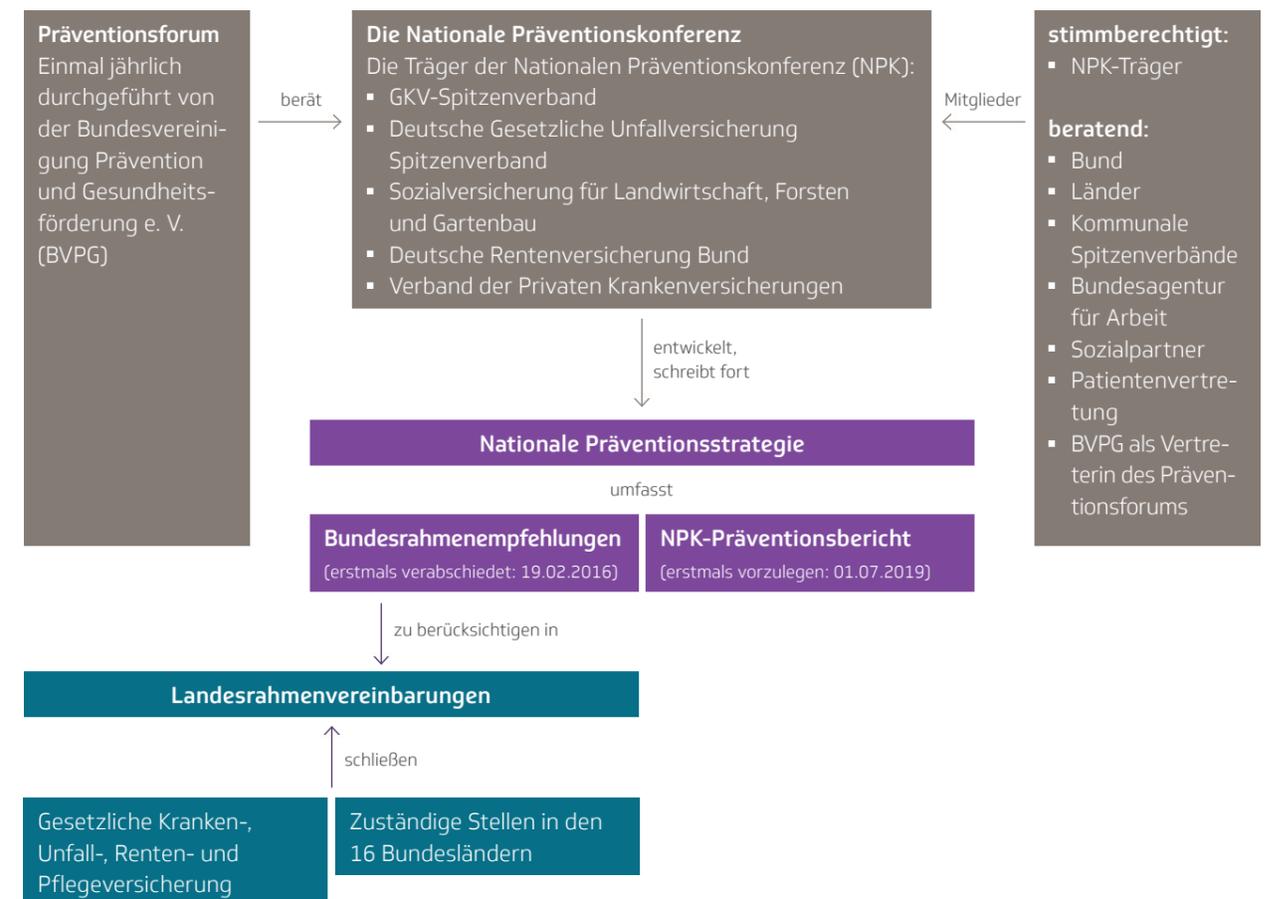
- Inhaltliche und finanzielle Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten durch Strukturaufbau und Förderung der Verhältnisprävention (§ 20a): Lebenswelten werden „als für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme, insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1) definiert. Hier werden Studierende erstmalig erwähnt. Der Gesetzgeber unterscheidet in der Tradition des § 20 zwischen den Leistungen für die Gesundheitsförderung in (sogenannten nichtbetrieblichen) Lebenswelten (§ 20a) und der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b).
- Auftrag an die BZgA (§ 20a), die Qualitätssicherung unter Einbeziehung unabhängiger wissenschaftlicher Expertise durchzuführen und weiterzuentwickeln: In Bezug auf den Lebensweltansatz soll die BZgA im Auftrag des GKV-SV die „Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftliche Evaluation“ mit Unterstützung von Kooperationspartnern sichern und weiterentwickeln (§ 20a Abs. 3).

- Erstellung des GKV-Leitfadens Prävention: Der GKV-SV ist dafür verantwortlich, die prioritären Handlungsfelder und Kriterien für die drei Leistungsbereiche (verhaltensbezogene Prävention, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Gesundheitsförderung in Betrieben) derzeit für alle 105 gesetzlichen Krankenkassen festzuschreiben (§ 20 Abs. 2). Dies erfolgt im GKV-Leitfaden Prävention (GKV-SV 2018), der das zentrale Dokument zur Qualitäts-

sicherung darstellt. Im GKV-Leitfaden Prävention wird bisher auf eine gesonderte Beschreibung der Förderkriterien für Hochschulen verzichtet und stattdessen auf die Förderbedingungen für Schulen verwiesen.

- Durchführung von Modellvorhaben zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der Versorgung mit Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20g)

Abbildung 3: Strukturdiagramm Nationale Präventionsstrategie (nach GKV-Präventionsbericht 2016)



Leistungsauftrag Sozialversicherungsträger Im Präventionsgesetz § 20 Abs. 1 und 2 SGB V wird der Settingansatz als geeigneter Zugangsweg für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Aktivitäten benannt. Erreicht werden sollen hierdurch insbesondere Kindertageseinrichtungen, Schulen, Hochschulen und/oder Kommunen.

In der Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz werden unter der Lebensphasenbezeichnung „Gesund aufwachsen“ Zielgruppen wie Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende adressiert (BRE 2018). Darauf aufbauend werden für die Zielgruppen im jeweiligen Setting Handlungsfelder für die gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen vorgegeben.

Im GKV-Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen werden die Leistungen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention im Rahmen des § 20 SGB V näher beschrieben. Auftrag ist unter anderem die Bedarfsermittlung, Zielentwicklung und Beratung zur verhältnispräventiven Umgestaltung der Lebenswelt Studierender (§ 20a SGB V). Davon abgeleitet wird die Initiierung von Gestaltungsprozessen und Strukturaufbau sowie die Förderung der Vernetzung. Handlungsfelder für Studierende sind beispielsweise Bewegungsförderung, Förderung gesunder Ernährung, Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion/Entspannung, Gewaltprävention und Prävention von Suchtmittelkonsum. Parallel dazu werden Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung im Betrieb Hochschule (§ 20b SGB V) aufgeführt. Dazu gehören sowohl die Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sowie zu einem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil als auch zur Vernetzung. Als Präventionsprinzip wird unter anderem gesundheitsgerechte Führung benannt. Die GKV plant, das Setting Hochschule als eigenständiges Präventionsfeld in den Leitfaden aufzunehmen.

Die gesetzliche Unfallversicherung verpflichtet sich in den Bundesrahmenempfehlungen, Bildungseinrichtungen im Rahmen ihrer Präventionsleistungen zu unterstützen. Als Handlungsfelder werden beispielsweise Prävention von Unfällen, Förderung von psychischer Gesundheit, Gewaltprävention,

Förderung von Bewegung, Spiel und Sport, Vermittlung von Gesundheitskompetenz, Förderung gesundheitsförderlichen Leitungshandelns sowie gesundheitsförderlicher Raumgestaltung und Lehr-Lern-Prozesse aufgeführt.

Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung Ein Setting ist ein soziales System mit einem bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit seiner Mitglieder. Für die Gesundheit relevante Settings sind im Sinne des Präventionsgesetzes vor allem die sozialen Systeme des Arbeitens, des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung und des Sports. Der Settingansatz ist ein ressourcenorientierter Ansatz, das heißt, Programme der Gesundheitsförderung setzen an vorhandenen Strukturen sowie Kommunikations- und Handlungsmustern an. Der Ansatz ist intersektoral und multidisziplinär ausgerichtet und gilt als dynamisch sowie systemisch.

Settings sind die Basis für die praktische Anwendung von Maßnahmen, Projekten und Prozessen zur Organisationsentwicklung der Gesundheitsförderung. Durch ihre Organisationsstruktur und die sozialen Gefüge haben Settings einen entscheidenden Einfluss auf die dazugehörigen Individuen und Statusgruppen. Beispiele für einzelne Settings sind Stadt, Stadtteil, Kommune, Betrieb beziehungsweise Unternehmen, Krankenhaus, ambulante Praxis, Pflegeeinrichtung, Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule (vgl. Abb. 4).

Gesundheitsförderung in einem Setting „Gesundheitsförderung in einem Setting“ impliziert die klassische Durchführung von Gesundheitsförderungsaktivitäten in einem spezifischen Setting, zum Beispiel in Form von Programmen und Projekten. Das Setting wird genutzt, um eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen und Maßnahmen zur Verhaltensprävention anzubieten. Abläufe beziehungsweise Strukturen im Setting bleiben unverändert und bilden lediglich den Rahmen der Interventionen. Die wichtigsten Themenbereiche auf Basis des GKV-Leitfadens Prävention sind Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Beispiele für Gesundheitsförderung in einem Setting sind Sportangebote, Gesundheitstage, Aktionen oder einzelne Angebote zur nicht-medizinischen Primärprävention und Stressreduktion.

Gesundheitsfördernde Settings Ein „gesundheitsförderndes Setting“ beinhaltet einen Politik- und Strategiewechsel: Alle Statusgruppen und gesundheitsfördernden Aspekte werden in die täglichen Aktivitäten einbezogen. Komplexe und strukturelle Maßnahmen, zum Beispiel systemische Organisationsentwicklung, Gestaltung der physischen und sozialen Umwelt sowie klassische Maßnahmen der Gesundheitserziehung, -bildung und -aufklärung, werden in einem gesundheitsfördernden Setting gemeinsam umgesetzt. Das Erleben der Gesundheitsförderung im Alltag, ein Leitbild der Organisation zur Gesundheitsförderung und die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk, machen den qualitativen Unterschied zur „Gesundheitsförderung in einem Setting“ deutlich.

Ottawa-Charta und Settingansatz In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) heißt es, „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Dazu gehören auch zum Beispiel soziale Kontexte, in denen Menschen erkranken und wieder gesund werden, wo sie leiden und sterben, wo sie trauern und sich trösten. Als sozialräumliches und sozialökologisches Konzept geht der Settingansatz davon aus, dass die Gesundheit der Menschen durch die Schaffung gesunder Lebensverhältnisse gefördert werden kann.

Die Abbildung 3 zeigt die drei zentralen Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sowie die fünf zentralen Handlungsebenen. Die Bedeutung des Settingansatzes für die Gesundheitsförderung wird durch die Handlungsebene „Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen“ und das „Vermitteln und Vernetzen“ als zentrale Handlungsstrategie hervorgehoben. Grundsätzliches Anliegen dieses Ansatzes ist es, in Lebenswelten ausnahmslos für alle Mitglieder gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies erfolgt unabhängig von speziellen Risikogruppen, ihren gesundheit-

lichen Beeinträchtigungen, dem Alter, Geschlecht, der Herkunft und/oder des sozialen Status. Unter diesem Blickwinkel und unter Einbeziehung der nicht-medizinischen Primärprävention bietet der Settingansatz das Potenzial, die Chancengerechtigkeit zu erhöhen und die Benachteiligung einzelner Gruppen auszugleichen.

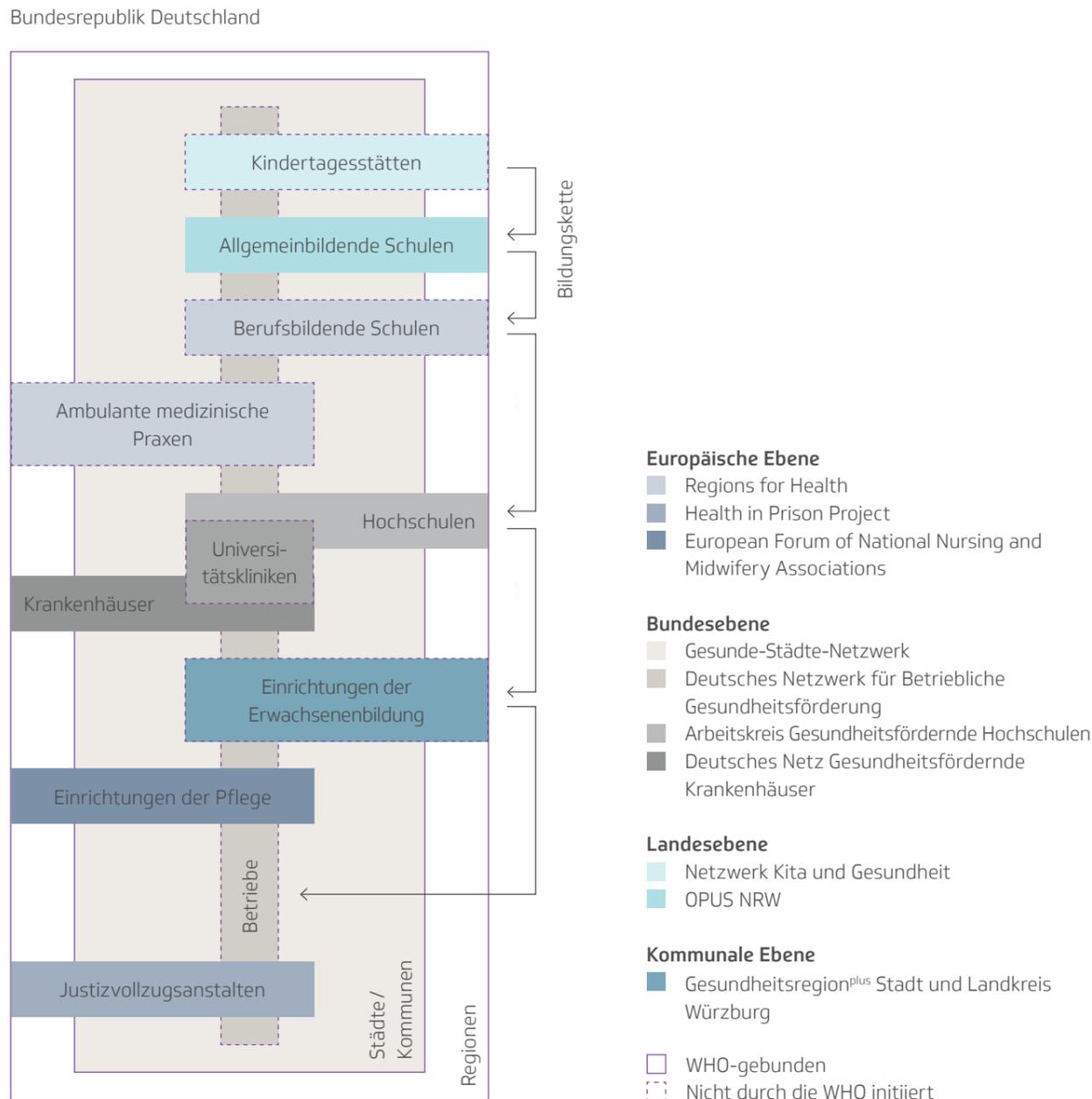
Die Formulierung des Settingansatzes in der Ottawa-Charta ist ein bedeutender Schritt für die Entwicklung der Gesundheitsförderung. Auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa/Kanada (1986) wurde die Stadt Toronto in Anlehnung an die WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zur „Healthy City“ erklärt und damit die Grundlage für das „Gesunde-Städte-Projekt“ der WHO geschaffen. Zumeist von der WHO initiiert, gibt es seither Programme, die den Settingansatz, zum Beispiel in der Region/ Stadt/Kommune, in Betrieb, Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Schule und

Hochschule in Form von einzelnen Projekten und/oder der Gründung von Netzwerken vorantreiben (Abb. 4). Die neun internationalen Folgekonferenzen der WHO zur Gesundheitsförderung (zuletzt Schanghai 2016) haben den Settingansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung stets in ihre Programme aufgenommen und in seiner Anwendung bestätigt und fortgeschrieben.

Abschließend ist anzumerken, dass derzeit kein umfassendes theoriegeleitetes ganzheitliches Erklärungsmodell für die Anwendung des Settingansatzes existiert. Es gibt jedoch einzelne Theorien und Modelle aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, aus denen bestimmte Aspekte und Handlungsoptionen gezielt auf Setting-Aktivitäten im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung übertragen werden können.

Der Settingansatz bietet das Potenzial, die Chancengerechtigkeit zu erhöhen und die Benachteiligung einzelner Gruppen auszugleichen.

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Netzwerken



Quelle: nach Hartmann & Seidl 2014, S. 64, euro.who.int/de/

Partizipation und Empowerment Nach dem Settingansatz sind gesundheitsförderliche Aktivitäten partizipativ zu gestalten. Die betroffenen Zielgruppen beteiligen sich aktiv am gesamten Planungs-, Umsetzungs- und Entscheidungsprozess als Expertinnen und Experten ihres Settings. Dies erfordert Handlungsspielraum und den Erwerb von Kompetenzen, die zum selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handeln befähigen (Empowerment).

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe Die Einführung der Gesundheitsförderung an Hochschulen erfordert die Entwicklung von integrierten Strukturen und Prozessen. Auf dem Weg zur Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für Beschäftigte und Studierende stehen Managementstrategien im Vordergrund, unter deren organisatorischem Dach die gesetzlich festgelegten Aufgaben und gesundheitsbezogenen Handlungsfelder zusammengeführt werden. Die gesetzlich vorgeschriebene Überwachung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz Hochschule zur Verminderung von Risikofaktoren sind bisher nur vereinzelt durch ein übergeordnetes Gesundheitsmanagement erfolgt. Die Einführung eines BGM in der öffentlichen Verwaltung hat zu einer Neuorientierung gesundheitsbezogener Leistungen und Aktivitäten auch an Hochschulen geführt. Bisherige gesetzliche Pflichtaufgaben der Hochschulen sind zum Beispiel der Arbeits- und Gesundheitsschutz, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und der Mutterschutz. Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine weitere Aufgabe dazugekommen, die die Einführung eines BGM notwendig macht, in der sich traditionell verankerte Akteure und Bereiche wie betriebsärztliche Strukturen oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit neu zuordnen

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein Zusammenwirken aller relevanten Bereiche und Akteure erfordert.

müssen. Dadurch entstehen mehr Schnittmengen und Kooperationen zu anderen Organisationseinheiten der Hochschule mit gesundheitsrelevanten Verantwortlichkeiten. Hinzu kommt die Verortung neuer Themenfelder im BGM, die bisher nicht oder nur teilweise in der Hochschule strategisch aufgegriffen und in Verwaltungshandeln umgesetzt wurden. Zu den Themen gehören die Inklusion, das Notfall- und Krisenmanagement sowie das Bedrohungsmanagement.

Organisationsentwicklung Im Sinne der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings arbeitet der Settingansatz unter anderem mit den Methoden und Strategien der Organisationsentwicklung. Gesundheit wird unter Berücksichtigung des Settingansatz als Querschnittsaufgabe gesehen und

deshalb als ein wichtiges Organisationsprinzip in der jeweiligen Lebenswelt eingeführt. In diesem komplexen Prozess sind alle Ebenen einer Organisation durch Veränderungsprozesse betroffen. Hierfür ist ein hohes Maß an Kompetenz für die Strukturentwicklung durch Managementprozesse (zum Beispiel Projektmanage-

ment) notwendig. Der Settingansatz ermöglicht die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen.

Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung

Eine der drei zentralen Handlungsstrategien in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung lautet „Vermitteln und vernetzen“ (englisch mediate). Sie hat zum Ziel, die Gesundheit zu erhalten, zu schützen und zu fördern (vgl. Abb. 2). Gemäß der WHO beschreibt „Vermitteln und vernetzen“ einen Prozess, der die verschiedenen Interessen von Individuen, Gemeinschaften sowie Organisationen und Institutionen in Einklang bringen soll. Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein Zusammenwirken aller relevanten Bereiche und Akteure erfordert. Das bedeutet die Koordination und Kooperation von Regierungen, Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts- und Umweltsektoren, nicht staatlichen Verbänden und Initiativen der Zivilgesellschaft, der Medien und so weiter („Health in All Policy“).

Definition Netzwerk Laut WHO ist unter einem „Netzwerk“ eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen zu verstehen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist. Grundlage von Netzwerkarbeit ist ein hohes Vertrauen sowie Verantwortungsgefühl. Netzwerke werden von Personen moderiert und koordiniert, die über Fach- und Sozialkompetenz, Kooperationsfähigkeit, Konflikt- und Kompromissbereitschaft verfügen.

Netzwerkstrukturen Netzwerke dienen zum Beispiel als gemeinsame Plattform, um Probleme zu identifizieren und Lösungen zu suchen beziehungsweise umzusetzen. Außerdem findet durch sie ein regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch statt, durch den die Mitglieder des Netzwerkes voneinander lernen und profitieren können. Durch den direkten Vergleich und praxisnahe Hilfen werden unter anderem Motivation und Durchhaltevermögen gesteigert.

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung soll unter anderem dabei helfen, Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, Synergieeffekte, Innovation und Flexibilität zu erreichen. Erfolg versprechende Rahmenbedingungen sind zum Beispiel eine ständige qualitative Bewertung, Veränderungen in der Infrastruktur und eine professionelle Koordination des Netzwerkes. Zudem ist es wichtig, dass ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch stattfindet, bei dem Ziele diskutiert und Strategien zur Akzeptanzsicherung beziehungsweise Aktionserweiterung erarbeitet werden. Wichtig ist es auch, das Thema Konkurrenz anzusprechen und Regeln zu vereinbaren, wie man vertrauensvoll zusammenarbeiten möchte. Herausforderungen bei der Netzwerkarbeit können zum Beispiel deren Komplexität und Unterschiedlichkeit, lange Kommunikationswege, zeitaufwendige Kommunikations- und Aushandlungsprozesse sowie häufig fehlende personelle und finanzielle Ressourcen sein. Zusammenfassend bedeutet das:

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung ...

- ... benötigt Ressourcen, die im Vorfeld definiert und abgesichert werden müssen.
- ... lebt von Unterschiedlichkeit, das heißt, sie ist Ausdruck von und zugleich Antwort auf Spezialisierung, Differenzierung, Arbeitsteilung und Abgrenzung.

- ... erkennt Systemgrenzen, die kooperativ neu justiert, aber nicht aufgelöst werden sollten.
- ... setzt eine Festlegung der Kooperationsbedingungen mit klar festgelegten Netzwerkstrukturen und -verantwortlichkeiten voraus.
- ... erfordert eine klare Zielkonzeption, wozu auch das Offenlegen eigener Interessen im Netzwerk gehört.
- ... setzt klare Zielvorstellungen und Lösungsbereitschaft der einzelnen Akteure voraus.
- ... erfordert, die unterschiedlichen Interessensgebiete und Sichtweisen zu erkennen und einzusetzen, aber auch Grenzen zu definieren, damit voraussehbare Enttäuschungen minimiert werden können.

Der Aufbau von Netzwerkstrukturen wird als praktische Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung gesehen. Ein gesundheitsförderndes Netzwerk dient der effektiven Programm-, Planungs- und Ressourcennutzung sowie der gemeinsamen Koordination und der Herstellung eines inhaltlichen und/oder organisatorischen Zusammenhangs gesundheitsrelevanter Angebote. Mittelfristig soll es zu einem kommunikativen Austausch- und Verständigungsprozess führen.

Netzwerke seit der Ottawa-Charta In den vergangenen 30 Jahren sind zahlreiche mehr oder minder etablierte gesundheitsfördernde Netzwerke organisationsbezogener Settings gegründet worden (Abb. 4). Die Netzwerke haben eine unterschiedliche Reichweite und können auch settingübergreifend wirken. Sie sind auf verschiedenen Ebenen (welt-, europa-, bundes- und landesweit sowie kommunal) unterschiedlich stark organisiert. Es gibt verschiedene Netzwerke, zum Beispiel gesunde Region, gesunde Stadt, gesundheitsförderndes Unternehmen (Betrieb), gesundheitsförderndes Krankenhaus, gesundheitsfördernde Pflegeeinrichtung, gesundheitsfördernde Justizvollzugseinrichtung sowie die Netzwerke der gesundheitsfördernden Bildungskette: Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule (vgl. Dadaczynski et al. 2016).

3 Statusgruppen an Hochschulen

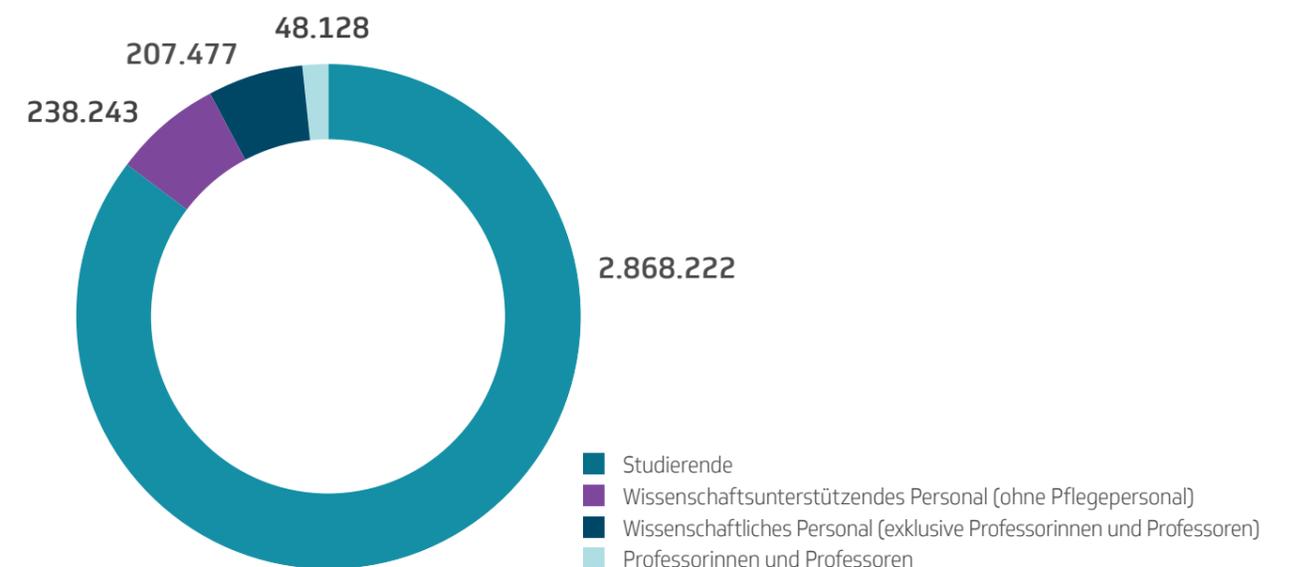
An deutschen Hochschulen waren im Wintersemester 2018/2019 knapp drei Millionen Studierende eingeschrieben und circa 710.000 hauptberuflich Beschäftigte tätig (Berichtsjahr 2018, destatis.de).

Die Mitglieder der Hochschulen können in vier Statusgruppen eingeteilt werden: Studierende, wissenschaftsunterstützendes Personal, wissenschaftliches Personal sowie Professorinnen und Professoren (Abb. 5). Das Personal wird in haupt- oder nebenberuflich Beschäftigte unterschieden.

Die Beschäftigten setzen sich aus dem wissenschaftsunterstützenden und dem wissenschaftlichen beziehungsweise künstlerischen Personal zusammen. Die Professorinnen und Professoren werden anteilig am wissenschaftlichen Personal

statistisch gesondert erfasst. Die Professorinnen und Professoren sowie Studierenden geben Hochschulen im Bildungswesen eine einzigartige Organisationsstruktur mit Mitwirkungsrechten und -pflichten. Basis ist die Hochschulautonomie, die im Hochschulrahmengesetz und in den 16 Landeshochschulgesetzen festgeschrieben ist. Des Weiteren gibt es eigenständige Untergliederungen wie Fakultäten, Fachbereiche beziehungsweise Institute, die für einen gemeinsamen Weg zur gesundheitsfördernden Hochschule gewonnen werden müssen.

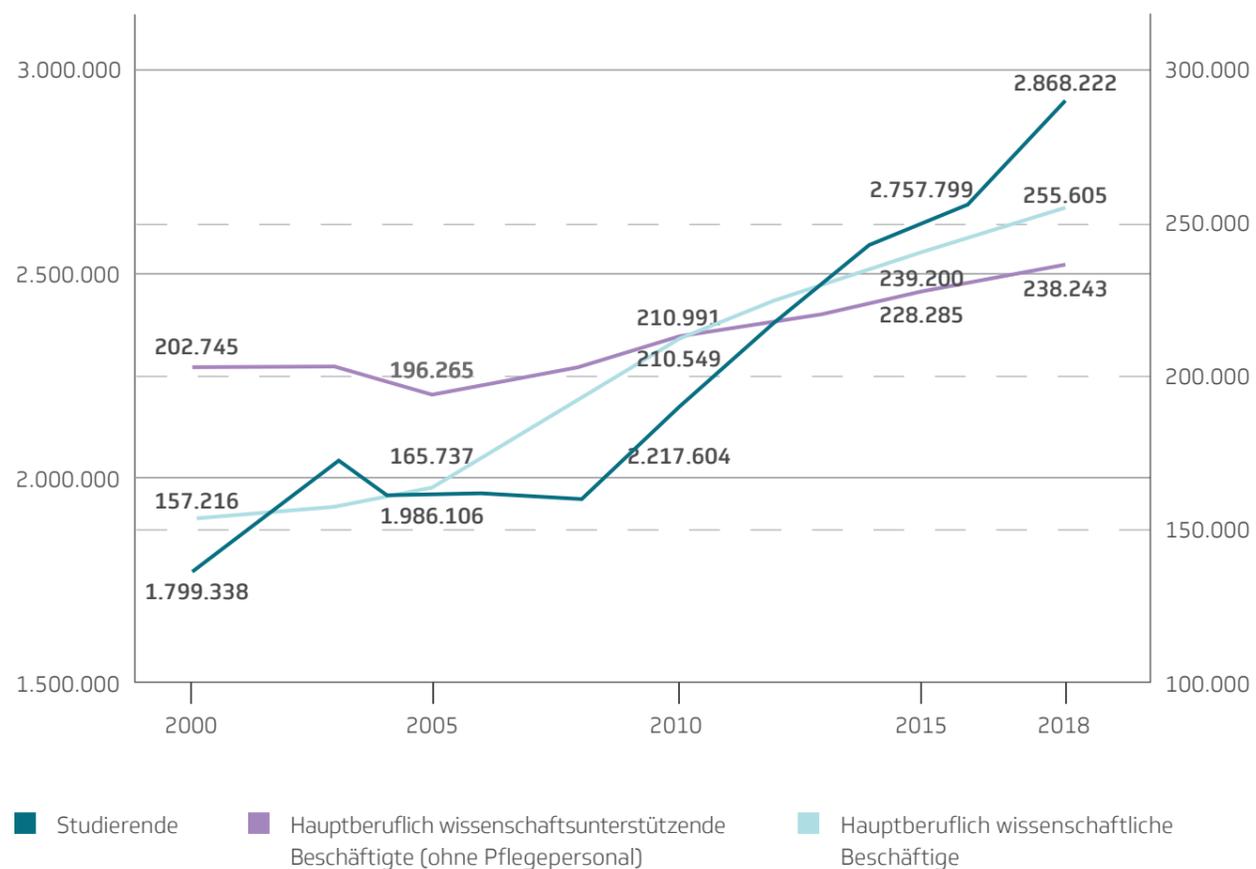
Abbildung 5: Verteilung der Studierenden und hauptberuflich Beschäftigten nach Statusgruppen an Hochschulen in Deutschland im Jahr 2018



Die vorliegenden Erkenntnisse zur Gesundheit der vier Statusgruppen resultieren aus zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten 20 Jahre. Die Anzahl gesundheitsbezogener Publikationen ist in Bezug auf die Studierenden mittlerweile äußerst umfangreich. Zu den Beschäftigten in Wissenschaft und Kunst liegen hingegen nur wenige Erkenntnisse vor. Durch die Reformen, die zunehmende Heterogenität und den quantitativen Kapazitätsausbau der Studienplätze (Abb. 6) bei gleichzeitiger Mehrbelastung für

die Beschäftigten ist die Vergleichbarkeit im Zeitverlauf nur sehr eingeschränkt gegeben. Darüber hinaus ist die Fluktuation an Hochschulen naturgemäß bei Studierenden und dem wissenschaftlichen Mittelbau hoch. Vergleichbare Untersuchungen zur Gesundheit von Studierenden vor der Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse sind selten und Aussagen zu deren gesundheitsbezogenen Auswirkungen damit nur eingeschränkt belastbar.

Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl der Studierenden, des hauptamtlich beschäftigten wissenschaftsunterstützenden und wissenschaftlichen Personals an den Hochschulen in Deutschland im Zeitraum von 2000 bis 2018



Quelle: [destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/_inhalt.html)

Gesetzliche Bestimmungen zu Gesundheit und Sicherheit in der Organisation Hochschule finden in Bezug auf die Statusgruppen unterschiedliche Anwendung. Es ist allerdings ein Trend zu erkennen, dass sich die Regelungen immer stärker angleichen. Dies ist im Bereich der psychischen Gefährdungsbeurteilung und des Mutterschutzes der Fall. Das Präventionsgesetz bietet ebenfalls genug Interpretationsspielraum, die leistungsrechtlich getrennten Bereiche „Lebenswelt Hochschule“ (§ 20a SGB V) und „betriebliche Gesundheitsförderung“ (§ 20b SGB V) in der Organisation Hochschule zusammenzuführen. Im Folgenden sollen die vier Statusgruppen näher vorgestellt werden.

Gesundheit von Studierenden Studierende bilden mit durchschnittlich 80 Prozent die größte Statusgruppe an Hochschulen. Im Wintersemester 2018/2019 studierten 2.868.222 Frauen (49 Prozent) und Männer (51 Prozent) überwiegend an den Universitäten (61 Prozent) und Fachhochschulen (35 Prozent). Das Geschlechterverhältnis ist bei Studierenden ausgeglichen. An den privaten Hochschulen sind 8,1 Prozent der Studierenden in Deutschland eingeschrieben (WS 2017/18). Der Anteil der 394.665 ausländischen Studierenden in Deutschland beträgt fast 14 Prozent. Die Studienanfängerquote ist von circa 36 Prozent (2001) auf circa 56 Prozent im Jahr 2018 gestiegen. Sie entspricht dem Anteil der Studienanfänger am jeweiligen Geburtsjahrgang. Das Alter aller Studierenden beträgt für das Wintersemester 2017/2018 im Durchschnitt 23,4 Jahre. Die Studienanfänger sind durchschnittlich 21,3 Jahre alt, die Bachelorabsolventinnen und -absolventen circa 24 Jahre (2017). Die durchschnittliche Studiendauer zum Erwerb eines Bachelorabschlusses beträgt im Erfassungsjahr 2017 fast vier Jahre ([destatis.de](https://www.destatis.de)).

Das Thema Gesundheit von Studierenden hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Medien, Studien, aber auch Studierende selbst berichten regelmäßig über gesundheitliche Probleme. Auch wenn es bisher nur wenige Längsschnittuntersuchungen zu Gesundheit und Krankheit von Studierenden gibt, zeigen einzelne Querschnittserhebungen seit Einführung der neuen Studienabschlüsse die steigende Inanspruchnahme der psychosozialen Beratungsstellen an den Hochschulen. Eine Sonderauswertung der TK im Rahmen des Gesundheitsreports 2015 (TK 2015) zeigt beispielsweise, dass die Verordnungsraten von Psychopharmaka in der Grup-

Lösungsansätze zur Verminderung des Stresserlebens von Studierenden liefert der Artikel zu den TK-Mentalstrategien „Seminar zur Stärkung der Ressourcen im Studium“ im TK-Lebenswelten-Portal unter [tk.de](https://www.tk.de), Suchnummer 2072586.

pe der Studierenden von 2006 bis 2014 im Durchschnitt um 25,6 Prozent gestiegen ist. Die größte Zunahme betrifft anteilig mit 43,4 Prozent die Antidepressiva. Hinzu kommt, dass die absolute Anzahl der Studierenden in den letzten zehn Jahren um circa 25 Prozent angestiegen ist, ohne dass die personellen Ressourcen und die Infrastruktur damit Schritt halten konnten (Abb. 6). Folglich haben sich die Rahmenbedingungen vielerorts verschlechtert.

Besondere Lebensphase Die Lebensphase des jungen Erwachsenenalters zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr ist für die Persönlichkeitsentwicklung prägend. Die Studienzeit als Übergang zwischen Schule und beruflichen Tätigkeiten gilt daher als Entwicklungs- und Erprobungsphase von besonderer Qualität. Unsicherheiten können durch die Identitätsfindung, den Übergang von Schule beziehungsweise beruflicher Tätigkeit ins Studium und den Auszug aus dem Elternhaus entstehen. Studierende werden mit neuen Rollenansprüchen konfrontiert und das Studium verlangt ein hohes Maß an Selbstmanagement. Herausforderungen liegen sowohl in der Finanzierung des Studiums und des Lebensunterhalts als auch in der Neuorganisation des privaten und sozialen Bereichs. Häufig wird für ein Studium der Wohnort gewechselt, sodass Studierende sich ein neues soziales Umfeld aufbauen müssen.

Belastungen in der Studienphase ergeben sich zum Beispiel aus akademischen Leistungsanforderungen, hohem Zeitaufwand, Verdichtung der Studienabläufe, empfundenen Orientierungslosigkeit, Doppel- und Dreifachbelastung durch Nebentätigkeiten und/oder Familiengründung, Studieren mit Kind sowie Pflege von Angehörigen. Als Ausgleich fehlen häufig Bewegungs-, Entspannungs- und Rückzugsmöglichkeiten im Hochschulbereich.

Informationen dazu, wie das Gesundheitsmanagement an Hochschulen Daten zur Gesundheit und zudem Gesundheitsverhalten ihrer Studierenden erheben und analysieren kann, finden Sie im Artikel „University Health Report“ im TK-Lebenswelten-Portal unter tk.de, Suchnummer 2072902.

Im Verhältnis zu gleichaltrigen Berufstätigen bestehen bei Studierenden häufig noch vielfältige finanzielle und institutionelle Abhängigkeiten zu den Eltern. Oft lösen sie sich erst Mitte des dritten oder sogar erst im vierten Lebensjahrzehnt vollständig vom Elternhaus. Dies kann den Prozess der Verselbstständigung erschweren und eine instabile Berufs-, Partnerschafts- und Wohnsituation verlängern. In der Studienzeit können allerdings auch Ressourcen aufgebaut werden. Der Auszug aus dem Elternhaus und somit der Start in das eigene unabhängige Leben ist als kritisches Lebensereignis zu werten. Dieser Umbruch kann dazu dienen, gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren zu entwickeln und zu festigen (vgl. Brandl-Bredenbeck et al. 2013). Insgesamt gelten Studierende, allein schon aufgrund ihres jungen Alters, im medizinischen Sinne als vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe.

Erkenntnisse zur Situation im Studium Die Anzahl der Publikationen, wissenschaftlichen Erhebungen, Berichte und Studien zur wirtschaftlichen und sozialen Lage sowie zum Studienverlauf als auch zu Gesundheit und Sicherheit von Studierenden ist in den letzten zwanzig Jahren stark angestiegen. Ein Ziel ist es, herauszufinden, welche Einflussfaktoren der Lebenswelt Hochschule die Gesundheit der Studierenden erhalten und/oder stärken. Ein weiteres Ziel ist es, das gesundheitsbezogene Wissen beziehungsweise Verhalten der Studierenden mittelfristig, auch mit Blick auf den späteren Berufsalltag, zu verbessern. Es fehlt allerdings vielerorts noch an der Verknüpfung von bildungs- und sozialwissenschaftlichen Indikatoren, um entsprechende Zusammenhänge der gesundheitsbezogenen Parameter mit den Rahmenbedingungen des Studiums aufzuzeigen.

In Deutschland haben die staatlich geförderten Erhebungen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage sowie zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Studierenden eine lange Tradition (Middendorf et al. 2017). Die Erkenntnisse der Hochschulforschung zum Studieneinstieg und -verlauf sowie zur Studienqualität sind vor allem der Einführung des zweigestuften Bachelor- und Mastersystems zuzuschreiben, das mit umfangreichen Qualitätsanforderungen einhergeht.

Die systematische Aufbereitung von Daten zu Gesundheit und Sicherheit der Studierenden hat unterschiedliche Ursprünge. Dies sind zum Beispiel Kennzahlen der Sozialversicherungsträger wie Diagnosen, Medikamentenverschreibungen und von Unfallstatistiken der Altersgruppe der Studierenden, die zum Beispiel in Reports veröffentlicht werden. Des Weiteren gibt es repräsentative Befragungen sowie gesundheitsbezogene Daten, die gezielt zu den Studierenden erhoben werden. In chronologischer Reihenfolge gehören dazu zum Beispiel folgende von der TK geförderte Befragungen: „Gesundheitssurvey NRW 2007“, die „University Health Reports“ und der Bericht „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“.

Durch die Einführung des Gesundheitsmanagements für Studierende werden in Anlehnung an die Beschäftigtenbefragungen an einzelnen Hochschulen auch Studierende befragt, um aus den Ergebnissen settingbezogene Interventionen abzuleiten. Die wissenschaftlichen Expertisen zur Gesundheit von Studierenden und wissenschaftlichen Beschäftigten werden seit mehr als zehn Jahren schwerpunktmäßig von der University-Health-Report-Projektgruppe unter der Leitung von Dr. Dr. habil. Burkhard Gusy an der Freien Universität Berlin erstellt und weiterentwickelt (uhreport.de).

Regelmäßig erhebt die BZgA den Substanzkonsum der 18- bis 25-Jährigen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Einzeluntersuchungen zur psychischen Gesundheit und Stressbewältigung, dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie dem Substanzkonsum von Studierenden.

Sozialwissenschaftliche Erhebungen Detaillierte Auskunft geben zwei regelmäßig durchgeführte sozialwissenschaftliche Erhebungen. Seit 1951 werden Studierende zu ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lebenslage im Auftrag des Deutschen Studentenwerks (DSW) befragt. Die 21. Sozialerhebung wurde vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) im Jahr 2016 durchgeführt (sozialerhebung.de). Seit 1983 gibt die Arbeitsgruppe Hoch-

schulforschung der Universität Konstanz den mittlerweile 13. Studierendensurvey heraus. Letztmalig wurden Studierende im Jahr 2016 zu ihrer Studiensituation und ihren studentischen Orientierungen befragt (soziologie.uni-konstanz.de). In Deutschland verläuft die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung traditionell getrennt, sodass Daten zur Gesundheit von Studierenden gesondert zu erheben sind. Die Sozialerhebung des DSW beinhaltet allerdings auch regelmäßig Fragen zu „gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ von Studierenden. Dadurch soll eine Datengrundlage geschaffen werden, um Studierenden mit Beeinträchtigungen auf Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention und der Fördermöglichkeiten des Bundesteilhabegesetzes eine gleichberechtigte Teilhabe am Hochschulalltag zu ermöglichen.

Gesundheitliche Beeinträchtigung von Studierenden Unter gesundheitlicher Beeinträchtigung werden körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen verstanden. Nach Selbstauskunft hatten elf Prozent der Studierenden im Sommersemester 2016 eine oder mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die sich studienerschwerend auswirkten. Hochgerechnet entspricht dies circa 264.000 Studierenden im Jahr 2016. Ältere Jahrgänge sind davon stärker betroffen. Im Vergleich zu 2012 ist ein Anstieg des Anteils Studierender mit starker beziehungsweise sehr starker Studienerschwerung bei psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Studentinnen sind etwas stärker betroffen. Im Einzelnen werden von den elf Prozent der Studierenden, die studienerschwerende Beeinträchtigungen angeben, folgende krankheitsbezogene Kategorien erfasst: psychische Erkrankung (47 Prozent), chronisch-somatische Erkrankung (18 Prozent), Mobilitätsbeeinträchtigung (4 Prozent), Sehbeeinträchtigung/Blindheit (4 Prozent), Hörbeeinträchtigung/Gehörlosigkeit (2 Prozent) sowie Sprach-/Sprechbeeinträchtigung (1 Prozent). Darunter geben sechs Prozent der Studierenden an, dass sie zwei oder mehr Beeinträchtigungen haben, die sich jeweils gleichermaßen negativ auf das Studium auswirken (DSW 2018, Middendorff et al. 2017).

Gesundheitswissenschaftliche Erhebungen Gesundheitswissenschaftliche Erhebungen zur Studierendengesundheit zeigen eine jahrzehntelange Entwicklung. Diese verläuft im Wesentlichen von individuen- zu populationsbezogenen Untersuchungen. Die Ergebnisse dieser Studien bilden die Grundlage für hochschulspezifische Interventionen zur Gesundheitsförderung von Studierenden. In der ersten Phase konzentrieren sich die Studien auf Untersuchungen zur psychischen Gesundheit, deren Ursprünge bis in die 1960er Jahre zurückreichen. Sie sind häufig Ausdruck dafür, dass Studierende eine leicht zu rekrutierende Versuchsgruppe darstellen. Des Weiteren stehen die Studien im Zusammenhang mit der Gründung der ersten Beratungsstellen für Studierende mit psychosozialen Problemlagen. Studien der zweiten Phase fokussieren in Anknüpfung an die Ottawa-Charta seit Ende der 1990er Jahre auf den Gesundheitszustand, die gesundheitlichen Verhaltensweisen sowie die Ressourcen von Studierenden. Sie stehen im Zusammenhang mit der Etablierung der Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland. Die Studien untersuchen neben den krankheitsverursachenden und krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren auch die gesundheitsschützenden und gesundheitserhaltenden Einflüsse. Die dritte Phase ist eng verknüpft mit dem bildungspolitischen Diskurs des ersten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts. Sie gehen mit den Veränderungen der Studienstrukturen im Zuge des Bologna-Prozesses einher. Dabei stehen die Stressbelastung und spezifische neugestaltete Studienanforderungen in den Bachelorstudiengängen als Auslöser von Erkrankungen in der Diskussion. Die vierte Phase beruht auf der Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Grundlagen in Forschung und Wissenschaft und ihrer Anwendung in der Praxis. Durch die Förderpolitik der gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 20 SGB V steigt auch das Interesse der Hochschulen, ein Gesundheitsmanagement auf der Basis von Gesundheitsdaten zu etablieren.

Die gesamte Befragung zur „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ finden Sie im TK-Lebenswelten-Portal unter tk.de, Suchnummer 2088820.

Gesundheit Studierender Die Studie „Gesundheit Studierender in Deutschland 2017“ liefert erstmals bundesweit belastbare Referenzwerte für hochschulspezifische Befunde (Grützmaker et al. 2018). Für die Themenbereiche Soziodemographie, Gesundheit, Ressourcen und Anforderungen im Studium sowie gesundheitsbezogenes Verhalten sind 22 Faktenblätter online verfügbar (fu-berlin.de/gesundstudieren). Grundlage der Erhebung ist der „positive“ Gesundheitsbegriff der WHO, der neben der Abwesenheit von Krankheiten ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden einschließt (Grützmaker et al. 2018, S1).

An der Online-Befragung im Jahr 2017 haben 6.198 Studierende teilgenommen, von denen 80 Prozent ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen. Auffällig ist, dass vor allem psychische Belastungen vermehrt angegeben werden. Jeder vierte Studierende klagt über ein hohes Stresserleben (25,3 Prozent). Ebenso gibt ein Viertel der Studierenden Erschöpfungssymptome an (24,4 Prozent). Vor allem weibliche Studierende nehmen psychische Belastungen wahr. So gibt jede fünfte Studentin (21,2 Prozent) an, unter den Symptomen einer

generalisierten Angststörung zu leiden. Jede Sechste nimmt Anzeichen eines depressiven Syndroms wahr (16,9 Prozent). Bezüglich der psychischen Belastungen zeigen sich starke Unterschiede zwischen den Fächergruppen. Studierende der

Sprach- und Kulturwissenschaften fühlen sich stark beeinträchtigt – 22,5 Prozent nehmen Symptome von Angststörungen wahr und 18,3 Prozent Symptome von Depression. Weniger beeinträchtigt fühlen sich Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften. Von diesen Studierenden geben 14,8 Prozent an, dass sie Symptome einer generalisierten Angststörung an sich wahrnehmen. 10,6 Prozent bemerken Symptome eines depressiven Syndroms bei sich.

Des Weiteren zeigt die Studie, dass Studierende Defizite bei der körperlichen Aktivität aufweisen. Nur 26,7 Prozent der Studierenden geben an, sich entsprechend der WHO-Empfehlung mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv zu bewegen. Folglich sind nach dieser Vorgabe fast drei Viertel der Studierenden nicht ausreichend körperlich aktiv. Weibliche Studierende sind weniger aktiv als männliche. Während von den männlichen Studierenden 29,1 Prozent der WHO-Empfehlung nachkommen, sind es bei den weiblichen Studierenden nur 24 Prozent.

Im Vergleich zur körperlichen Aktivität muss eine sportliche Aktivität geplant, strukturiert und mit dem Ziel verbunden sein, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern oder zu erhalten. Bezüglich der sportlichen Aktivität zeigt sich, dass 40,5 Prozent der Studierenden regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv sind. Von den männlichen Studierenden sind es 44,1 und von den weiblichen 37,1 Prozent.

Gesundheit von Beschäftigten in Verwaltung, Beratung und Technik
Die Beschäftigten des

wissenschaftsunterstützenden Personals bilden eine eigene Statusgruppe mit sehr unterschiedlichen Berufsausbildungen beziehungsweise akademischen Abschlüssen. Die Statusgruppe umfasst alle Hochschulbeschäftigten, die nicht in

Lehre und Forschung tätig sind. Dazu gehören die zentralen und dezentralen Verwaltungseinrichtungen, Sekretariate, Bibliotheken, Labore, Werkstätten, Rechenzentren und Beratungsstellen. Das Wissenschafts- beziehungsweise Hochschulmanagement bildet eine Brückenfunktion zwischen der traditionell getrennten Aufgabenteilung des hauptberuflich tätigen wissenschaftsunterstützenden Personals und den wissenschaftlich Beschäftigten. In den Landeshochschulgesetzen wird das wissenschaftsunterstützende Personal unterschiedlich bezeichnet und statistisch undifferenziert beziehungsweise uneinheitlich erfasst. Das medizinisch-pflegerische Personal der Universitätskliniken bleibt im Folgenden ebenso unberücksichtigt wie die außer-universitären Forschungseinrichtungen.

Im Berichtsjahr 2018 waren 311.487 hauptberuflich Beschäftigte im administrativen und technischen Bereich sowie als Pflegepersonal (72.134) an den Universitätskliniken tätig. Der Anteil der Frauen in dieser Gruppe lag bei 70 Prozent. Je nach Hochschulart und Ausrichtung der Fachdisziplinen kann sich der Anteil der jeweils in Verwaltung, Beratung und Technik Tätigen unterscheiden. Im Vergleich zu den flachen Hierarchien der weitestgehend autonom forschenden und lehrenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ist die Hochschuladministration mit den Kanzlerinnen und Kanzlern an der Spitze hierarchisch gegliedert. Die Verwaltung ist zudem verpflichtet, in der öffentlichen Einrichtung Hochschule die gesetzlichen Vorgaben zu Gesundheit und Sicherheit einzuhalten und Eingriffe der staatlichen Aufsicht und Steuerung zu vollziehen.

Belastungen und Ressourcen Für die gesundheitsbezogenen Anforderungen, Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz Hochschule gibt es keine vergleichbare Erhebungslage wie für die Studierenden. Die hohe Heterogenität der Arbeitsbereiche des verwaltungsbezogenen und technischen Personals ermöglicht keine generellen Aussagen zur Belastungssituation über alle Hochschulbeschäftigten hinweg, zumal auch hier nur wenige empirische Untersuchungen vorliegen. Allerdings sind die gesundheitlichen Probleme der Hochschulbeschäftigten mit denen in anderen öffentlichen Verwaltungen vergleichbar. Diese resultieren vorwiegend aus den Arbeitsanforderungen und den Umgebungsfaktoren einer im Durchschnitt immer älter werdenden Belegschaft.

Dazu gehören zum Beispiel körperliche Beschwerden wie Rücken- und Nackenbeschwerden, Befindlichkeitsstörungen, Kopfschmerzen und Müdigkeit. Hinzu kommen Angst vor Arbeitsplatz- und Statusverlust, Arbeitsverdichtung ohne Anstieg der Gratifikation, Wandel im Berufsbild, Neustrukturierung, Tendenz zu befristeten Arbeitsverhältnissen beziehungsweise Arbeitsverhältnissen mit geringerer Grundvergütung, Arbeitsunterbrechungen, unbestimmte Arbeitsplatzbeschreibung, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, unzureichende Weiterbildung sowie geringe Entscheidungs- und Verantwortungsbefugnis. Weiterhin haben psychosoziale Faktoren, wie zum Beispiel soziale Konflikte, Mobbing, Bedrohungsszenarien, Langeweile und/oder Unter- beziehungsweise Überforderung, einen hohen Einfluss auf das Arbeitsklima und damit auf das Wohlbefinden und die Gesundheit dieser Statusgruppe.

Betriebliche Gesundheitsförderung Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden seit 20 Jahren für die jeweiligen Hochschulen Beschäftigtenbefragungen durchgeführt und Gesundheitsberichte erstellt. Teilweise fließen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und die Anzahl von Frühverrentungen in die hochschulspezifische Analyse der Situation der hauptberuflich Beschäftigten mit ein. In der Regel stehen die Ergebnisse der Öffentlichkeit nicht zur Verfügung. Zur Prävention von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Betrieb Hochschule sieht das Arbeitsschutzgesetz unterschiedliche Gefährdungsbeurteilungen vor, deren Ergebnisse bisher in keine übergeordnete Berichterstattung münden.

Hier könnte der sogenannte „Bielefelder Fragebogen“ eingesetzt werden, der seit 2014 an über 30 Hochschulen in Deutschland angewendet worden ist (Esdar et al. 2016). Er basiert auf dem Forschungsprojekt „Gesund und sicher an Hochschulen mit dem Bielefelder Verfahren - Belastungen analysieren - Maßnahmen evaluieren - Prävention sichern“ der Gesetzlichen Unfallkasse (DGUV-SV) mit der Universität Bielefeld. Im Ergebnis soll den Hochschulen und Sozialversicherungen „ein praxistaugliches, validiertes und standardisiertes Verfahren zur Beurteilung der Wirkung von Arbeitsbedingungen auf die (psychische) Gesundheit (Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung) sowie zur Maßnahmenableitung und -umsetzung zur Verfügung“ stehen (Quelle: dguv.de/ifa/forschung). In Anwendung auf Studierende befindet sich der Bielefelder Fragebogen noch in einer Testphase (Burian et al. 2019).

Nur 26,7 Prozent der Studierenden geben an, sich mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv zu bewegen.

Studie der Hans-Böckler-Stiftung Aus Sicht der gewerkschaftsorientierten Sozialwissenschaften wurde 2017 von der Hans-Böckler-Stiftung die erste umfassende Studie zum „Wandel der Arbeit in wissenschaftsunterstützenden Bereichen an Hochschulen“ vorgelegt (Banscherus et al. 2017). Aus der Online-Erhebung, die im Zeitraum von 2013 bis 2016 hochschul- und bundesländerübergreifend stattfand, sollen einige Ergebnisse zu Anforderungen, Belastungen und Ressourcen der Hochschulbeschäftigten vorgestellt werden. Es wurden Literaturrecherchen vorgenommen, Dokumente gesichtet und Experteninterviews geführt. Hinzu kam eine Online-Befragung an 21 staatlichen Hochschulen in 12 Bundesländern, an der rund 2.500 Beschäftigte teilgenommen haben.

Die Befragten waren zu fast 80 Prozent mit ihrer Arbeitssituation eher zufrieden. Abgestuft wird dies für die Tätigkeitsinhalte (78 Prozent), die Arbeitsplatzsicherheit (73 Prozent), Vereinbarkeit von Familie und Beruf (69 Prozent), Arbeitsklima (67 Prozent) und Arbeitszeit (66 Prozent) ebenso gesehen. Trotzdem fühlt sich mehr als die Hälfte der Befragten stark belastet, wobei Multitasking (76 Prozent), fachliche Anforderungen (69 Prozent) und häufige Unterbrechungen (57 Prozent) als wichtigste Faktoren genannt werden. Eine weitere Diskrepanz besteht zwischen den Angaben zur Arbeitszufriedenheit und dem Erleben von mangelnder Wertschätzung. In Bezug auf die gefühlte Wertschätzung ergeben sich folgende Unterschiede: in der eigenen Beschäftigungsgruppe (68 Prozent), durch die direkten Vorgesetzten (56 Prozent), durch die Studierenden (41 Prozent), von der Hochschulleitung (23 Prozent). Handlungsbedarf besteht offensichtlich beim Miteinander der Statusgruppen sowie im Verhältnis zum Leitungspersonal. Wertschätzung und angemessene Gratifikation gelten gemeinhin als wichtige Gesundheitsressourcen.

Gesundheit von wissenschaftlichen und künstlerischen Beschäftigten Die hauptberuflich wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten bilden in ihrer Aufgabenstellung von Lehre und Forschung im Vergleich zum wissenschaftsunterstützenden Personal eine relativ homogene Statusgruppe. Allerdings variieren unterhalb einer Professur die Bezeichnungen in den Landeshochschulgesetzen für den akademischen Mittelbau erheblich. Es gibt Lehrkräfte für besondere Aufgaben, Honorarprofessorinnen und -professoren, Assistentinnen und Assistenten, (Privat-)Dozierende, Akademische Räte und weitere Personalkategorien. Hinzu kommen so allgemeine Bezeichnungen wie (Nachwuchs-)Wissenschaftle-

rinnen und Wissenschaftler beziehungsweise Hochschulpersonal. Darüber hinaus haben vier Unterscheidungsmerkmale einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten sowie die Arbeitsbelastungen und arbeitsbezogenen Ressourcen des „akademischen Mittelbaus“ an Hochschulen (vgl. Lesener et al. 2017). Das sind die Vertragsart und -dauer (Befristung, Voll- oder Teilzeit), die Qualifikationsphase (Prädocs, Promotion, Postdocs, Juniorprofessuren, Habilitation), das Aufgabenspektrum (Forschung, Lehre, Administration) und die Finanzierung (Haushalts-, Drittmittelstellen und Stipendien). Der akademische Mittelbau stellt zumeist eine Durchgangsstation dar. Der überwiegende Anteil der Absolventinnen und Absolventen sowie Promovierten verlässt allerdings die Hochschulen wieder und setzt ihren beruflichen Werdegang außerhalb akademischer Einrichtungen fort.

Im Berichtsjahr 2018 waren 255.605 Personen hauptberuflich an deutschen Hochschulen im wissenschaftlichen und künstlerischen Bereich beschäftigt, darunter 48.128 Professorinnen und Professoren, 193.494 wissenschaftliche und künstlerische Beschäftigte, 10.268 Lehrkräfte für besondere Aufgaben und 3.715 Dozierende beziehungsweise Assistentinnen und Assistenten. Die Angaben zu den Professorinnen und Professoren werden in einem eigenen Abschnitt dargestellt.

Der akademische Mittelbau der Universitäten trägt den Hauptanteil an Lehre und Forschung. Belastende Faktoren sind die Arbeitsbedingungen beziehungsweise -anforderungen sowie subjektive physische und psychische Belastungen. Beispiele dafür sind Zeit- und Entscheidungsdruck, Arbeitsverdichtung durch steigende Studierendenzahlen und mehr administrative Tätigkeiten, oft fehlende Anerkennung und hohe Abhängigkeit von Vorgesetzten, Vereinzelung am Arbeitsplatz, Kettenarbeitsverträge mit kurzen Laufzeiten und fehlende angemessene Vergütung. Zusätzlich belastend dürften die weitgehend unkalkulierbaren akademischen Karrierechancen der wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten sein.

Review der Max-Traeger-Stiftung Unter dem Titel „Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Gesundheit im Mittelbau“ liegt ein erstes systematisches Review von 43 Dokumenten zum Gesundheitsstatus der wissenschaftlich und künstlerisch hauptberuflich Beschäftigten an staatlichen Hochschulen in Deutschland vor (Lesener et al. 2017). Aktuelle empirische Untersuchungen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten dieser zurzeit nicht klar definierbaren

Zielgruppe fehlen. Die wichtigsten Aussagen zu Belastungen und Ressourcen des akademischen Mittelbaus am Arbeitsplatz Hochschule lassen sich auf dieser Grundlage wie folgt zusammenfassen: Hauptbelastungsfaktoren sind die zeitliche Befristung der Arbeitsverträge, unangemessene Bezahlung und die daraus resultierenden unsicheren Karrierewege. Abhilfe kann durch eine Entfristung der Stellen oder langfristige Verträge geschaffen werden. Ein zusätzliches Problem ergibt sich gegebenenfalls aus der mangelnden Vereinbarkeit von Familie und Beruf, was die Familiengründung erschwert. Entlastung können entsprechende Infrastrukturen und flexiblere Arbeitszeiten bringen. Für die jeweilige Qualifizierungsphase wirken klare Vorgaben und Voraussetzungen sowie ein ausreichendes Betreuungsangebot als Entlastung. Während der Promotion wirken zum Beispiel strukturierte Programme unterstützend, die die Möglichkeit beinhalten, bestehende Konflikte mit den Betreuenden zu verhandeln. Als eine Ressource werden im akademischen Mittelbau herausfordernde, komplexe und vielfältige Arbeitsaufgaben gesehen. In Bezug auf die Lebenswelt Hochschule ist eine zielgerichtete, fächerübergreifende soziale und kommunikative Einbettung des akademischen Mittelbaus über die Mitbestimmungsrechte hinaus notwendig. So lassen sich zum Beispiel spezielle Fortbildungen wie Führungs- und Beschäftigungstrainings anbieten.

Gesundheit von Professorinnen und Professoren Eine Professur ist in Deutschland in der Regel mit einer eigenständigen Tätigkeit in Lehre und Forschung an einer Hochschule verbunden. Professor ist im Vergleich zum Dokortitel kein akademischer Grad, sondern eine Amts- beziehungsweise Berufsbezeichnung. Die Transparenz des Begriffs wird dadurch erschwert, dass auch ohne eine entsprechende wissenschaftliche Leistung der Titel verliehen werden kann. Dies kann bei einer Honorar- beziehungsweise Stiftungsprofessur der Fall sein, die in Deutschland nicht als solche kenntlich gemacht werden muss.

Ende 2018 waren 48.128 hauptberufliche Professorinnen und Professoren an den Hochschulen in Deutschland beschäftigt. Der Frauenanteil an der Professorenschaft ist ab-

hängig von den Wissenschaftsdisziplinen und den Bundesländern. Im Jahr 2017 betrug er im Durchschnitt 24,1 Prozent. Die Spannweite reicht von Bayern mit 19,8 Prozent bis Berlin mit 32,2 Prozent Professorinnenanteil aller Hochschulen des jeweiligen Bundeslandes. Der Qualifizierungsverlauf zwischen den Geschlechtern ist an den Hochschulen unausgewogen und es gibt weiterhin keine Chancengerechtigkeit, was die Bildungsbeteiligung von Frauen angeht. Während 52,7 Prozent der Studierenden in Nordrhein-Westfalen weiblich sind, nimmt dieser Anteil über die Absolventinnen (48,5 Prozent), Promovierten (43,4 Prozent), Habilitierten (27,6 Prozent) und Professorinnen (25,2 Prozent) kontinuierlich ab.

Gesundheitsförderliche Lehre beinhaltet auch ein angemessenes Betreuungsverhältnis zwischen Lehrenden und Studierenden.

Belastungen und Ressourcen Zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Professorinnen und Professoren liegen bisher keine bundesweiten wissenschaftlichen Untersuchungen vor. Wie in den anderen pädagogischen Berufen auch dürften es die psychischen Belastungen sein, die zu Symptomen wie Schlaflosigkeit und chroni-

schen Kopf- und Rückenschmerzen bis hin zum Burn-out führen können. Dies bestätigen Erhebungen mit sehr geringer Stichprobengröße und Erhebungsbreite (Jackenkroll & Julmi 2016). Eine Kennziffer für Belastungen ist das zahlenmäßige Verhältnis von Professuren zu Studierenden. Dies kann in Abhängigkeit von der Hochschulart, den Fachgebieten sowie den landespolitischen Vorgaben von Hochschule zu Hochschule und von Fachdisziplin zu Fachdisziplin sehr stark variieren. Im Durchschnitt kommen mehr als 60 Studierende auf eine Professur. Zwischen den Bundesländern gibt es allerdings erhebliche Unterschiede. Die Spannweite reicht von 51,5 Studierenden in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 99 Studierenden in Nordrhein-Westfalen pro Professur. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass das Betreuungsverhältnis seit den 1970er Jahren in Deutschland im internationalen Vergleich unzureichend ist. Derzeit verschärft sich die Situation dadurch, dass ein überproportionaler Anstieg der Studierendenzahlen zu verzeichnen ist (vgl. Abb. 6). Zudem erfordert die Lehre in den Bachelor- und Masterstudiengängen einen höheren zeitlichen und personellen Einsatz. Die kaum entwickelte Kultur der Personalentwicklung an Hochschulen verhindert eine angemessene Reaktion darauf.

4 Gesundheitsförderung an Hochschulen

„Hochschulen sind ein idealer Ort für die Sozialversicherungsträger, um mit Studierenden, Beschäftigten und vielen weiteren Partnern Gesundheitsförderung zu entwickeln.“ Regina Kraushaar aus Gesundheitsmanagement für Studierende, Techniker Krankenkasse, Berlin (2018, S. 13, Chancen durch das Präventionsgesetz)

Professorinnen und Professoren müssen ihre Qualifikation im Rahmen des Berufungsverfahren für die zu vertretende Wissenschaftsdisziplin nachweisen, nicht aber für alle anderen Qualifikationen, die der Arbeitsplatz Hochschule erfordert. So fehlt es in der Regel an pädagogischen und hochschuldidaktischen Kenntnissen sowie Führungsqualitäten. Hinzu kommen häufig mangelnde Verwaltungskenntnisse, insbesondere bei Personalentwicklung, Haushalt und den gesetzlichen Grundlagen des Verwaltungshandelns auch für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Dies kommt vor allem dann zum Tragen, wenn die Person auf der Ebene der Fachbereiche/Fakultäten beziehungsweise der Hochschulleitung entsprechende Verantwortung übernimmt.

Autonomie und gesellschaftliches Ansehen Als Kompensation für viele Anforderungen an Professorinnen und Professoren können die Autonomie und das gesellschaftliche Ansehen gelten, was eine hohe Arbeitszufriedenheit ermöglicht. In der Autonomie liegt allerdings auch die Gefahr einer Überschätzung des eigenen Arbeitsvermögens. In diesem Zusammenhang kann eine steigende Lehrbelastung schnell zu Erschöpfungszuständen führen. Die Einführung von (ökonomischen) Steuerungsinstrumenten an Hochschulen hat in den letzten Jahren zu einer Einschränkung der professoralen Autonomie und der Mitbestimmungsmöglichkeiten geführt. Leistungsorientierte Besoldung beziehungsweise Vergütung und Mittelvergabe sowie Zielvereinbarungen auf allen Ebenen tragen dazu bei. In der Konsequenz besteht nach Jackenkroll & Scherm (2017) die Gefahr, dass die stetige Arbeitsverdichtung, der gestiegene Leistungsdruck und ein wachsendes Gefühl der Fremdbestimmung zu Stress, Frustration, Demotivation und „immer häufiger zu Burn-out“ (S. 118) führen. Empirische Daten zur Gesundheit von Professorinnen und Professoren in Deutschland liegen nur vereinzelt qualitativ auf Hochschulebene vor.

Beruflich Auszubildende, Lehrbeauftragte und wissenschaftliche Hilfskräfte Zusätzlich zu den bisher aufgeführten Statusgruppen und Personalkategorien gibt es in Hochschulen Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten, Lehrbeauftragte, Gastprofessorinnen und -professoren sowie wissenschaftliche Hilfskräfte. Bisher liegen über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten dieser Gruppen kaum statistische Angaben beziehungsweise wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Auch die Anzahl der Auszubildenden an Hochschulen ist nicht bekannt. Typische Berufsausbildungen sind Chemielaborant/in, Elektroniker/in, Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste, Fachinformatiker/in, Veranstaltungskaufrau/-mann, Verwaltungsfachangestellte/r und spezifisch entsprechend des Fächerkanons zum Beispiel Gärtner/in und Tierpfleger/in.

Fast 100.000 Lehrbeauftragte und circa 45.000 wissenschaftliche Hilfskräfte mit Hochschulabschluss tragen ganz wesentlich dazu bei, den Lehr- und Forschungsbetrieb an Hochschulen aufrechtzuerhalten. Sie ersetzen – teilweise ohne vergleichbare (Mitbestimmungs-)Rechte und Gratifikationen – die unzureichende Personaldecke im wissenschaftlichen und sogar im wissenschaftsunterstützenden Bereich. Das Statistische Bundesamt ordnet sie der Gruppe des wissenschaftlich und künstlerisch nebenberuflich tätigen Personals zu.

Die Ottawa-Charta von 1986 mit den drei Handlungsstrategien und fünf Handlungsfeldern zur Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 2) ist ein globales gesundheitspolitisches Programm. Die Inhalte haben in vielfältiger Weise Einzug in die nationale Gesetzgebung erhalten. Das Präventionsgesetz fordert die Sozialgesetzträger dazu auf, den Lebensweltansatz, der als Kernstrategie der Gesundheitsförderung gilt, finanziell zu fördern. In Bezug auf das Setting Hochschule gehen die Anfänge in Deutschland bis auf das Jahr 1995 zurück, in dem der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) gegründet wurde. International wurde der Ansatz 1997 von der World Health Organization (WHO) auch offiziell anerkannt, indem die „Health Promoting Universities (HPU)“ (Tsourus et al. 1998) im Kontext des „Healthy Cities“-Projekts proklamiert wurden.

Die WHO hatte erkannt, dass das Setting Hochschule vielfältige Möglichkeiten bietet, um die gesundheitlichen Belange der Statusgruppen zu gestalten und so auf diese einzuwirken. Seitdem werden weltweit Konferenzen der „Health Promoting Universities“ veranstaltet. Der VII. Internationale Kongress wurde 2015 auf dem Campus der University of British Columbia in Kelowna, Kanada, abgehalten. Ein Ergebnis des Kongresses war die Okanagan-Charta für Gesundheitsfördernde Hochschulen. Der daran beteiligte deutsche AGH ist weltweit das größte nationale Netzwerk zum Thema.

Zur Unterstützung weiterer Aktivitäten wurde 2018 in Folge des Präventionsgesetzes das Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen (KGH) gegründet.

Gesundheitsförderung in Hochschulen versus Gesundheitsfördernde Hochschulen Ausgehend von der Differenzierung zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und „einem gesundheitsfördernden Setting“ kann in der Theorie auch zwischen „Gesundheitsförderung in Hochschulen“ und einer „Gesundheitsfördernden Hochschule“ unterschieden werden. „Gesundheitsförderung in Hochschulen“ bezieht sich auf Einzelaktivitäten und Aktionen der Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Gesundheitstage, die auf das Verhalten der Hochschulmitglieder abzielen. Eine „Gesundheitsfördernde Hochschule“ hingegen vermittelt nicht nur gesundheitsbezogenes Wissen und stellt einzelne verhaltenspräventive Angebote bereit, sondern geht über diese Maßnahmen hinaus.

Zentrales Anliegen der „Gesundheitsfördernden Hochschule“ ist es, das Thema Gesundheit in alle administrativen, bildungsbezogenen und politischen Entscheidungen und Strukturen der Lebenswelt Hochschule einzubeziehen und somit auch die Verhältnisse zu verändern. Deshalb schließt der Ansatz der „Gesundheitsfördernden Hochschule“ explizit die gesamte Organisation, alle Hochschulmitglieder und die Dienstleister in den Prozess mit ein.

In der Praxis der Hochschulen ist diese Polarität zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention weniger eindeutig und durch starke Wechselwirkungen eng miteinander verzahnt. Im Rahmen des durch den AGH und die TK 2011 initiierten „Wettbewerb guter Praxis: Gesunde Hochschulen“ konnte gezeigt werden, dass die Entwicklungsschritte auf dem Weg zu einer gesunden Hochschule in die drei Kategorien Maßnahmen, Projekte und Prozesse zur Organisationsentwicklung unterteilbar sind. Diese Abfolge kann hintereinander, parallel und/oder auch wieder zurückgestuft verlaufen.

Managementsysteme Zur Implementierung der Gesundheitsförderung sind Managementstrukturen erforderlich, die viele Hochschulen bereits mit Blick auf die Beschäftigten als BGM installiert haben. Diese auf die Führungsebene und die Organisationsentwicklung einer Hochschule abzielende Strategie befindet sich zurzeit in einer raschen Entwicklung. Obwohl ein BGM gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, werden zumindest an den personalstarken Hochschulen in staatlicher Trägerschaft Koordinationsstellen eingerichtet und besetzt. Neben dieser Entwicklung etabliert sich in einem parallelen Prozess seit 2015 das Gesundheitsmanagement für und mit Studierenden. Die Hochschulen nehmen entsprechend des Präventionsgesetzes „die Lebenswelt des Studierenden“ stärker in den Fokus, was in zwei Publikationen zu Konzepten und Praxis (TK 2018) sowie den davon abgeleiteten Handlungsempfehlungen zum Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM) TK 2019 dokumentiert ist.

Zentrales Element des SGM ist die Partizipation der Studierenden an den Prozessen und Umsetzungsmaßnahmen.

Das SGM dient dazu, eine systematische und zielorientierte Steuerung für alle gesundheitsbezogenen Prozesse im Zusammenhang mit Studierenden an der Hochschule zu bündeln. Dazu gehören bedarfsgerechte Maßnahmen, Projekte und Prozesse der Organisationsentwicklung, um die Studiendengrundgesundheit, die Gesundheitskompetenz und den Studienerfolg zu fördern. Es sollen die körperlichen, psychischen und sozialen Belange sowie das individuelle Wohlbefinden der Studierenden gestärkt und gefördert werden. Zentrales Element ist dabei die Partizipation der Studierenden an allen Prozessen und Umsetzungsmaßnahmen als SGM-Expertinnen und -Experten in eigener Sache.

Die Techniker Krankenkasse (TK) fördert die Implementierung des Gesundheitsmanagements gemäß SGB V seit über 20 Jahren. Die bundesweit tätigen Prozessberater der TK unterstützen die Hochschulen durch ihre fachliche Expertise und begleiten den Prozess von Anfang an.

Die Gesundheitsförderung mit ihrem partizipativen Ansatz hat zum Ziel, alle gesundheits- und sicherheitsbezogenen Belange zu einem übergreifenden und ganzheitlichen hochschulischen Gesundheitsmanagement auszubauen. Das Potenzial, um einen gesundheitsförderlichen Arbeits-, Forschungs- und Lernort zu entfalten, wird ganz wesentlich durch die Tradition und Kultur sowie die Eckdaten der jeweiligen Hochschule bestimmt.

Zu beachten ist, dass nicht unbedingt neue Managementstrukturen aufgebaut werden müssen, sondern auch bestehende Strukturen bei der Implementierung von BGM und SGM genutzt werden können. Einrichtungen der Hochschule, wie zum Beispiel der Hochschulsport oder die Personalentwicklung, weisen Schnittstellen zum Thema Gesundheit auf und sollten folglich in ein Gesundheitsmanagement eingebunden werden.

Arbeitsschutz Parallel zur Einführung eines Gesundheitsmanagements an Hochschulen wandelt sich die Rolle des klassischen risikoorientierten Arbeitsschutzes und mit ihm die Aufgaben der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Es wird zunehmend eine ressourcenorientierte Perspektive auf Gesundheit und Sicherheit der Hochschulmitglieder eingenommen. Mit der Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes 2013 wurde die Verbindlichkeit der durchzuführenden psychischen Gefährdungsbeurteilung bei Beschäftigten und Studierenden bekräftigt. In der DGUV-Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ § 2 unter 2.1.1 (1) heißt es: „[...] Die in staatlichem Recht bestimmten Maßnahmen gelten auch zum Schutz von Versicherten, die keine Beschäftigten sind.“

Strategische Partner auf dem Weg zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule Es wird zwischen internen und externen strategischen Partnern der Gesundheitsförderung an Hochschulen unterschieden. Die kontinuierliche Mitarbeit der internen und externen Kooperations- beziehungsweise Netzwerkpartner ist abhängig von der jeweiligen Interessenslage, der beruflichen Prägung und den zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen.

Interne Partner Die Akteure einer Gesundheitsfördernden Hochschule sind so vielfältig wie die Aufgabenfelder und deren Verortung innerhalb der jeweiligen Hochschulstrukturen. Gesundheit ist ein Querschnittsthema, sodass eine enge Zusammenarbeit sowohl mit der Verwaltung als auch mit den Fachbereichen oder Fakultäten und Instituten erfolgen sollte. Impulse haben hier in den letzten zwei Jahrzehnten vor allem die sport- und gesundheitswissenschaftlichen Studienbereiche und Institute, die Fächer der Psychologie und Soziologie sowie die Arbeitsbereiche der Arbeitssicherheit gegeben. Am Beispiel der Zusammensetzung eines Hochschularbeitskreises Gesundheitsförderung wird dies exemplarisch aufgezeigt (Tab. 2).

Im Kontext Hochschule sind die Akteure der Gesundheitsförderung, des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements, die Leitung und Verwaltung sowie die Akteure und Interessensvertretungen der Studierenden und Beschäftigten mögliche interne Partner.

Tabelle 2: Zusammensetzung beziehungsweise potenzielle Schnittmengen eines Hochschularbeitskreises Gesundheit(sförderung) mit internen und externen Partnern (nach Hartmann & Seidl 2014, S. 10)

Hochschularbeitskreis Gesundheitsförderung		
Koordinatorin beziehungsweise Koordinator Gesundheitsmanagement		
	Intern	Extern
Akademische Fachrichtungen*)	Marketing	Arbeitsagentur
Arbeitsschutz**)	Personalrat	Arbeitsschutz
ASTA	Personalverantwortliche	Betriebsärztlicher Dienst
Auszubildende	Pressestelle	Gesundheitsfördernde Settings
Behindertenbeauftragte	Psychosoziale Beratung**)	Gewerbeaufsicht
Betriebsärztlicher Dienst**)	Sozialberatung	Gewerkschaften
Fachbereiche	Studienberatung	Hochschulsport
Fakultäten	Umweltschutzbeauftragte	Psychosoziale Beratung
Frauenbeauftragte		Selbsthilfegruppen
Gleichstellungsbeauftragte		Sozialversicherungsträger
Hochschulleitung		Stadtverwaltung
Hochschulverwaltung		Studentengemeinde (Konfession)
Institute		Studierendenwerk (Mensa, Wohnheim)
Kulturbereich		Unfallkasse

*) zum Beispiel: Arbeitsmedizin, Biologie, Gesundheitswissenschaften, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Sportwissenschaften

***) Der Arbeitsschutz, der Betriebsärztliche Dienst und die Psychosoziale Beratung können auch extern vergeben sein.

Externe Partner Die externen Partner sind entsprechend ihrer gesetzlichen Zuständigkeit beziehungsweise ihrer Interessensvertretungen auf Bundes- beziehungsweise Landesebene organisiert. Bildung und Gesundheit sind nach dem Grundgesetz primär Ländersache. Allerdings erfolgt eine Vermischung von Zuständigkeiten und Regelungen auf Grundlage bundesweit geltender sowie 16 landesspezifischer gesetzlicher Vorgaben. Bundesweit einheitlich gelten das Sozialgesetzbuch mit dem Teilhabe- sowie Arbeitsschutzgesetz, das Infektionsschutzgesetz und das Präventionsgesetz

sowie in Teilen das Hochschulrahmengesetz. Landesspezifisch sind die Hochschul- und Studierendenwerksgesetze, der öffentliche Gesundheitsdienst und die Landesrahmenvereinbarungen zur Gesundheitsförderung (§ 20f SGB V) geregelt. Die externe Administration sowie die Organisationen der hochschul- beziehungsweise gesundheitsbezogenen Interessensverbände können ebenfalls auf Bundes- und/oder Landesebene organisiert sein.

Studierendenwerke und Hochschulsport Wichtige gesundheitsbezogene Aufgaben und Dienstleistungen an Hochschulen wie Beratung, Bewegung, Ernährung, Wohnen und Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsförderung übernehmen die 57 regionalen eigenständigen Studierendenwerke. Sie sind im Deutschen Studentenwerk (DSW) organisiert. Der unabhängige allgemeine deutsche Hochschulsportverband (adh) mit seinen 200 Mitgliedshochschulen (Stand: 3/2020) unterstützt den Hochschulsport vor Ort und engagiert sich neben dem Leistungssport vielfältig in der Gesundheitsförderung. Sowohl Studierendenwerke als auch der Hochschulsport sind in der Regel unabhängig von der jeweiligen Hochschule und gehören deshalb zu den externen Partnern.

Sozialversicherungsträger Externe Partner sind die gesetzlichen Versicherungsträger mit ihren bundes- beziehungsweise länderspezifischen oder regionalen Organisationseinheiten. Sie sollen jeweils zur Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit an Hochschulen beitragen. Dazu gehört der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV), in dem die rund 100 gesetzlichen Krankenkassen organisiert sind. Nur die gesetzlichen Krankenkassen sind nach dem Präventionsgesetz zu einer festgelegten finanziellen Leistungserbringung verpflichtet. Des Weiteren gehören der Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV-SV) und deren 15 länderbezogene Unfallversicherungsträger dazu (Tschupke & Hartmann 2016). Zudem beteiligen sich die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRB), der Spitzenverband der gesetzlichen Pflegeversicherung und der Verband der Privaten Krankenkassen (PKV) auf spezifischen Präventionsfeldern.

Behörden der Bundesländer Projektförderer beziehungsweise -träger können seitens der Administration die jeweiligen Landesministerien beziehungsweise ihre nachgeordneten Behörden für Kultur beziehungsweise Wissenschaft sowie Gesundheit, Arbeit, Soziales und Inneres sein. So hat das Land Baden-Württemberg eine Gesundheitsstrategie aufge-

legt, über die auch das BGM an Hochschulen finanziell gefördert wird. Die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) haben eine mehr als 20-jährige Tradition in der Entwicklung des Lebensweltansatzes.

Interessensvertretungen Die Statusgruppen der Hochschulen sind bundesweit in Verbänden wie dem freien Zusammenschluss von student*innenschaften e. V. (fzs), der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) oder auf Ebene der Kanzlerinnen und Kanzler beziehungsweise Personalräte der (Fach-)Hochschulen beziehungsweise Universitäten organisiert. Zumeist tauschen sich die Interessensgruppen auch in Gremien auf Landesebene beziehungsweise regional aus. Die Einflussmöglichkeiten auf politische Entscheidungsprozesse sind abhängig von der Organisation und den jeweiligen Bundesländern.

Hochschulforschung Datenerhebung, Analyse, Qualitätsentwicklung, Information und Beratung seitens der Gesundheitsförderung soll im Rahmen des Präventionsgesetzes im Auftrag des GKV-SV durch die BZgA erfolgen. In Bezug auf Hochschulen sind bisher keine Ergebnisse veröffentlicht worden. Für hochschulbezogene Expertisen sind das Centrum für Hochschulentwicklung (CHE), das HIS-Institut für Hochschulentwicklung e. V. (HIS-HE), das DZHW und das Institut für Hochschulforschung (HoF) Halle-Wittenberg zu nennen.

Beispiele für das Engagement der TK sind im Artikel „Initiative fördert Gesundheitsprojekte für Studierende“ unter [tk.de](https://www.tk.de), Suchnummer 2072600 nachzulesen.

Fachverbände und Gewerkschaften Unterstützung kann durch wissenschaftliche Fachverbände beziehungsweise Gewerkschaften erfolgen, deren Mitglieder in Hochschulen tätig sind. Das sind die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM), die Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH) und der Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit e. V. (VDSI). Seitens der Gewerkschaften vertreten auf Bundes- und Landesebene die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) sowie die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) die hochschulpolitischen und tariflichen Interessen ihrer Hochschulmitglieder.

Kommune Auf kommunaler Ebene bestehen bisher trotz der gemeinsamen Entstehungsgeschichte kaum Verknüpfungen zum „Gesunde Städte“-Projekt. In Deutschland hat das Netzwerk 88 Mitgliedskommunen (Stand: 5/2020), die sich überwiegend auch als Hochschulstandorte auszeichnen. Seitens der Bildungspolitik kommt Bewegung in die kommunale Partnerschaft. Von der Bundes- und Landespolitik wird gewünscht, dass sich Hochschulen regional stärker vernetzen, was als „Third Mission“ bezeichnet wird. Es werden Synergieeffekte zwischen Hochschulen und regionaler Wirtschaft erwartet. Die Hochschulallianz für den Mittelstand mit zwölf Hochschulen ist ein Beispiel für diese Entwicklung. Seitens der Gesundheitspolitik wird die kommunale Gesundheitsförderung durch das Präventionsgesetz verstärkt gefördert.

Netzwerke Fachbezogene Netzwerke der Hochschulen, an denen viele der genannten externen Partner beteiligt sind, dienen dem bundesweiten Informationsaustausch. Zum Thema „Gesundheitsförderung an Hochschulen“ gibt es den AGH sowie regionale Netzwerke, die auch die TK fördert.

Ebenso sind das Netzwerk Familie in der Hochschule e. V. und das Hochschulnetzwerk SuchtGesundheit zu nennen. Das Netzwerk n e. V. engagiert sich zur Nachhaltigkeit an Hochschulen.

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Das Netzwerk des AGH orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986) und ist dem Settingansatz verpflichtet. Auf dieser Grundlage verfolgt der AGH das Ziel, gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen an Hochschulen zu initiieren und zu unterstützen. Der AGH orientiert sich am Paradigma der Salutogenese und beschäftigt sich mit folgenden Leitfragen:

- Welche sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen an einer Hochschule?
- Wie wird Gesundheit in der Lebenswelt Hochschule hergestellt, aufrechterhalten und was sind die Ressourcen?

Der bundesweite AGH besteht seit 1995 und wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) gegründet. Der Arbeitskreis ist offen für alle Hochschulen und deren Statusgruppen sowie Institutionen, die im Hochschulbereich und in der Gesundheitsförderung tätig sind. Seit 20 Jahren fördert die Techniker Krankenkasse den AGH finanziell und inhaltlich, anfangs mit Fokus auf die betriebliche Gesundheitsförderung, später mit Schwerpunkt auf das Gesundheitsmanagement für Studierende. Das vierjährige Projekt zum SGM wurde jetzt thematisch in das Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen überführt.

Arbeitsweise Anfang 2019 waren 524 Personen aus 171 Hochschulen und hochschulnahen Institutionen beziehungsweise Organisationen im AGH über einen Mail-Verteiler vernetzt. Die Mitarbeit im Arbeitskreis ist nicht an Voraussetzungen beziehungsweise Aufnahmekriterien wie eine Mitgliedschaft gebunden. Der AGH trifft sich bundesweit vier- bis sechsmal im Jahr an wechselnden Hochschulen zu Arbeitskreistreffen.

Mittlerweile hat sich die Tradition entwickelt, dass die jeweiligen Gastgeber ihre Projekte vorstellen und Erfahrungen zur „Gesunden Hochschule“ den Teilnehmenden zur Diskussion stellen. Zusätzlich finden themenspezifische Workshops und Tagungen mit unterschiedlichen Mitveranstaltern statt, die dem wissenschaftlichen und praxisnahen Austausch über Themen der Gesundheitsfördernden Hochschule dienen. So werden für spezifische Aufgaben Arbeitsgruppen auf Zeit gegründet, die sich in der Regel über Arbeitspapiere und Telefonkonferenzen verständigen. Der AGH arbeitet nach dem Bottom-up-Ansatz. Er nimmt die Themen der Mitglieder auf und bearbeitet sie in Arbeitsgruppen beziehungsweise bei Arbeitstreffen weiter.

Gütekriterien Der AGH verabschiedete 2005 zehn Gütekriterien, um Standards und Handlungsempfehlungen für eine Gesundheitsfördernde Hochschule zu etablieren. Die Verabschiedung erfolgte nach einem über zweijährigen Diskussionsprozess zum zehnjährigen Bestehen des Arbeitskreises und stellt einen wichtigen Meilenstein in der Arbeit des Netzwerks dar. Die Gütekriterien beinhalten sowohl konzeptionelle als auch infrastrukturelle sowie prozessbezogene Aspekte und sind jeweils mit Erläuterungen hinterlegt. Bisher wurde darauf aufbauend noch kein Verfahren zur Zertifizierung für ein Güte- oder Qualitätssiegel „Gesunde Hochschule“ entwickelt. Die zehn Gütekriterien und alle weiteren Informationen können auf der Internetpräsenz des AGH unter gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de in deutscher und englischer Fassung abgerufen werden. Ende 2019 wurden die zehn Gütekriterien durch den AGH überarbeitet und den neuen Entwicklungen angepasst (Tab. 3).

Informationen zum Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen finden Sie im Artikel „Die TK fördert den Erfahrungsaustausch unter Hochschulen“ unter tk.de, Suchnummer 2072770.

Tabelle 3: Gütekriterien des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen 2020 (Stand: 31. Januar 2020)

Zehn Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule 2020

Eine gesundheitsfördernde Hochschule ...

- | | |
|---|---|
| <p>1. ... arbeitet nach dem Settingansatz.</p> <p>2. ... orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit umfassend in den Blick. Eine Gesundheitsfördernde Hochschule betrachtet Gesundheit als mehrdimensionales Konzept.</p> <p>3. ... erarbeitet und verankert ein Konzept der Gesundheitsförderung in ihrer Hochschulorganisation und Hochschulpolitik.</p> <p>4. ... berücksichtigt Gesundheitsförderung als strukturelle Querschnittsaufgabe bei allen Prozessen und Entscheidungen. Dies bezieht sich auf Beschäftigung, Lehre, Studium, Forschung und Wissensmanagement.</p> <p>5. ... beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe – in der die relevanten Bereiche und Statusgruppen der Hochschule vertreten sind – mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen.</p> <p>6. ... betreibt ein transparentes Kommunikations- und Informationsmanagement. Die Hochschule formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage regelmäßiger Analysen und Evaluationen, die im Rahmen einer kontinuierlichen Gesundheitsberichtserstattung zusammengefasst werden.</p> | <p>7. ... führt gesundheitsfördernde Maßnahmen für alle Statusgruppen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren. Dabei sind die Verhaltens- und Verhältnisebene zu verschränken und partizipativ auszurichten.</p> <p>8. ... verpflichtet sich durch die Unterzeichnung der Okanagan-Charta dem normativen Prinzip der nachhaltigen Entwicklung sowie einer globalen und intergenerationellen Gerechtigkeit. Sie fördert die Stärkung von Kompetenzen, die für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Herausforderungen notwendig sind. Hochschulen werden durch Bildung, Lehre, Forschung und Praxistransfer Impulsgeber für einen Wandel hin zu mehr Nachhaltigkeit für die gesamte Gesellschaft.</p> <p>9. ... integriert in ihr Konzept zur Gesundheitsförderung die Themen Chancengleichheit, Inklusion, Diversity, Gender Mainstreaming sowie Cultural Mainstreaming und schafft Synergien mit allen in diesen Bereichen der Hochschule Beteiligten.</p> <p>10. ... vernetzt sich mit ihrer Kommune und innerhalb ihrer Region. Zudem vernetzt sie sich sowohl national als auch international mit anderen Hochschulen und Wissenschaftseinrichtungen.</p> |
|---|---|

Regionale Netzwerke zur gesundheitsfördernden Hochschule

Bildung und Gesundheit sind Ländersache. Deshalb ist es folgerichtig, wenn in den 16 Bundesländern eigene Netzwerke zur Gesundheitsförderung an Hochschulen entstehen, um an die landesspezifischen Strukturen anzuknüpfen. Dies betrifft einerseits die (teilweise) auf Landesebene organisierten externen Partner im Hochschulkontext, wie zum Beispiel die Landesrektorenkonferenz und Studierendenwerke. Andererseits hat das Präventionsgesetz mit den Landes-

rahmenvereinbarungen (LRV) und den danach aufgestellten Landesgremien jeweils eigene Beteiligungsformate zur Gesundheitsförderung implementiert. Bisher stehen Hochschulen als förderungswürdige Lebenswelt nur in der sächsischen LRV, allerdings ohne dass dadurch bisher Impulse gesetzt werden konnten. Es gibt in sieben Bundesländern regionale Netzwerkaktivitäten, die bis auf Sachsen-Anhalt von der TK inhaltlich und beratend unterstützt werden. Chronologisch angeordnet sind dies folgende Bundesländer und Netzwerke:

Einzelheiten zum „Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschule“ lesen Sie im Beitrag „Kompetenzzentrum gibt Hochschulen Impulse für Gesundheitsförderung“ unter tk.de, Suchnummer 2072628.

Detaillierte Informationen zum SGM inklusive vieler praktischer Umsetzungsbeispiele finden Sie in einem Special der Deutschen Universitätszeitung (DUZ), das im TK-Lebenswelten-Portal im Artikel „Gesundheitsförderung für Studierende mit Studierenden“ unter tk.de, Suchnummer 2072310 zum Download bereitsteht.

Im Jahr 2004 gründete sich aus den Arbeitskreisen zur Suchtprävention heraus die „Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung der bayrischen Universitäten mit Hochschulen und Universitätskliniken“ (AGSG). Mit Stand 2019 sind 22 Mitgliedshochschulen vertreten (agsg-bayern.de). Seit 2007 existiert das „Netzwerk Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest“ (GHSüdwest) mit 27 Mitgliedshochschulen (Stand: 2019) in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen (gesundheitsfoerdernde-hochschulen-sw.de). Die Thüringer Hochschulen, das Studierendenwerk Thüringen und die Beauftragten für Gesundheitsförderung im Hochschulbereich haben im Jahr 2017 das Thüringer Austauschforum „Von Hochschule für Hochschule“ gegründet (tu-ilmeneau.de/austauschforum/). Ziel des Netzwerkes ist es, die Präsenz des Themas Gesundheitsförderung im Hochschulbereich zu stärken und mit den neun Mitgliedshochschulen weiterzuentwickeln. Die Thüringer Hochschulen sind zwar nicht in der LRV benannt, aber trotzdem durch das Netzwerk mit einer Stimme in der Landesgesundheitskonferenz vertreten. Das „Netzwerk Gesunde Hochschulen NRW“ (NGH-NRW) wurde 2019 mit 14 Fachhochschulen und 11 Universitäten ins Leben gerufen und hat eine Geschäftsstelle an der Universität Köln (ngh-nrw.de). Ebenfalls 2019 ist das Netzwerk „Gesundheitsfördernde Hochschulen Sachsen-Anhalt“ mit sechs Mitgliedshochschulen gegründet worden. Das Netzwerk ist forschungsbezogen durch die Förderlinie „Innovative Hochschule“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in die Landesstrategie für Gesundheit(skompetenz) (LSG) eingebettet und finanziert.

Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen

Das Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen (KGH) ist ein Kooperationsprojekt der TK und der LVG & AFS Nds. Es wurde 2018 als bundesweite Einrichtung für die Gesundheitsförderung an Hochschulen gegründet. Ziel ist

es, das dazu breit verstreute Wissen systematisch zu sammeln und aufzubereiten. Daraus sollen Impulse für innovative Handlungsfelder und Aktivitäten für die Praxis entwickelt werden. Zu ausgewählten Themen werden Faktenblätter mit Hintergrundinformationen, Handlungsempfehlungen und Praxisbeispielen erstellt. Ein bundesweites Verzeichnis der „Gesundheitsfördernden Hochschulen“ steht als Online-Landkarte zur Verfügung.

Des Weiteren sollen unterschiedliche Veranstaltungsformate und Fortbildungen zur Kompetenzförderung entwickelt werden. Zusätzlich werden verwandte Querschnittsbereiche verstärkt in die Aktivitäten zur gesunden Hochschule einbezogen. Ziel ist es, Hochschulen durch Beratung zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement für alle Statusgruppen und gesundheitsbezogenen Themen zu ermutigen. In Zusammenarbeit mit gesundheitsbezogenen Instituten und Studiengängen soll der Erkenntnistransfer zur Umsetzung der Gesundheitsförderung in anderen Bildungsbereichen unterstützt werden.

Die Geschäftsstelle des KGH ist der LVG & AFS in Hannover angegliedert und wird durch eine Steuerungsgruppe und einen Beirat begleitet. Das KGH arbeitet in enger Abstimmung mit dem Team Gesundheitsmanagement der TK, das sowohl in der Steuerungsgruppe als auch im Beirat vertreten ist. Das Kompetenzzentrum wird ausschließlich von der TK über den § 20 SGB V finanziert. Die aktuellen Entwicklungen sind im Internet unter kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de nachzulesen.

Das bundesweite SGM-Projekt

Von der TK und der LVG & AFS Nds. wurde 2014 in Kooperation mit dem AGH das bundesweite Entwicklungsprojekt „Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM)“ aus der Taufe gehoben.

Nähere Informationen zur Handlungsempfehlung zum SGM finden Sie unter tk.de, Suchnummer 2072522 im Artikel „Handlungsempfehlung: So bauen Sie ein nachhaltiges SGM auf“.

Das SGM-Projekt erstreckt sich über zwei Ebenen. Zum einen wurde ein ganzheitliches Konzept als Grundlage für das SGM entwickelt. Zum anderen haben sich mehrere Hochschulen konkret auf den Weg gemacht, SGM-Projekte zu initiieren und umzusetzen. Das SGM ist in Anlehnung an das BGM benannt und konzipiert worden. Darüber hinaus steht die Partizipation der Studierenden im Zentrum aller Aktivitäten, sodass es korrekt Gesundheitsmanagement für und mit Studierenden heißen müsste.

Ein Ergebnis des Entwicklungsprojekts ist die Handlungsempfehlung zum SGM (TK 2019). Die Handlungsempfehlung zu Theorie und Praxis bildet die erste systematische Darstellung der wichtigsten konzeptionellen Schritte und spezifischen Fragestellungen zum SGM in Deutschland.

Die Handlungsempfehlung zu Theorie und Praxis bildet die erste systematische Darstellung der wichtigsten konzeptionellen Schritte zum SGM in Deutschland.

Sie ist eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Implementierung eines SGM und gibt allen, die ein SGM aufbauen oder verstetigen möchten, Orientierung und Hilfestellung. Ganz im Sinne der Partizipation wurden Vertreterinnen und Vertreter aus Hochschulen einbezogen und bereichern die Handlungsempfehlung mit ihren Praxiserfahrungen. Die Handlungsempfehlung bietet einen Rahmen zur Entwicklung oder Verstetigung eines SGM. Diesen Rahmen muss jede Hochschule individuell anpassen.

Besonderheiten SGM Im Vergleich zum BGM, das zu circa 90 Prozent in der Verwaltung bei der Personal- und Organisationsentwicklung der Hochschulen angesiedelt ist (Hartmann et al. 2017), gibt es beim SGM für die strukturelle Anbindung unterschiedliche praktische Lösungen, die sich von Hochschule zu Hochschule anders gestalten. Das Aufgabenprofil und die Beteiligungsprozesse vom SGM sind anders angelegt als für das BGM, sodass neben der Mitarbeit im

Arbeitskreis Gesundheit ein eigenes Netzwerk an der Hochschule aufgebaut werden sollte. Das Potenzial an internen und externen Akteuren, die einzubinden und für das Vorhaben zu gewinnen sind, ist stark abhängig von Größe, Trägerschaft und Fächerkanon der Hochschule. Neben der Verortung und den Akteuren im SGM ist auch die Kommunikation ein wichtiger Baustein im SGM-Projekt. Es gilt zum einen, ähnlich wie im BGM, die Verantwortlichen in den Strukturen der Hochschule zu erreichen. Diese müssen von Anfang an für das Thema sensibilisiert werden und mit ihrer Expertise

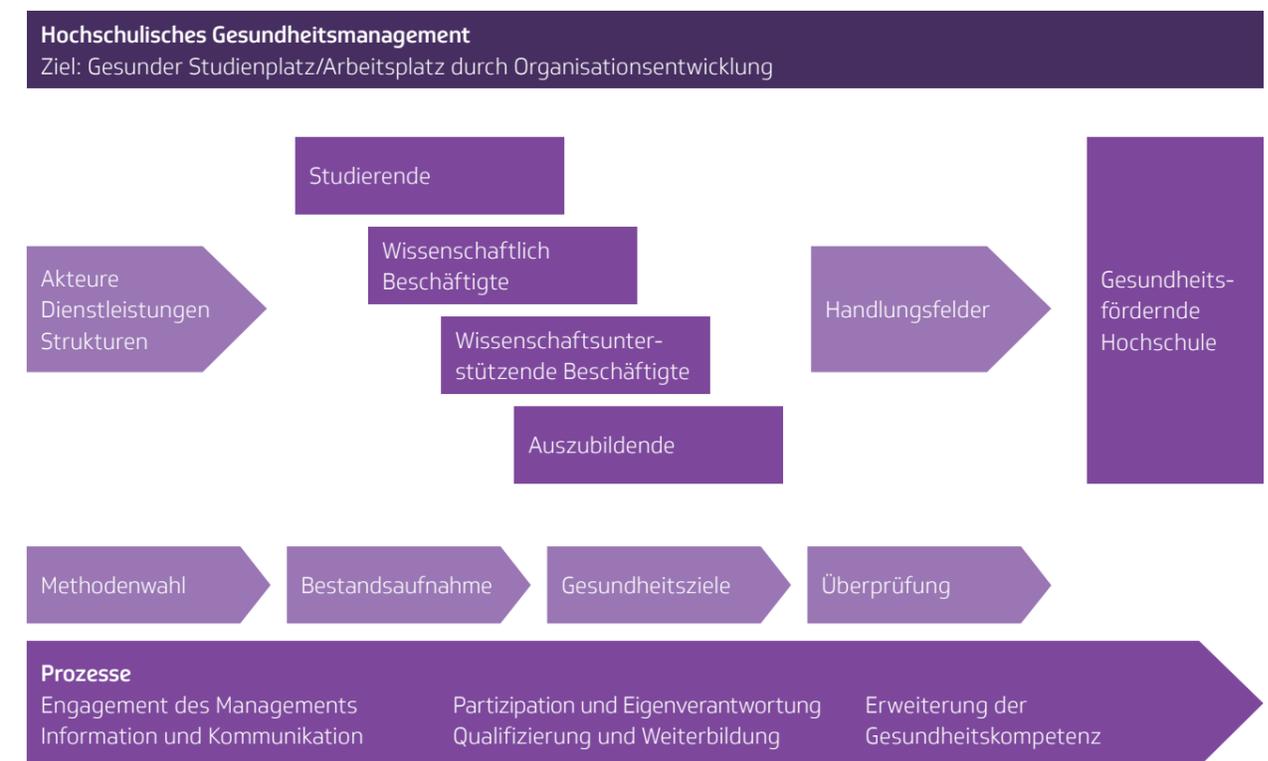
im Sinne der Partizipation eingebunden werden. Zum anderen muss die Zielgruppe der Studierenden entsprechend ihren Interessenslagen und ihrer Sprache erreicht werden. Um dieses zu gewährleisten, sollten Studierende als Projektmitarbeitende und Experten der Zielgruppe an der Projektkommunikation beteiligt werden.

Insgesamt sollte bedacht werden, dass Studierende eine sehr heterogene Interessensgruppe darstellen. Sie kommen bereits mit vielfältigen Motiven an die Hochschule, bringen unterschiedliche Erfahrungen und Voraussetzungen mit und haben entsprechend breit gestreute Interessenslagen und Bedürfnisse. Zudem sind Studierende nur für eine begrenzte Zeitdauer an Hochschulen. Somit bleibt nur wenig Zeit, um die Gesundheitspotenziale zu stärken und die Gesundheitskompetenz zu erweitern. Dies bedingt auch fortlaufend personelle Veränderungen bei den Studierendenvertretungen im Projekt, die im Sinne des Projektmanagements eingeplant werden müssen. Dennoch ist die Studienzeit eine Lebensphase, die viel Potenzial zur Stärkung der Gesundheitsressourcen mit sich bringt. Genau dort sollte ein SGM ansetzen.

Ausblick SGM Nach der Implementierung von SGM und BGM ist eine Verankerung im Rahmen eines über alle Statusgruppen hinweg angeordneten hochschulischen Gesundheitsmanagements anzustreben (Abb. 7). Die Universität Bonn hat diesen Ansatz des universitären Gesundheitsmanagements bereits mit dem Projekt „Healthy Campus“ auf den Weg gebracht (Predel et al. 2018, healthy-campus.uni-bonn.de). Weitere Hochschulen haben sich ebenfalls dem Thema eines übergeordneten Gesundheitsmanagements zugewandt. Dies

kann den Blick dafür schärfen, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu Gesundheit und Sicherheit bei Beschäftigten verstärkt auch bei den Studierenden zur systematischen Anwendung kommen. Dazu gehören zum Beispiel das Arbeitsschutzgesetz mit der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sowie das Mutterschutz- und Präventionsgesetz. Gesetzlich vorgegebene Instrumente wie das Eingliederungsmanagement, das bisher für Beschäftigte, aber nicht für Studierende angeboten wird, könnten in Zukunft auch für diese Statusgruppe weiterentwickelt werden.

Abbildung 7: Diagramm Hochschulisches Gesundheitsmanagement zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Hochschule unter Einbeziehung der Statusgruppen (nach Hartmann et al. 2017, S. 123).



5 Anhang

Glossar Im Folgenden werden Begriffe aus dem Kontext der Gesundheitsförderung an Hochschulen erläutert.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) Gemeinsame systemische Interventionen zur Gesundheitsförderung von Arbeitgebern, Beschäftigten und Studierenden in privaten und öffentlichen Einrichtungen. Maßnahmen können unter anderem nach § 20b SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden. Handlungsfelder sind zum Beispiel Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Organisatorische Zusammenführung und Steuerung von gesetzlichen und freiwilligen Leistungen zu Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten in einer Institution

Bundesrahmenempfehlungen (BRE) Bundeseinheitliche und trägerübergreifende Rahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz vom 19. Februar 2016/28. August 2018 für eine wirksame und zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Abs. 3 SGB V

Gesundheitsförderung Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 ein komplexer, sozialökologischer und gesundheitspolitischer Ansatz. Ziel ist die Stärkung von Gesundheitsressourcen sowie die Senkung von gesundheitsrelevanten Belastungen. Dies erfolgt unter aktiver Beteiligung der Betroffenen.

Health Promoting Universities (HPU) Seit 1997 Unterprogramm des WHO-Projektes „Healthy Cities“. Das Netzwerk organisiert sich unter healthpromotingcampuses.org.

Hochschularten In Deutschland gibt es aufgabenspezifisch, in Abhängigkeit der Trägerschaft und der landesgesetzlichen Bezeichnung unterschiedliche Hochschularten: Universitäten (106), Fachhochschulen beziehungsweise Hochschulen für angewandte Wissenschaften (216), Pädagogische Hochschulen (6), Kunsthochschulen (52), Verwaltungsfachhochschulen (30), Theologische Hochschulen (16), die Fernuniversität Hagen und die Universitäten des Bundes (2) (Stand: 2019).

Hochschule Hochschule ist der Dachbegriff für alle Einrichtungen des tertiären Bildungssektors. Sie unterliegen jeweils der Gesetzgebung der 16 Bundesländer. In Deutschland gibt es 426 Hochschulen mit 705.000 Beschäftigten und 2,9 Millionen Studierenden, die in staatlicher (Bund, Land, Kommune) beziehungsweise in staatlich anerkannter privater und konfessioneller Trägerschaft als Präsenz- beziehungsweise Fernhochschulen betrieben werden (Stand: 2019).

Hochschulisches Gesundheitsmanagement (HGM) Gesundheitsmanagement aus einer Hand für alle Statusgruppen an einer Hochschule.

Landesrahmenvereinbarungen (LRV) Die 16 Landesrahmenvereinbarungen (§ 20f SGB V) sollen auf den Bundesrahmenempfehlungen aufbauen. Sie werden von den regionalen Sozialversicherungsträgern und dem zuständigen Landesministerium ausgehandelt und dienen zur Strukturbildung im Bundesland. Zu beteiligen sind nach dem Präventionsgesetz der öffentliche Gesundheitsdienst, Träger der öffentlichen, örtlichen Jugendhilfe und die für Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Einrichtungen und Organisationen.

Lebenswelt Das Präventionsgesetz definiert Lebenswelt im § 20a Abs. 1 SGB V wie folgt: „Lebenswelten (...) sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Lebenswelt kann synonym zum Setting-Begriff genutzt werden.

Nationale Präventionskonferenz (NPK) Die Nationale Präventionskonferenz (§ 20e SGB V) legt mit den BRE gemeinsame Ausführungsbestimmungen der Sozialversicherungsträger auf Grundlage des Präventionsgesetzes vor. Die NPK gibt alle vier Jahre – erstmals zum 1. Juli 2019 – den Nationalen Präventionsbericht heraus, von dem eine nationale Präventionsstrategie abgeleitet werden soll. Träger beziehungsweise stimmberechtigt in der NPK sind die Spitzenverbände der Ge-

setzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die Deutsche Rentenversicherung Bund und der PKV-Verband.

Nationale Präventionsstrategie Die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben ist nach § 20d SGB V Aufgabe der NPK. Die Strategie beruht auf zwei Säulen: (1) trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen für Gesundheitsförderung und Prävention, (2) Erstellung eines nationalen Präventionsberichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.

Nationaler Präventionsbericht Der Nationale Präventionsbericht wird von der NPK alle vier Jahre beauftragt und veröffentlicht. Er soll der Dokumentation, Erfolgskontrolle und der Evaluation dienen. Er soll den Akteuren als eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention dienen.

Organisationsentwicklung (OE) Geplanter und methodisch kontrollierter Wandel von Unternehmen beziehungsweise Institutionen. Durch OE sollen in einem mittelfristigen und komplexen Prozess die Strukturen analysiert und gegebenenfalls verändert werden.

Präventionsforum Das Präventionsforum berät nach § 20e Abs. 2 SGB V die NPK und tritt in der Regel einmal im Jahr zusammen. Es setzt sich aus Vertretern der NPK und Vertretern „der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ zusammen. Die NPK beauftragt für die Durchführung die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg).

Präventionsgesetz Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 SGB V) – im Folgenden kurz: Präventionsgesetz (PrävG) – ist in zwei Stufen am 25. Juli 2015 und am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Es ist integraler

Bestandteil des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches, das im dritten Kapitel, im dritten Abschnitt unter anderem Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen auführt. Es sind folgende drei Leistungsbereiche in § 20 verankert: 1. Verhaltensbezogene Prävention (§ 20 Abs. 5), 2. Gesundheitsförderung und Prävention in (nichtbetrieblichen) Lebenswelten (§ 20a) und 3. Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20b).

Setting(ansatz) Ein Setting ist ein überschaubares sozialräumliches System, wie zum Beispiel Stadt, Krankenhaus oder Hochschule, auf das präventive beziehungsweise gesundheitsförderliche Maßnahmen, Projekte beziehungsweise Prozesse zur Organisationsentwicklung ausgerichtet werden können. Ein Setting besitzt physische Grenzen und Menschen mit definierten Rollen sowie eine Organisationsstruktur. Der Settingansatz ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung und die Vernetzung dafür sein wichtigstes Entwicklungsinstrument.

Statusgruppen In Bezug auf Hochschulen gibt es mehrere Statusgruppen, die durch unterschiedliche Rollen definiert sind. Es gibt rechtliche, statistische und gewachsene Trennlinien, die sich folgendermaßen kategorisieren lassen: Studierende (durch Immatrikulation), hauptberuflich Beschäftigte durch (befristete) Arbeitsverträge für das wissenschaftsunterstützende Personal, beruflich Auszubildende und Praktikanten, die wissenschaftlich Beschäftigten einschließlich der Professorinnen und Professoren sowie nebenberuflich die Lehrbeauftragten und wissenschaftlichen Hilfskräfte.

Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) Gesundheitsmanagement mit und für Studierende in der Organisation Hochschule und darüber hinaus

Universitäres Gesundheitsmanagement (UGM) Gesundheitsmanagement aus einer Hand für alle Statusgruppen an einer Universität

Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen zur Koordinierung des internationalen öffentlichen Gesundheitswesens.

Abkürzungsverzeichnis Im Folgenden werden die in dieser Broschüre verwendeten Abkürzungen dargestellt.

adh	Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband e. V.
AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
AGSG	Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BRE	Bundesrahmenempfehlungen
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CHE	Centrum für Hochschulentwicklung gGmbH
DGAUM	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.
DGUV-SV	Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V.
DSW	Deutsches Studentenwerk e. V.
DZHWF	Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH
EU	Europäische Union
FGN	Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen
FH	Fachhochschule
fzs	freier Zusammenschluss von student*innen-schaften e. V.

GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GHSüdwest	Netzwerk Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest
GKV-SV	Spitzenverband Gesetzliche Krankenversicherung
GM	Gesundheitsmanagement
HGM	Hochschulisches Gesundheitsmanagement
HiAP	Health in All Policies
HIS-HE	HIS-Institut für Hochschulentwicklung e. V.
HPU	Health Promoting Universities
HRG	Hochschulrahmengesetz
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
LRV	Landesrahmenvereinbarungen
LVG & AFS Nds.	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
MDS-SV	Spitzenverband Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NGH-NRW	Netzwerk Gesunde Hochschulen NRW
NPK	Nationale Präventionskonferenz
OE	Organisationsentwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PrävG	Präventionsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGM	Studentisches Gesundheitsmanagement
TK	Techniker Krankenkasse
VDBW	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
VDSI	Verband Deutscher Sicherheitsingenieure e. V.
Verdi	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
UGM	Universitäres Gesundheitsmanagement
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Literatur zur Gesundheitsförderung an Hochschulen

Im Folgenden wird die Literatur benannt, die zur Erstellung dieser Broschüre verwendet wurde.

AGH – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2020) Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule 2020. Unter: gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de. Zugriffen: 25. Mai 2020

Allgöwer A (Hg) (2000) Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Leske + Budrich, Opladen

Bachmann N, Berta D, Egli P, Hornung R (Hg) (1999) Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Hans Huber, Bern

Banscherus U, Baumgartner A, Bohm U et al. (2017) Wandel der Arbeit in wissenschaftsunterstützten Bereichen an Hochschulen. Hochschulreformen und Verwaltungsmodernisierung aus Sicht der Beschäftigten. Band 362 der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Unter: boeckler.de/pdf/p_study_hbs_362.pdf. Zugriffen: 26. Mai 2020

Brandl-Bredenbeck HP, Kämpfe A, Köster C (2013) Studium heute – Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend?: Eine Lebensstilanalyse. Meyer & Meyer, Aachen

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Berichtsjahr 2017. Unter: bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2018/sicherheit-und-gesundheit-bei-der-arbeit-berichtsjaehr-2017.pdf. Zugriffen: 26. Mai 2020

Burian J, Neldner S, Gieselmann JM (2019) Der Bielefelder Fragebogen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit an Hochschulen – Entwicklung und Erprobung eines hochschul-spezifischen Befragungsinstrumentes. Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung 14(1):16-24

Dadaczynski K, Baumgarten K, Hartmann T (2016) Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention - Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Prävention 11:214-221

DSW – Deutsches Studentenwerk (2018) beeinträchtigt studieren. Daten zur Situation von Studierenden mit Behinderung und chronischer Erkrankung. Unter: studentenwerke.de/sites/default/files/dsw-best2_barrierefrei_neu.pdf. Zugriffen: 26. Mai 2020

Duriska M, Ebner-Priemer U, Stolle M (Hg) (2011) Rückenwind: Was Studis gegen Stress tun können. Karlsruher Institut für Technologie, Karlsruhe

Esdar W, Steinke M, Burian J, Steinmann B, Unnold K (2016) Psychische Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz Hochschule. Das Hochschulwesen 64(4):110-116

Faller G (2017) Gesund lernen, lehren und forschen. Gesundheitsförderung an Hochschulen. In Faller G (Hg) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Hogrefe, Bern S. 391-401

Faller G, Schnabel P-E (Hg) (2006) Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. edition sigma, Berlin

GKV-SV – Gesetzliche Krankenkassen Spitzenverband Bund (Hg) (2018) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018. Unter: gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 26. Mai 2020

Grützmaker J, Gusy B, Lesener T, Sudheimer S, Willige J (2018) Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. Unter: ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/bwb-2017/_inhalte/leitmotive/faktenblaetter/Gesamtbericht-Gesundheit-Studierender-in-Deutschland-2017.pdf. Zugriffen: 26. Mai 2020

Gusy B, Lohmann K, Wörfel F (2015) Gesundheitsmanagement für Studierende - eine Herausforderung für Hochschulen. In Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hg) Fehlzeiten-Report 2015. Springer, Berlin Heidelberg S. 249-258

Hartmann T, Seidl J (2014) Gesundheitsförderung an Hochschulen. Techniker Krankenkasse (Hg) Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, 2. Aufl. Bd. 20, Hamburg. Unter: gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/AGH_Bro_Gesundhoerdrgr_HS_A5_2014.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Hartmann T, Schluck S, Sonntag U (2011/2018) Gesundheitsförderung und Hochschule. 3. Aufl. Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg) S. 425-430. doi: 10.17623/BZGA:224- E-Book-2018. Unter: leitbegriffe.bzga.de. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Hartmann T, Baumgarten K, Greiner K (2017) Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule. Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung 12(4):118-125

Hartmann T, Baumgarten K, Greiner K (2017) Die Länder sind gefragt. LABOR essay. duz - Deutsche Universitätszeitung 73(8):20-21. Unter: duz.de/beitrag/!/id/442/die-laender-sind-gefragt. Zugegriffen: 26.5.2020

Hartmann T, Baumgarten K, Hildebrand, C, Sonntag U (2016) Gesundheitsfördernde Hochschulen. Das Präventionsgesetz eröffnet neue Chancen für die akademische Lebenswelt. Prävention und Gesundheitsförderung 11:243-250

Kaba-Schönstein L (2017) Gesundheitsförderung 1: Grundlagen; Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986; Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa; Gesundheitsförderung 4: Europäische Union; Gesundheitsförderung 5: Deutschland (Co-Autor: Alf Trojan); Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven (Co-Autor: Alf Trojan). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Unter: leitbegriffe.bzga.de. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Jackenkroll B, Scherm E (2017) Burnout-Prävention bei Professor/innen. Welche Bedeutung hat das affektive Commitment? Die Hochschule 26(2):118-128

Jackenkroll B, Julmi C (2016) Leistungsorientiert in den professoralen Burn-out? Wissenschaftsmanagement 16(6):16-19

Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hg) (2007) Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa, Weinheim München

Lesener T, Gusy B (2017) Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Gesundheit im Mittelbau. Ein systematisches Review zum Gesundheitsstatus der wissenschaftlich und künstlerisch Beschäftigten an staatlichen Hochschulen in Deutschland. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hg) Hochschule und Forschung. Unter: gew.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/gesundheit-fuer-den-akademischen-mittelbau. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Meier S, Mikolajczyk RT, Helmer S, Akmatov MK, Steinke B, Krämer A (2010) Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW. Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. Prävention und Gesundheitsförderung 5:257-264

Meierjürgen R, Becker S, Warnke A (2016) Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 11:206-213

Mette J, König S, Steinke B (2018) Campus unter Strom – so geht’s Deutschlands Studierenden. In Predel HG, Preuß M, Rüdinger G (Hg) Healthy Campus – Hochschule der Zukunft. V&R unipress, Bonn S. 23-37

Michel S, Sonntag U, Hungerland E, Nasched M, Sado F, Bergmüller A (2018) Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Verlag für Gesundheitsförderung, Grafing Unter: gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/gesundheitsfoerderung_an_dtschen_HS_2018.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Middendorff E, Apolinarski B, Becker K et al. (2017) Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg), Berlin. Unter: sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

NPK – Nationale Präventionskonferenz (Hg) (2018) Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19. Februar 2016. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. Unter: npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/bundesrahmenempfehlung_BRE_praevention_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

NPK – Nationale Präventionskonferenz (Hg) (2019) Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Unter: npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Schluck S, Sonntag U (2018) Gesundheitsfördernde Hochschule. In Kohlmann C-W, Salewski C, Wirtz MA (Hg) Psychologie in der Gesundheitsförderung. Hogrefe, Bern S. 535-547

Schwerpunktheft (2010) Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen. In Prävention und Gesundheitsförderung. 5(3):177-288 (16 Einzelpublikationen)

Seibold C, Löss J, Nagel E (2010) Gesunde Lebenswelt Hochschule. Ein Praxishandbuch für den Weg zur Gesunden Hochschule. Techniker Krankenkasse (Hg) Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Bd. 23, Hamburg

Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hg) (2000) Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim München

Steinke B, König S, Niemeyer I, Sprenger M (2018) Lebensphase Studium aktiv gesund gestalten. Journal Gesundheitsförderung 6(2):44-47

TK – Techniker Krankenkasse (Hg) (2019) SGM – Studentisches Gesundheitsmanagement. Handlungsempfehlungen für Theorie und Praxis, Hamburg. Unter: tk.de/resource/blob/2066932/0b63ccec20d775c244d57ed267a322d/handlungsempfehlung-zum-studentischen-gesundheitsmanagement-data.pdf. Zugegriffen: 26.5.2020

TK – Techniker Krankenkasse, LVG & AFS – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hg) (2018) Gesundheitsmanagement für Studierende. duz spezial, Berlin. Unter: gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/duzSpecial_M03TK_23.03.18.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

TK – Techniker Krankenkasse, HIS-Institut für Hochschulentwicklung (Hg) (2017) Auf dem Weg zur „Gesunden Hochschule“. Reflexions- und Entwicklungsinstrument, Hamburg. Unter: his-he.de/meta/presse/detail/news/auf-dem-weg-zur-gesunden-hochschule. Zugegriffen: 26. Mai 2020

TK – Techniker Krankenkasse (Hg) (2015) TK-CampusKompass - Umfrage zur Gesundheit von Studierenden. Hamburg. Unter: tk.de/resource/blob/2026642/98c5db0cb414660246c42b77ea3ada2/tk-campuskompass-data.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

TK – Techniker Krankenkasse, LVG & AFS – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hg) (2013) Gesundheitsfördernde Hochschulen. Modelle aus der Praxis. duz spezial, Berlin. Unter: gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Downloads/2013_DUZ_Spezialausgabe.pdf. Zugegriffen: 26. Mai 2020

TK – Techniker Krankenkasse (Hg) (2007) Gesund studieren. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Bd. 16, Hamburg

Tschupke S, Hartmann T (2016) Unfallversicherungsträger und Gesundheitsförderung an Hochschulen. Potenziale und Perspektiven für Studierende im Fokus des Präventionsgesetzes. Gesundheits- und Sozialpolitik 70(6):51-59

Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M (1998) (Hg) Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen. Unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108095/E60163.pdf>. Zugegriffen: 26. Mai 2020

WHO – World Health Organization (1986) First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion. Unter: who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en. Zugegriffen: 26. Mai 2020

Eine umfangreiche Zusammenstellung von Literaturhinweisen zur gesundheitsfördernden Hochschule finden sich unter: kompetenzzentrum-gesunde-hochschulen.de/literatur