

Psychische Gesundheit und gesundheitsfördernde Hochschulen

Irena Diel, Dr. Ute Sonntag
unter Mitarbeit von Nadine Hohmann

BROSCHÜRE der Techniker Krankenkasse

April 2009

Inhaltsverzeichnis

Psychische Gesundheit und gesundheitsfördernde Hochschulen 3

1. Zur Bedeutung psychischer Gesundheit 5

 1.1. Einleitung 5

 1.2. Begriffliche Erläuterungen zur psychischen Gesundheit..... 5

 1.3. Belastungsfaktoren für psychische Erkrankungen 7

 1.4 Gesetzliche Grundlagen des Themas..... 7

2. Institutionelle Verankerung des Themas Psychische Gesundheit..... 8

 2.1 Psychische Gesundheit im Rahmen der Europäischen Union 8

 2.2. Förderung psychischer Gesundheit in Deutschland.....11

 2.2.1. Förderung psychischer Gesundheit auf Bundesebene11

 2.2.2. Förderung psychischer Gesundheit auf Ebene der Bundesländer.....12

 2.2.3. Förderung psychischer Gesundheit auf kommunaler Ebene13

3. Datenlage zum Thema psychische Gesundheit13

4. Sport und psychische Gesundheit.....17

 4.1. Der sportwissenschaftliche Forschungsstand17

 4.2. Fazit19

5. Psychische Gesundheit im Setting Hochschule.....20

 5.1. Gesundheitliche Belastungen20

 5.2. Förderung der psychischen Gesundheit in Hochschulen.....26

 5.2. Beispielhafte Projekte zur Förderung psychischer Gesundheit an Hochschulen.....29

 Stressmanagement.....29

 Führungstraining29

 Konfliktmanagement30

 Zeitmanagement.....30

 Weitere mögliche Maßnahmen30

6. Literaturverzeichnis31

1. Zur Bedeutung psychischer Gesundheit

1.1. Einleitung

Die vorliegende Broschüre richtet sich an diejenigen Akteurinnen und Akteure, deren Ziel es ist, die hochschulbezogene Förderung psychischer Gesundheit zu unterstützen sowie sie konzeptionell und praktisch weiter zu entwickeln. Hierzu zählen auch die Personen, die in und für Hochschulen Entscheidungen treffen und auf diese Weise die Hochschulentwicklung beeinflussen können.

Psychisches Wohlbefinden bildet eine Basis für die Lebensqualität und die Produktivität des einzelnen Menschen. Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung hierzu. Sowohl für den einzelnen Menschen als auch für die Gesellschaft ist psychische Gesundheit eine Ressource von großer Bedeutung: sie trägt zum sozialen, menschlichen und wirtschaftlichen Kapital einer Gesellschaft bei. Auf individueller Ebene setzt die psychische Gesundheit voraus, dass das eigene intellektuelle und emotionale Potenzial verwirklicht wird und dass die Menschen ihre Rolle in der Gesellschaft, in der (Hoch-) Schule und im Arbeitsleben finden und erfüllen können. Auf gesellschaftlicher Ebene stellt die psychische Gesundheit eine Ressource für den sozialen Zusammenhalt sowie für ein besseres Sozialwohl und wirtschaftlichen Wohlstand dar.

Dennoch wird die Bedeutung der psychischen Gesundheit heute weitgehend unterschätzt. Die Gesundheit der Psyche wird sowohl medizinisch als auch psychosozial immer noch viel zu wenig berücksichtigt. So nehmen psychische Erkrankungen, z.B. Depressionen oder Angststörungen, weiterhin zu. Am 5. Dezember 2006 veröffentlichte die Europäische Kommission einen Bericht über die Ergebnisse einer im Oktober 2005 eingeleiteten Konsultation zu ihrem Grünbuch über psychische Gesundheit. Im Bericht, der einen Überblick über die 234 bei der Kommission eingegangenen Antworten gibt und das Grünbuch insgesamt begrüßt, wurde eine größere Beachtung und ein höherer Stellenwert der psychischen Gesundheit ebenso wie die Verbessерung der Lage der von psychischer Krankheit Betroffenen durch den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung gefordert.

1.2. Begriffliche Erläuterungen zur psychischen Gesundheit

„Psychische Gesundheit“ ist ein Begriff, der in unterschiedlichen Ländern und Kulturen verschiedene Bedeutungen und Wertigkeit hat, der auch zu unterschiedlichen Zeiten in ein und derselben Kultur Wandlungen durchmacht. Auch interindividuelle Unterschiede (Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Erziehungs- und Ausbildungsstil) sorgen für unterschiedliche Wahrnehmungen der eigenen psychischen Gesundheit und darüber hinaus für unterschiedliche Auffassungen, was denn psychische Gesundheit tatsächlich ist.

Die WHO definiert psychische Gesundheit folgendermaßen: „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (Grünbuch, 2005). Psychisches Wohlbefinden, selbstbestimmte Lebensgestaltung und Bewältigungsfähigkeiten sind die zentralen Merkmale und Ziele psychischer Gesundheit, die bewusst gefördert werden sollten.

Peter Paulus (2004) hat ein Modell psychischer Gesundheit entwickelt, in dem die Begriffe „produktive Anpassung“ und „Selbstverwirklichung“ zentral sind. Psychische Gesundheit heißt hier, dass das Individuum sich produktiv und konstruktiv mit den unterschiedlichsten Anforderungen des Lebens auseinandersetzt und dass es ein gutes gelingendes Leben führen kann, in dem es sich selbst entfalten kann.

Das Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen hat seelische Gesundheit in drei Dimensionen definiert: die existenzielle und spirituelle Dimension sieht seelische Gesundheit verbunden mit der Möglichkeit, sich einzubringen in die Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse und Antworten auf die Frage nach dem Sinn zu finden. Das Empfinden von Wohlbefinden und Zufriedenheit beinhaltet Lebensbejahung, Erlebnisfähigkeit in der Erfahrung von Körperlichkeit und Emotionen, von Natur und Kunst. Die Dimension von alltagspraktischer beruflicher und sozialer Kompetenz meint praktische und intellektuelle Fähigkeiten, Flexibilität und Kreativität, Verlässlichkeit, Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit sowie Gemeinsinn.

Eng verbunden mit psychischer Gesundheit sind die Konzepte der Salutogenese von Antonovsky (1997), also der Frage danach, was uns gesund erhält, und der Resilienz (Richter, 2002), also der Fähigkeit, Stress und Belastungen erfolgreich zu bewältigen.

Das Konzept der Salutogenese stellt die Frage, wie Gesundheit hergestellt oder wieder hergestellt werden kann. Diese „salutogenetische“ Perspektive wurde von Aaron Antonovsky 1979 erstmals formuliert. Den Kern seines Konzeptes bildet der „Kohärenzsinn“ (sense of coherence, SOC), den er beschreibt als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang eine Person ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky, 1979, S. 123). Im Jahre 1987 operationalisierte der Autor in einer weiteren Publikation sein Konzept, indem er einen Fragebogen (Fragebogen zum Kohärenzsinn, Sense of Coherence Questionnaire) vorstellte, mit dessen Hilfe drei zentrale Dimensionen des Kohärenzsinn beschreibbar wurden. Dieser Fragebogen besteht aus 29 Items, mit deren Hilfe die drei Dimensionen des Kohärenzsinn Verständlichkeit/Verstehbarkeit (Comprehensibility), Verfügbarkeit/Handhabbarkeit (Manageability) und Bedeutsamkeit (Meaningfulness) erfasst werden (Antonovsky, 1987, S. 16f). Antonovsky hat ein Modell von generalisierten Widerstandsressourcen und Widerstandsdefiziten entwickelt. Hinsichtlich der vielen Aspekte wie Reichtum, Ichstärke, kulturelle Stabilität kann eine Person auf einem Kontinuum positioniert werden. Je höher sie sich auf diesem Kontinuum befindet, desto wahrscheinlicher macht sie Lebensereignisse, die einem starken Kohärenzsinn förderlich sind, und umgekehrt.

Antonovsky geht dabei von einem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum aus. Das Konzept der Salutogenese läutete einen Paradigmawechsel ein, da bis dahin üblich war, nach Krankheitsauslösern zu suchen. Die Salutogenese wurde dabei zu einem viel beforschten Ansatz. Zahlreiche Studien belegen einen engen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzsinn und psychischer Gesundheit (vgl. Franke, 1997, S. 183).

Ein weiteres Konzept, das nicht die Defizit-, sondern die Ressourcenperspektive betont, ist das Resilienzkonzept. Unter Resilienz wird die psychische Widerstandskraft gegen Entwicklungsrisiken verstanden. Es ist die Fähigkeit von Menschen, erfolgreich mit belastenden Lebensereignissen umzugehen. Dazu gehören drei zentrale Aspekte: „die positive gesunde Entwicklung trotz andauerndem hohen Risikostatus, die beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen, die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen (Wustmann, 2004, S. 19). Als Schutzfaktoren werden dabei genannt: „eine enge emotionale Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, die kognitiven Fähigkeiten, ein aktiver Problembewältigungsstil, körperliche Gesundheitsressourcen, das Ausmaß an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, das Erleben von Erfolg und Leistung... auch durch soziale Aktivitäten, die Verantwortung und Kreativität erfordern, das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung, das Geschlecht (Richter, 2008, S. 254).

1.3. Belastungsfaktoren für psychische Erkrankungen

Neben genetischen, hormonellen und sozialisationsbedingten Faktoren werden eine Reihe von Belastungen als Risikofaktoren für psychische Erkrankungen angesehen. Arbeitsbedingter Stress wird ausgelöst durch schädliche oder ungünstige Aspekte der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsorganisation oder des Arbeitsumfeldes. Das Burn-out Syndrom ist ein Erschöpfungszustand, der bis zum völligen Ausgebranntsein reichen kann und vielfach Menschen trifft, die sich in ihrer Arbeit besonders stark engagieren. Mobbing umfasst Angriffe durch Kolleginnen bzw. Kollegen oder Vorgesetzte über eine längere Zeit. Auch andere Formen von Gewalterfahrungen wie physische, psychische oder sexuelle Gewalt können zu psychischen Erkrankungen führen, z.B. zu Depressionen, dem posttraumatischen Belastungssyndrom oder auch zu einer multiplen Persönlichkeit. Welche Bewältigungsstrategien einer Person zur Verfügung stehen, wie das soziale Umfeld (Freundschaften, Familie) unterstützend wirken kann, davon hängt vielfach ab, wie krank die Belastungsfaktoren machen oder wie unbeschadet jemand die Erlebnisse überstehen kann.

1.4 Gesetzliche Grundlagen des Themas

Die derzeit noch laufenden Aktionsprogramme im Rahmen der Gesundheitsförderung basieren rechtlich auf Artikel 152 des EG-Vertrages. Dieser besagt, dass die Gemeinschaft Fördermaßnahmen festlegen darf, die zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit beitragen. Im Bereich der Gesundheitspolitik der Gemeinschaft ist die psychische Gesundheit seit 1997 Gegenstand spezieller Projekte und Politikinitiativen. Das „Aktionsprogramm der EU im Bereich öffentliche Gesundheit 2003-2008“ bildet die Rechtsgrundlage für entsprechende Maßnahmen.

„Die EU-Politik trägt dazu bei, die psychische Gesundheit zu schützen und zu fördern und die Öffentlichkeit für dieses Thema zu sensibilisieren. Die EU unterstützt die Schaffung eines europaweiten Rahmens für die Zusammenarbeit und den Austausch empfehlenswerter Verfahren zwischen Regierungen, verschiedenen Fachgebieten, Politikbereichen, Forschung und Praxis. Der Verwirklichung dieser Ziele dient der Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlergehen.“ Der Pakt wurde am 13. Juni 2008 auf der hochrangigen EU-Konferenz „Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ in Brüssel begründet. (Gesundheit-EU)

Für den Bereich der Gesundheitsförderung, in deren Rahmen Maßnahmen zur psychischen Gesundheit umgesetzt werden, bestehen die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten des Bundes vor allem in der Sozialgesetzgebung, insbesondere über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Über die Förderung von Forschung und Entwicklung (z.B. Aufbau der Public Health-Verbünde und -Studiengänge), die Finanzierung von Modell-Projekten, Kongressen und Diskussionsrunden und über die Beauftragung zu Gutachten und Berichten ergeben sich weitere Steuermöglichkeiten in der Gesundheitsförderungspolitik des Bundes. Der Bund nimmt die Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung durch Bundesbehörden, -ministerien und nachgeordnete Einrichtungen, wie die [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#), wahr. Mit der Steuer- und Abgabenpolitik und des gesundheitlichen Verbraucher- und Gesundheitsschutzes ergeben sich weitere Eingriffsmöglichkeiten für den Bund (vgl. Kaba-Schönstein 2003).

Der Sozialgesetzgebung kommt demnach eine besondere Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsförderung zu. Ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der Gesundheitsförderungspolitik auf Bundesebene war u.a. die Einführung und Novellierung des [§ 20 SGB V](#) im Rahmen mehrerer Stufen der Gesundheitsreform (mehr zur Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in der GKV siehe www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de) "Die Krankenkassen haben seit dem Jahr 2000 mit dem § 20 Abs. 1

und 2 SGB V wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Dadurch wird es den Krankenkassen möglich, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren“ (Leitfaden Prävention, 2006). So haben die Krankenkassen Broschüren entwickelt, die zentrale Themen der Prävention, auch in Bezug auf die psychische Gesundheit, aufgreifen, wie z.B. die Broschüre zum Thema „Stress erfolgreich managen“ der Techniker Krankenkasse (2007). Nicht zu vergessen ist an dieser Stelle die Selbsthilfeförderung, die als Mittel zur Förderung der psychischen Gesundheit einen hohen Stellenwert hat. Dieser ganze Bereich ist aktuell im Zuge der Gründung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 sehr in Bewegung.

2. Institutionelle Verankerung des Themas Psychische Gesundheit

2.1 Psychische Gesundheit im Rahmen der Europäischen Union

Seelische Gesundheit ermöglicht den Menschen erst, ihr Leben als sinnvoll zu erleben und sich als kreative und aktive Mitbürger zu begreifen. Daher ist psychische Gesundheit ein Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte im Rahmen der Europäischen Union (EU).

Als ein wichtiger Akteur und Förderer in finanzieller sowie in sozialer Hinsicht unterstützt die EU seit den 90ern die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich. Koordinierung ist Hauptaufgabe der EU im Rahmen dieser gemeinsamen Arbeit. Sie entwickelt die Aktionsprogramme zur öffentlichen Gesundheit, deren Ziel Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit ist. Im Juli 2002 haben sich das Europäische Parlament und die EU-Kommission auf ein gemeinschaftliches Programm geeinigt. Das Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit für den Zeitraum 2003 – 2008 ist ein übergreifendes Programm, das die acht bisherigen Aktionsprogramme ersetzt. Als wesentlicher Bestandteil der gesundheitspolitischen Strategie der Europäischen Gemeinschaft strebt das Programm folgende Ziele und Maßnahmen an (siehe Tabelle 1). Das Aktionsprogramm soll dazu beitragen, ein hohes Gesundheitsschutzniveau in Europa sicherzustellen, die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten zu fördern und Ungleichheiten sowie Benachteiligungen im Bereich der Gesundheit, auch der psychischen Gesundheit, abzubauen.

Aufbauend auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zur psychischen Gesundheit in Helsinki, entstand die Anforderung, auf einer Gemeinschaftsebene der Mitgliedsstaaten einen Aktionsplan im Bereich psychische Gesundheit durchzuführen. Aus dem Aktionsplan geht eindeutig die Erklärung hervor, dass Gesundheit ohne psychische Gesundheit nicht möglich ist: Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden sind grundlegende Elemente der öffentlichen Gesundheit und somit der Lebensqualität und der Produktivität des einzelnen Menschen, von Familien, Gemeinschaften und ganzen Ländern.

Der Rat der Europäischen Union

- *erkennt*, dass psychische Gesundheit von der physischen nicht zu trennen ist;
- *ist der Auffassung*, dass die Notwendigkeit besteht, den Blick für den Wert der psychischen Gesundheit zu schärfen und eine gute psychische Gesundheit zu

fördern, insbesondere was Kinder, Jugendliche und ältere Menschen und die Bedingungen am Arbeitsplatz betrifft;

- *betont*, dass psychische Probleme und Erkrankungen weit verbreitet sind und zu menschlichen Leiden und Beeinträchtigungen führen;
- *fordert*, die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit und ihrer Förderung voranzutreiben und zu unterstützen (vgl. Entschließung des Rates vom 18. November 1999 zur Förderung der psychischen Gesundheit).

Tab. 1: Ziele und Maßnahmen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 – 2008) In: Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 – 2008)

| Ziele | Maßnahmen |
|---|--|
| Verbesserung von Information und Kenntnissen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme. | Entwicklung eines umfassendes Systems zur Erhebung, Analyse und Weitergabe von gesundheitsbezogenen Kenntnissen und Informationen an die Öffentlichkeit, die zuständigen Behörden und die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie Berichterstattung und Beratung. |
| Förderung der Fähigkeit, rasch und koordiniert auf Gesundheitsgefahren zu reagieren, etwa auf grenzüber-greifende Gefährdungen wie HIV, die neue Variante der Creutzfeld-Jacob-Krankheit und umweltbedingte Erkrankungen. | Weiterentwicklung, Stärkung und Unterstützung der Kapazität, Nutzung und Verbindung von Überwachungs-, Frühwarn- und Schnellreaktionsmechanismen. |
| Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren. | Aktionen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention sowie spezielle Instrumente zur Risikominderung und -beseitigung. Vordringlich ist dabei die Bemühung, die <i>hohe Zahl</i> vorzeitiger Todesfälle und schwerer Erkrankungen wie Krebs sowie <i>psychischer Erkrankungen</i> zu verringern. Folglich wird der Schwerpunkt auf die Faktoren der Lebensführung, die sozioökonomischen und Umweltfaktoren wie Tabakkonsum, Alkoholgenuss, Drogenmissbrauch, Ernährung und Stress gelegt. |

Die Entwicklungen in der EU führen zu beträchtlichen Investitionen, um das öffentliche Gesundheitssystem zu stärken und Gesundheitsressourcen zu erweitern. Hierzu wurde eine Strategie zur Förderung guter psychischer Gesundheit, die ganz oben auf der Agenda der Europäischen Union steht, ausgearbeitet. Das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“, das im Oktober 2005 herausgegeben worden ist, hebt ein Rahmen für Austausch und Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, den Beteiligten der betreffenden Sektoren und der Forschung hervor.

Im Vordergrund sind drei folgende Ziele von Bedeutung:

- Förderung der psychischen Gesundheit,
- Verbesserung der psychischen Gesundheit,

- Prävention psychischer Störungen (vgl. EU-Strategie zur psychischen Gesundheit).

Frühzeitige Tests, Erkennung und Diagnose sowie eine gezielte integrierte Behandlung sind nötige Instrumente der Umsetzung der Ziele. Vorbeugungsmaßnahmen, Pflege und Behandlung, Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen sowie eine Verbesserung von Information und Wissen sind die Stichwörter der EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit. Als Beispiele können folgende Aktionen genannt werden: Förderung partizipativer Arbeitsplatzkultur, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialer Eingliederung, Verbesserung der Fortbildung für Eltern, Förderung von Menschenrechten und der Würde des einzelnen Menschen (vgl. Psychische Gesundheit).

Auf der Ebene der EU Kommission sind folgende Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit identifiziert worden (siehe Abbildung 1).

- Die Umsetzung der von der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ verabschiedeten Erklärung zu fördern;
- Dafür Sorge zu tragen, dass bei den integrierten Folgenabschätzungen für künftige einschlägige Rechtsvorschriften der Gemeinschaft Fragen der psychischer Gesundheit Berücksichtigung finden;
- Den deutlichen Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Gesundheit sowie dem Drogen- und Alkoholmissbrauch hervorzuheben;
- Besonders Augenmerk auf Lebensphasen zu richten, in denen Menschen besonders verletzlich sind, wie dies vor allem bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen der Fall ist.

Abb. 1: Maßnahmen auf der Ebene der EU Kommission zur Förderung der psychischen Gesundheit.
Quelle: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11570b.htm>

Auf Projektebene ist das EU-Projekt „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention in EU-Member States and Applicant Countries“ (EMIP) zu nennen, das 2004-2006 zum Thema arbeitete.

Der 2008 gegründete Europäische Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden erkennt an, dass psychische Gesundheit ein Menschenrecht ist. Es werden Maßnahmen in fünf Schlüsselbereichen gefordert: Vorbeugung von Depression und Selbstmord, psychische Gesundheit von Jugendlichen, , psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und im Bildungswesen sowie psychische Gesundheit älterer Menschen (Gesundheit-EU). Forderungen, die für Hochschulen relevant sind, sind zum einen im Bereich psychische Gesundheit im Bildungswesen zu finden. So sollen die Beschäftigten zum Thema psychische Gesundheit und Wohlbefinden geschult und Frühinterventionsprogramme in allen Stufen des Bildungssystems bereitgestellt werden.

Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz ist die zweite für Hochschulen relevante Dimension des Paktes. Folgende Maßnahmen werden dabei empfohlen: Verbesserung von Arbeitsorganisation, Führungspraktiken und Unternehmenskultur im Hinblick auf eine Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz, Programme für die psychische Gesundheit der Beschäftigten mit Risikobewertungen sowie Präventionsprogramme für Situationen wie Stress, Belästigung, Alkohol, die sich negativ auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Auch Maßnahmen zur Einstellung, Weiterbeschäftigung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Problemen werden genannt.

2.2. Förderung psychischer Gesundheit in Deutschland

Seit den 80er Jahren unterstützt Deutschland offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 sowie das 1991 aktualisierte Programm des Europäischen Regionalbüros der WHO von 1984 (Gesundheit für alle 2000), das in seinen 38 Einzelzielen operationalisierte Vorgaben für nationale Strategien, vor allem nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung erhielt (vgl. Kaba-Schönstein 2003). In den siebziger Jahren begann die Weltgesundheitsorganisation, ihre Politik an Gesundheitszielen auszurichten. Seitdem hat Deutschland, wie auch zahlreiche andere Länder, Gesundheitsziele (nicht nur auf der Bundesebene, sondern auch in vielen Ländern, in Kommunen und bei Trägern der Selbstverwaltung) festgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2006).

2.2.1. Förderung psychischer Gesundheit auf Bundesebene

Bundesweit sind psychische Erkrankungen zu einem Arbeitsschwerpunkt in der Gesundheitspolitik Deutschlands geworden. „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ lautet das sechste nationale Gesundheitsziel des Forums *gesundheitsziele.de* der Bundesrepublik Deutschland. In diesem Zuge sind lokale Bündnisse gegen Depression entstanden. Zudem ist mit den Medien ein Stillhalteabkommen bzgl. der Berichterstattung über Suizide geschlossen worden. Im Rahmen des EU-Projektes „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention in EU-Member States and Applicant Countries“ (EMIP) sind in Deutschland 2005 und 2006 insgesamt vier ExpertInnenworkshops zur psychischen Gesundheitsförderung durchgeführt worden. Dort wurden Perspektiven entwickelt, Erfahrungsaustausch ermöglicht und eine Vernetzung der relevanten Akteure im Bereich mental health promotion initiiert (vgl. BMG, 2007, S. 19-26).

Das Deutsche Netzwerk für Psychische Gesundheit (German Network for Mental Health GNMH) ist eine offene Organisation von Interessengruppen, Wohlfahrtsorganisationen und WissenschaftlerInnen, die sich für die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit einsetzen. Dieses Netzwerk nimmt an Bedeutung für die Arbeit in diesem Bereich stetig zu. Das GNMH ist Partner des Aktionsbündnisses für seelische Gesundheit, das sich für eine offene und psychischen Erkrankungen gegenüber tolerante Gesellschaft einsetzt, in der Betroffene und deren Angehörige integriert werden und gleichberechtigt sind.

Auf der Bundesebene ist zudem die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zu nennen. Die BVPG ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband und entstand 2007 aus dem Zusammenschluss zweier Verbände: der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfG) und dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Die BVPG vertritt in der Regel nicht partikuläre Interessen einzelner Mitgliedsverbände, sondern setzt sich „... für Struktur-erhalt und Strukturverbesserungen bzgl. der ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ insgesamt in Deutschland ein“ (BVPG 2008).

Eine wichtige Rolle im Bereich psychische Gesundheit spielt das Forschungsnetz psychische Gesundheit (FpG). Es ist ein Transferprojekt des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität. Das bundesweite Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Das Forschungsnetz psychische Gesundheit betreibt Versorgungsforschung im Bereich psychischer Gesundheit. Ziel ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung aller psychisch kranken Menschen und dem Erhalt der seelischen Gesundheit auf Public Health Ebene beizutragen. Gleichzeitig soll die grundlagenorientierte Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland gefördert und ausgebaut werden (siehe Abbildung 2).

Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland

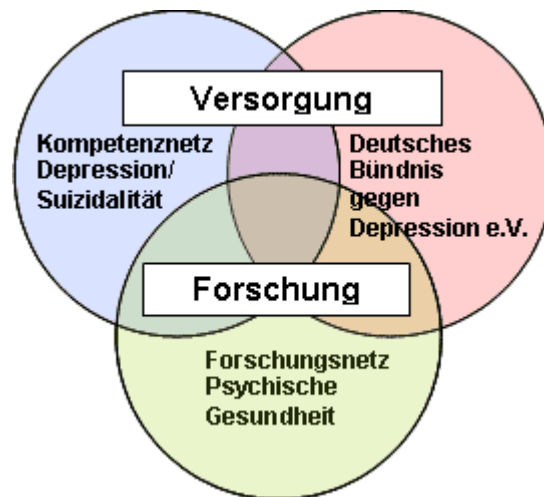


Abb. 2: Schematische Darstellung des Forschungsnetzes psychischer Gesundheit

Als wichtigste Akteure gehören dem Forschungsnetz alle Gesundheit fördernden Institutionen, z. B.: Ministerien, Krankenkassen, Rentenversicherungen, städtische Krankenhäuser, Praxisnetzen, Pflegeverbänden und andere Kooperationspartner an. Ziel ist es, wissenschaftliche Kompetenz dezentral aufzubauen, um lokale Interventionen aussagekräftig evaluieren zu können. In diesem Zusammenhang kommt Hochschulen sowie Universitäten eine besondere Rolle zu. Mehr Informationen über das Forschungsnetz psychische Gesundheit sind auf der Internetseite unter <http://www.forschung-psychische-gesundheit.de> zu finden.

2.2.2. Förderung psychischer Gesundheit auf Ebene der Bundesländer

„Die Zuständigkeit für Gesundheits(förderungs)politik liegt in den Ländern bei den Sozial- bzw. den Gesundheitsministerien. Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Gesundheitspolitik des Bundes erfolgt über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Für die Akzeptanz und Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Länder war die Entschließung der 64. Sitzung der GMK über ‚Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der BRD‘ von 1991 von herausgehobener Bedeutung. Diese Entschließung wurde zum Bezugsdokument und zur Legitimationsgrundlage für die Gesundheitsförderung in den Ländern und insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sie eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung zuwies“ (Kaba-Schönstein 2003).

In fast allen Bundesländern gibt es Landesvereinigungen und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung, deren zentrale Aufgabe die Anregung und Koordination von Gesundheitsförderung durch die Organisation und Bereitstellung von Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekten und Materialien ist. Als Nichtregierungsorganisationen werden diese jedoch häufig von den Landesgesundheitsministerien/ -senaten finanziell gefördert. (vgl. Kaba-Schönstein 2003). All diese Strukturen arbeiten auch im Bereich der psychischen Gesundheit, wobei ein Schwerpunkt in der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liegt. So hat z.B. das Projekt „Mind Matters – Förderung der psychischen Gesundheit in und mit Schulen“ (www.mindmatters-schule.de/index2.html) bundesweit Verbreitung gefunden.

2.2.3. Förderung psychischer Gesundheit auf kommunaler Ebene

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO, 1986) Die Kommune, die Gemeinde, die Stadt ist ein Sozialraum, der den Rahmen für spezifische Settings bietet: die gesunde Stadt, die gesunde Schule, die gesunde Kindertagesstätte und last but not least, wenn die Stadt ein Hochschulstandort ist, die gesunde Hochschule. Durch Verschränkung der kommunalen Gesundheitsförderung mit Aktivitäten einer gesundheitsförderlichen Hochschule lassen sich Synergieeffekte herstellen und ein fruchtbarer Theorie-Praxis-Austausch organisieren. Auf die Ansätze zur Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden bzw. in den verschiedenen Settings, die Gemeinden beherbergen, kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden. Für weitere Informationen zu nennen ist das 1989 gegründete Gesunde Städte Netzwerk, dem heute über 60 Kommunen in Deutschland angehören (www.gesunde-staedte-netzwerke.de).

3. Datenlage zum Thema psychische Gesundheit

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde die Bedeutung psychischer Erkrankungen wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Die Datenlage zur psychischen Gesundheit war und ist äußerst dürftig. „Wie neue Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So verstirbt etwa einer von sieben schwer depressiven Patienten durch Suizid. Zudem sind Depressionen häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit.

Auch Angsterkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens. Bisher wird wahrscheinlich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und eine angemessene Behandlung eingeleitet“ (Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

Um Zusammenhänge zwischen psychischer und physischer Gesundheit zu verdeutlichen, sei hier die Datenlage zum Thema Rückenschmerzen angeführt. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen viele Untersuchungen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von Rückenschmerzen betroffen sind. In den meisten Fällen lassen sich Rückenschmerzen nicht auf eine spezifische Krankheit, wie Rheuma oder Artrrose, zurückführen. Die so genannten „unspezifische Rückenschmerzen“ stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang mit depressiven Symptomen und anderen Indikatoren der psychischen Gesundheit. Im telefonischen Gesundheitssurvey gaben z. B. Männer und Frauen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss doppelt so häufig chronische Rückenschmerzen an wie Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Abitur. Gleichermäßen lag bei Befragten, die eine Depression berichteten, die Rate an Rückenschmerzen doppelt so hoch wie bei am Survey Teilnehmenden ohne Depressionen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

Folgende Daten und Fakten sind auf der EU Ebene bekannt (2006):

- Psychische Störungen sind das am schnellsten zunehmende Krankheitsbild, wobei die unipolaren Depressionen die häufigste Störung darstellen.
- Angstzustände und Depressionen gehören in der EU zu den häufigsten psychischen Störungen.
- 450 Millionen Menschen weltweit leben mit einer neurologischen oder psychischen Störung.
- Jede/r Vierte wird in seinem/ihrem Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen sein.
- 121 Millionen Menschen leiden an Depressionen – drei von 100 Menschen in jedem Jahr.
- Eine Million Menschen weltweit begehen Selbstmord – zehn Millionen versuchen es jedes Jahr.
- Neuropsychiatrische Störungen sind für ein Drittel der Behinderungen, für 15% der stationären Kosten, für knapp ein Viertel der Arzneimittelkosten, für die Hälfte der Kosten für Sozialarbeiten und im Vereinigten Königreich allein für 90 Millionen Tage Arbeitsausfall pro Jahr verantwortlich.
- Die Menschen leben länger und insgesamt gesünder, jedoch leidet eine zunehmende Zahl im hohen Lebensalter sowohl an psychischen als auch physischen Gebrechen.
- Betreuungspersonen von Kindern, Erwachsenen oder älteren Menschen haben bei der Anpassung an die neue Gemeinschaftspflege für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen keine Hilfe erfahren.
- Drogenabhängigkeit und Kriminalität, Alkoholmissbrauch, Unfälle, Abwesenheit, Vandalismus, Verhaltensauffälligkeiten, Obdachlosigkeit und viele anderen sozialen Probleme stehen in einem engen Zusammenhang mit psychischen Gesundheitsproblemen.

(Quelle:

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=DE&type=IM-PRESS&reference=20060901IPR10238>).

Ein Hintergrundpapier zur psychischen Gesundheit in der EU (European Communities, 2008) berichtet über die Ergebnisse eines Eurobarometer-Surveys 2005/2006. Demnach empfindet die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger der EU positive und ausbalancierte Gefühle. 64 % fühlen sich immer oder fast immer sehr lebendig, 55 % fühlen sich energiegeladener, 65 % berichten, dass sie glücklich seien und 63 % fühlen sich ruhig und friedlich. Die Ergebnisse zeigen jedoch großen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Als glücklich bezeichneten sich 83 % der niederländischen Bevölkerung, aber nur 42 % der Menschen in Bulgarien und Lettland. Finnland weist mit 83 % die höchste Rate an Menschen auf, die sich fast immer ruhig und friedlich fühlen, die niedrigste Rate weist Italien mit 46 % auf. 72 % der Befragten aus den Niederlanden gaben an, dass sie sich immer oder fast immer sehr energiegeladener fühlen. Im Gegensatz dazu antworteten nur 37 % der Deutschen so. Insgesamt zeigen die Eurobarometer-Ergebnisse höhere Werte psychischer Gesundheit in den alten EU-Ländern an, speziell in den nordischen und den Benelux-Ländern, als in den neuen. (ebenda, S. 7)

Erstmals 1998 lieferte der Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98) repräsentative Zahlen zur Verbreitung von Angststörungen in Deutschland. 14,2 % der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren hatten während des vorausgegangenen Jahres unter einer Angststörung gelitten. Dabei waren Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (s. Abbildung 3)

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

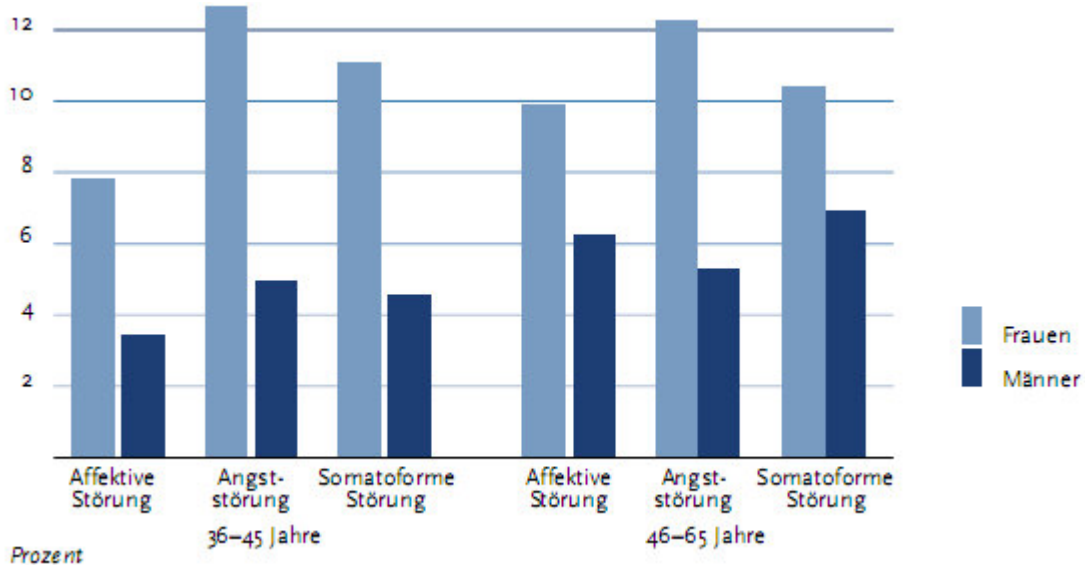


Abb. 3: Geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Erkrankungen nach Altersgruppe. Quelle: Wittchen, HU, Müller, N., Pfister, H. et al. (1999). (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006)

Dabei leiden Frauen mehr als doppelt so häufig an einer Angststörung wie Männer. Abbildung 4 zeigt deutlich, wie wichtig die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise bei der Analyse von Angststörungen ist.

Der Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse mit dem Schwerpunkt psychische Störungen analysierte Daten über einen Zeitraum von acht Jahren (2000-2007). Dabei wurde festgestellt, dass bei 15,0 Prozent der männlichen und 32,1 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2006 mindestens einmal die Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert wurde. Geschlechtsübergreifend heißt dies, 22,1 Prozent, also mehr als ein Fünftel aller Erwerbspersonen, sind demnach von mindestens einer entsprechenden Diagnose betroffen. Im Jahre 2007 wurden bei Mitgliedern der Techniker Krankenkasse insgesamt 2,39 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle und 30 Millionen Fehltage registriert. Auf die Erwerbspersonen umgerechnet ergibt sich eine durchschnittliche Fehlzeit von 10,98 Tagen je Erwerbsperson. Die Fehlzeiten stiegen von 2006 auf 2007 durchschnittlich um 0,46 Tage pro Person (d. h. um 46 Tage pro 100 Personen). Gründe für das Ansteigen der Fehlzeiten sind vorrangig bei Frauen ansteigende Fehlzeiten mit der Diagnose psychische Störungen sowie bei beiden Geschlechtern ansteigende Fehlzeiten mit der Diagnose Atemwegserkrankungen.

Häufigkeit psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht

Häufigkeit psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht

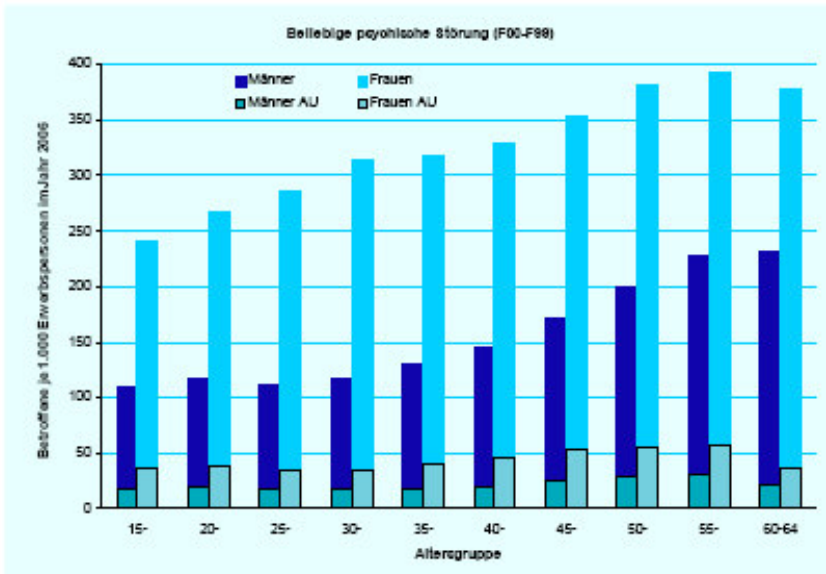


Abb. 4: Anteil Erwerbspersonen mit beliebiger psychischer Diagnose im Jahre 2006 als ambulante ärztliche Diagnose bzw. als Diagnose einer Arbeitsunfähigkeit (Gesundheitsreport: Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Schwerpunkt Psychische Störungen, S. 24, Techniker Krankenkasse, 2008)

Abb. 4 zeigt, dass von Diagnosen psychischer Störungen Erwerbspersonen aller Altersgruppen betroffen sind. Dabei liegen die ambulanten Diagnosen um den Faktor 6 bis 11 über den Diagnoseraten, die auf der Basis von Daten zur Arbeitsunfähigkeit gewonnen wurden.

Depression nach Alter und Geschlecht

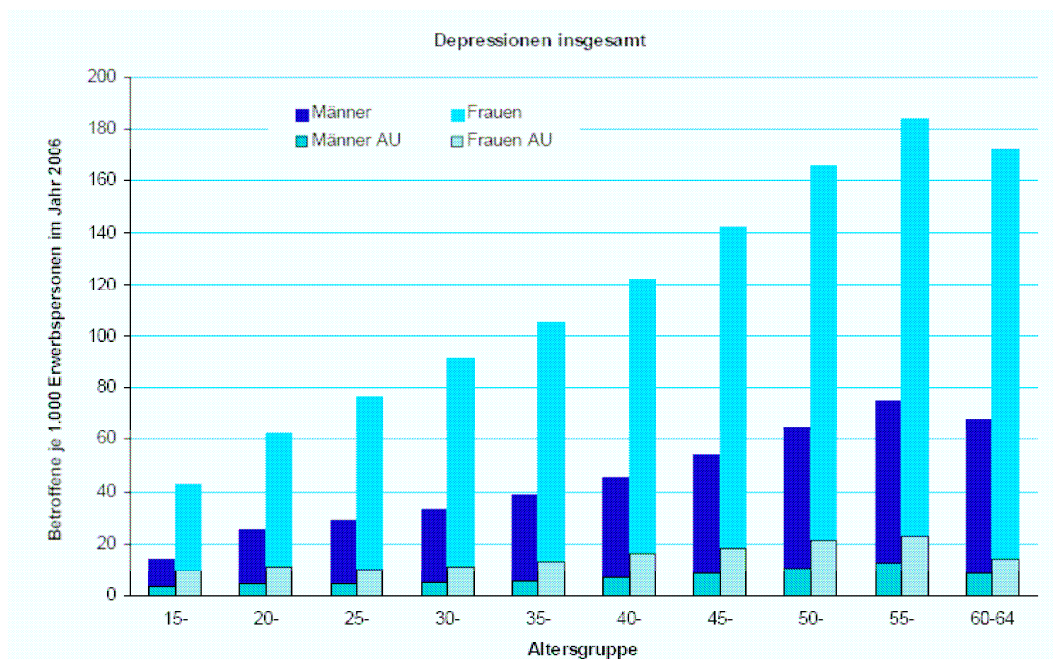


Abb. 5: Depression nach Alter und Geschlecht (Gesundheitsreport: Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Schwerpunkt Psychische Störungen, S. 25, Techniker Krankenkasse, 2008)

Besonders die Diagnose Depression wird sehr häufig gestellt, wie Abb. 5 im Vergleich zu Abb. 4 zeigt. Alle zur Verfügung stehenden Datenquellen zeigen zusammenfassend, dass Frauen von zahlreichen psychischen Erkrankungen häufiger betroffen sind als Männer. Auch die Daten der Techniker Krankenkasse zeigen dies eindeutig.

4. Sport und psychische Gesundheit

Sportliche Aktivitäten, die zur Förderung der psychischen Gesundheit genutzt werden, stammen meist aus dem Entspannungs- und Gesundheitssport. Egal ob Yoga, Qi Gong, Aikido, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung oder Nordic Walking – von all diesen Entspannungs- und Gesundheitssportarten verspricht man sich heilende, präventive oder gesundheitsfördernde Wirkungen.

Auf psychischer Ebene finden sich vor allem positive Effekte hinsichtlich der Stressbelastung, Ängstlichkeit, des Selbstwertgefühls und der Grundgestimmtheit. Regelmäßiges Sporttreiben – insbesondere als Gruppenerfahrung – fördert die soziale Integration und stärkt das Selbstbewusstsein. Gerade bei Ausdauersportarten, wie Joggen oder Nordic-Walking, können schnelle Erfolgserlebnisse verzeichnet werden, die ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung vermitteln. Die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers während der sportlichen Aktivität bietet darüber hinaus die Chance, persönlichen Stärken und Schwächen kennen zu lernen.

Aber können diese "Alltagsweisheiten" bedingungslos in das Gesundheitsförderungskonzept einer Hochschule integriert werden? Oder sollten diesen Weisheiten eher eine skeptische Einstellung entgegengebracht werden? Welche Rahmenbedingungen verstärken den Effekt von Sport auf die psychische Gesundheit? Es ist von großem Vorteil, die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit zu verstehen, bevor man sportliche Aktivitäten in Maßnahmen der Gesundheitsförderung einbaut. Dazu wird im Folgenden ein kurzer Überblick über den sportwissenschaftlichen Forschungsstand gegeben.

4.1. Der sportwissenschaftliche Forschungsstand

In der sportwissenschaftlichen Forschung zur Wirkung körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit werden in erster Linie die Variablen Angst, Befindlichkeit, Depressivität, Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und Wohlbefinden untersucht. Dabei wird zwischen aktuellen (z. B. Zustandsangst) und überdauernden bzw. habituellen (z. B. Eigenschaftsangst) Zuständen unterschieden (vgl. Woll & Bös 2004, 6).

Nach Schlicht und Brand (2007) hat Sport de facto das Potenzial, zu einer verbesserten psychischen Gesundheit beizutragen. Allerdings unterliegt diese Aussage einigen Beschränkungen, denn der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit ist durchaus komplizierter als angenommen. Demnach steigert körperlich-sportliche Aktivität das psychische Wohlbefinden nicht per se, sondern ist an bestimmte Rahmenbedingungen gebunden. Die Ergebnisse einer Metaanalyse von Schlicht (1995) zeigen, dass die Stärke des Zusammenhangs durch Drittvariablen beeinflusst wird. Zu diesen moderierenden Variablen zählen die Art der körperlichen Aktivität und das Lebensalter, Geschlecht und vorhandene Konstrukt der psychischen Gesundheit des oder der Sporttreibenden. Schlicht kommt bei seinen Auswertungen zu dem Ergebnis, dass sportliche Betätigung bei Personen ab dem 50. Lebensjahr, ganz gleich welcher Art sportlicher Aktivität sie nachgehen, einen positiven Einfluss auf ihre psychische Gesundheit hat. Gleiches gilt für junge Frauen zwischen dem 31. und 50. Lebensjahr. Dagegen hat sportliche Aktivität bei jungen Männern erst einen positiven Effekt, wenn sie intensiven

Ausdauersport betreiben (vgl. Brand & Schlicht 2007, 70).

Obwohl Schlicht und Brand psychische Gesundheit als ein mehrdimensionales, aus aktuellen und habituellen Aspekten bestehendes Konstrukt definieren, „*das Wohlbefinden, Selbstachtung, Sinnhaftigkeit des Lebens, Lebenszufriedenheit, Stressbewältigungskompetenz und weitere Facetten enthält*“ (Schlicht & Brand 2007, 69), messen sie in ihren Studien nur die aktuelle Stimmungslage der Sporttreibenden und blenden den Einfluss auf das habituelle Wohlbefinden vollkommen aus. Daher lassen die oben genannten Ergebnisse nur Rückschlüsse auf die Wirkung körperlicher Aktivität lediglich unmittelbar nach dem Training zu.

Auch Abele, Brehm und Gall (1991) konnten eine positive Wirkung körperlicher Aktivität auf das aktuelle Wohlbefinden feststellen. Es komme zu einer Abnahme von Spannungs- und Angstzuständen, des Ärgererlebens, der Depressivität, Müdigkeit und einem Anstieg der Vitalität. Allerdings bewerten sie den Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und den habituellen Aspekten der psychischen Gesundheit, wie z. B. Depressionen, Eigenschaftsangst und Selbstkonzept, skeptischer.

Die WIAD Studie des DSB „Sport und Gesundheit“ (1997) postuliert dagegen sowohl auf die aktuellen als auch auf die habituellen Komponenten der psychosozialen Gesundheit folgende Auswirkungen regelmäßigen Sporttreibens:

- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Erhöhung der physischen und psychischen Stresstoleranz
- Spannungslösung durch vegetative Mechanismen
- Positive Grundgestimmtheit
- Erholsamer Schlaf
- Gesteigerte Vitalität

Schlicht und Brand warnen davor, voreilige kausale Beziehungen herzustellen. Ob körperliche Aktivität psychisch gesünder macht oder psychisch Gesunde von vornherein vermehrt sportlich aktiv sind, lässt sich nur anhand „echter“ (randomisierter) Experimente herausfinden, und gerade an diesen mangelt es in der sportwissenschaftlichen Forschung beträchtlich (vgl. Schlicht & Brand 2007, 71).

Theorien über den kausalen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit werden zwar vermutet, gelten aber nicht als gesichert. Es wird davon ausgegangen, dass Veränderungen psychischer Parameter multikausal durch physiologische und psychische Prozesse verursacht werden (vgl. Arent et al. 2001).

Auf physiologischer Ebene wird die Ausschüttung körpereigener Opioiden (Enkephaline, Endorphine) und Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Serotonin) vermutet. Es wird angenommen, dass diese stimmungsteigernd wirken und negative Gefühlszustände beseitigen. Schlicht und Brand betonen allerdings, dass dieser Zusammenhang mit Vorsicht zu genießen ist, da hierzu keine eindeutige Befundlage existiert (vgl. Schlicht & Brand 2007, 83). Die beschriebenen Stoffwechselprozesse können zwar, vor allem bei intensiven und längeren Ausdauerbelastungen, bestätigt werden, reichen allerdings zur Erklärung der beobachteten Stimmungsänderungen nicht aus.

Auf psychischer Ebene gehen Schlicht und Brand von dem Erleben des sogenannten „Flow-Zustandes“ und einer Steigerung des eigenen Kompetenzerlebens aus (vgl. Schlicht & Brand 2007, 84). Dieser komplexe Erlebniszustand, den Csikszentmihalyi (1975) mit „flow“ bezeichnet hat, ist ein intensiver, als lustvoll empfundener Körper- und Gefühlszustand, bei dem die volle und selbstvergessene Konzentration auf die Tätigkeit negative Stimmungen und unangenehme Gefühle vergessen lässt.

Das „Runners-High“, vergleichbar mit dem Flow-Erlebnis, hängt ebenfalls von bestimmten Rahmenbedingungen ab, d.h. es tritt nicht bei jeglicher körperlicher Aktivität auf, sondern setzt u. a. mehr als eine Stunde sportliche Aktivität bei niedriger bis mittlerer Intensität und konstanter Belastung voraus (vgl. Lange 1991).

Als weitere psychologische Wirkweise körperlicher Aktivität wird die Ablenkungs- bzw. Time-out-Hypothese angeführt. Dabei lenkt der Sport soweit von Alltagsproblemen ab, dass es zu einer Stimmungssteigerung kommt. Allerdings lässt sich auch hier vermuten, dass diese nur einen kurzfristigen Effekt auf die aktuellen Aspekte der psychischen Gesundheit hat (vgl. Woll & Wydra 2005).

Fuchs, Hahn und Schwarzer (1994) verweisen in ihren Ausführungen zum Thema Sport und Stressregulation auf insgesamt fünf potenzielle Wirkmechanismen körperlicher Aktivität:

- Direkter Effekt: Beeinflussung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit durch Sport
- Protektive Wirkung: Sport mildert schädliche Auswirkungen von chronischen Stressereignissen auf die Gesundheit ab
- Präventive Wirkung: Sport verringert die Wahrscheinlichkeit des Eintretens potenziell stressauslösender Ereignisse
- Ressourcenstärkende Wirkung: Stresssituationen werden, z. B. durch die Stärkung personaler Ressourcen wie Selbstwertgefühl, als weniger kritisch eingeschätzt
- Ressourcenschützende Wirkung: Sport schützt personale Ressourcen vor Schädigung durch chronische Stressereignisse

Im Bezug auf die Stärke stressreduzierender Wirkung sportlicher Aktivität stellen Berger & Owen (1988) fest, dass diese bei Ausdauerbelastungen von mindestens 20-30 Minuten Länge, bei mittlerer Belastungsintensität, geschlossenen, vorhersagbaren, zeitlich und räumlich selbstbestimmten Aktivitäten und rhythmischen Bewegungen am höchsten ist.

Aber nicht nur Ausdauertraining, sondern auch Entspannungsübungen können die Befindlichkeit und Stressreaktivität einer Person positiv beeinflussen (vgl. Alfermann & Stoll 1996).

4.2. Fazit

Aufgrund der Komplexität sportlicher Situationen und der Mehrdimensionalität des Konstrukts psychischer Gesundheit sieht sich die sportwissenschaftliche Forschung vor die Herausforderung gestellt, Studien so anzulegen, dass sie spezifische Effekte messen. Trotz dieser Schwierigkeit zeigen die bisherigen Forschungen zum Thema, dass eine positive Wirkung körperlicher Aktivität auf die aktuellen Komponenten der psychischen Gesundheit (Stimmung, Zustandsangst, Ärgererleben, Müdigkeit, Vitalität, Depressivität etc.) bestätigt werden kann. Demgegenüber besteht ein eher geringer und vorsichtig einzuschätzender Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und den habituellen Komponenten psychischer Gesundheit (Selbstkonzept, Eigenschaftsangst, Depressionen etc.).

Des Weiteren mangelt es an echten Experimenten, die kausale Schlussfolgerungen, also Antworten auf die Frage „Wie und warum wirkt körperliche Aktivität auf die psychische Gesundheit?“ zulassen.

Schlicht und Brand betonen die Bedeutung von moderierenden Variablen, die die Stärke des Effekts beeinflussen. Schlicht (1994) stellt stärker als in der bisherigen sportwissenschaftlichen Diskussion programmspezifische (Art, Umfang, Dauer und Intensität der sportlichen Tätigkeit) und personenspezifische (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand des bzw. der sportlich Aktiven) Moderatorvariablen in den Vordergrund der Betrachtung. Für eine Gesundheitsfördernde Hochschule lassen sich daraus u.a. folgende Schluss-

folgerungen und Handlungsempfehlungen ableiten:

- Sportliche Aktivität kann zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen und sollte daher in das Konzept einer Gesundheitsfördernden Hochschule integriert werden.
- Je nach der zu fördernden Komponente der psychischen Gesundheit sollte eine gezielte Auswahl an sportlichen Aktivitäten getroffen werden. Nicht jeder Sport wirkt entspannend – nicht jeder Sport vitalisierend. Darüber hinaus sind Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie der Zielgruppe gerecht werden.
- Der Hochschulsport bietet zahlreiche Angebote aus dem gesundheits- und Ausdauersport. Im Hinblick auf die Qualität der Angebote und der optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen, sollten diese nach Möglichkeit in Anspruch genommen werden.
- Diese Angebote sollten im Sinne des gesundheitsfördernden Charakters, Gesundheitsprojekte prozesshaft begleiten und nicht einmalig durchgeführt werden.
- Wie die Beispiele aus der Praxis zeigen, werden sportliche Angebote bereits in Projekte zum Stress- und Konfliktmanagement integriert. Darüber hinaus lassen sich nach Möglichkeit auch andere Kooperationsmöglichkeiten finden. So könnten z.B. auch das Studentenwerk oder die psychologischen Beratungsstellen von den Kursen des Hochschulsports profitieren.

5. Psychische Gesundheit im Setting Hochschule

5.1. Gesundheitliche Belastungen

Nur wenige Studien haben sich mit dem Wohlbefinden an der Hochschule und den psychosozialen Belastungen von Studierenden in Deutschland beschäftigt. Wilfried Schumann, Leiter der psychosozialen Beratungsstelle der Universität Oldenburg, zeigte auf, dass bereits Ende der 90er-Jahre 26% der Studierenden angaben, im zurückliegenden Jahr durch psychische Schwierigkeiten im Studium beeinträchtigt gewesen zu sein. Leistungsprobleme, mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen und Prüfungsängste sind nur einige der Gründe, die häufig genannt werden. In der praktischen Beratungsarbeit kämen immer häufiger Erschöpfungszustände und Suchtprobleme hinzu. Vor allem Nicht-Vollzeit-Studierende oder allein stehende Studierende mit Kindern fühlten sich häufig überfordert (Schumann, 2006).

Leistungsprobleme, Erschöpfungssyndrome sowie Ängste gehören zu dem größten Problemkreis unter Studierenden. Daten zur Häufigkeit von psychosozialen Problemen (s. Abbildung 6) zeigen eine Notwendigkeit der Beratungsangebote an Hochschulen.

Häufigkeit von Problemen bei männlichen und weiblichen Studierenden

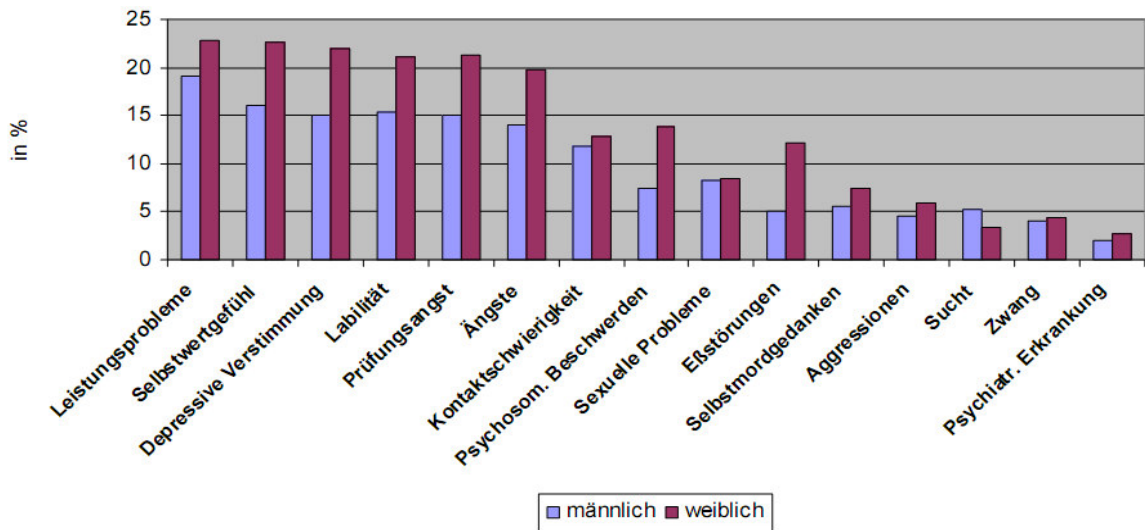


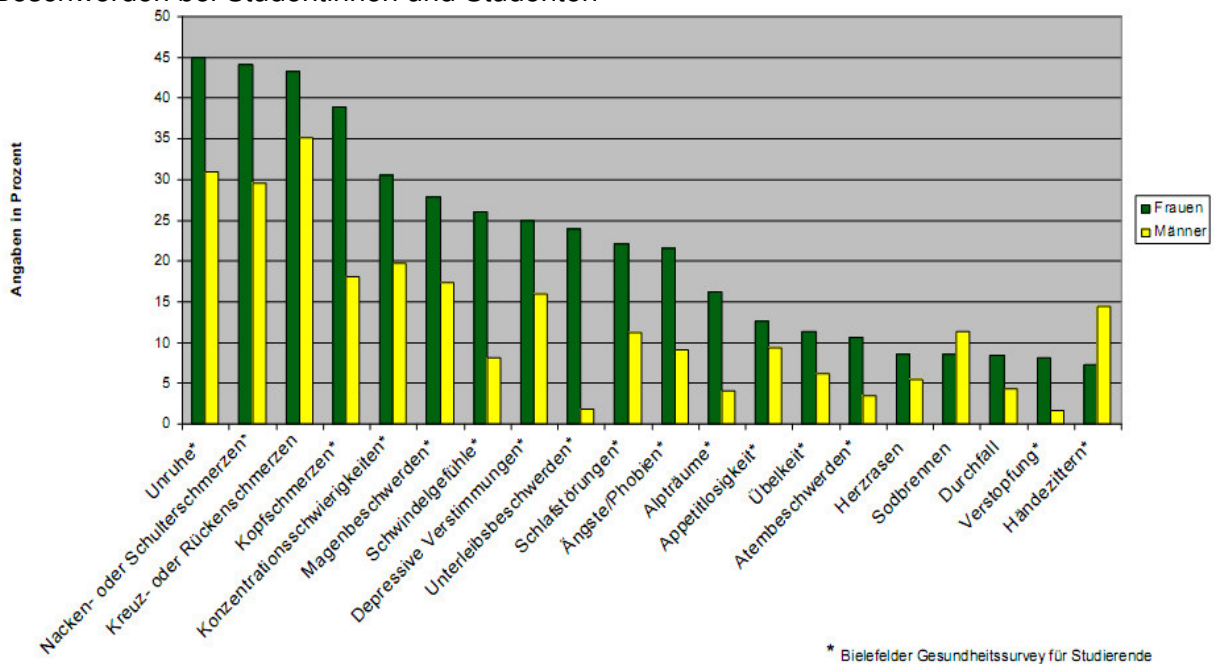
Abb. 6: Häufigkeit von Problemen bei männlichen und weiblichen Studierenden in der Gesamtstudentenschaft. Quelle: Hahne, R., Lohmann, R., Krzyszycha, K., Österreich, S. und A. (1999): App: Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bonn (vgl. Schumann, 2006)

Laut Meier (2006) zeigen Ergebnisse quantitativer Forschung:

- eine niedrige Prävalenz ernster und chronischer Erkrankungen;
- eine hohe Prävalenz von Symptomen und Beschwerden;
- hohe Assoziationen zur psychosozialen Belastung (Meier, 2006).

Folgende Beschwerden sind bei Studenten und Studentinnen festzustellen (siehe Abbildung 7).

Beschwerden bei Studentinnen und Studenten



* Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende

Abb. 7: Häufigkeit der Beschwerden bei Frauen und Männern an Hochschulen (Meier, 2006)

Stock und Krämer (2001) haben die Daten, die sich auf eine Kohorte von 166 Studierenden beziehen, die an der Universität Bielefeld zu Studienbeginn und nach zwei Jahren Studium an einer Fragebogenerhebung teilgenommen haben, zusammengefasst. Während im Bereich des physischen Befindens (Beschwerden und subjektiver Gesundheitszustand) keine Änderungen im Studienverlauf deutlich wurden, stiegen die Belastungen in den Bereichen „Leistungsanforderungen“, „Studienbedingungen“ und „persönliche Situation“ signifikant an. Gleichzeitig verbesserten sich gesundheitsbezogene Einstellungen wie das Gesundheitsbewusstsein und das Bewegungsbewusstsein leicht. Der Anstieg der Belastungswahrnehmung ließ auf einen vulnerablen Charakter der Studienanfangsphase schließen. Zugleich wurden positive Entwicklungen im Hinblick auf das Gesundheitsbewusstsein deutlich, die im Rahmen der Gesundheitsförderung an der Hochschule gestärkt werden sollten (vgl. Stock, Krämer, 2001).

Mit dem "Gesundheitssurvey für Studierende in NRW" ist die umfassendste Datenlage zur Gesundheit dieser Zielgruppe in Deutschland geschaffen worden. An der Studie haben sich zwölf Universitäten und vier Fachhochschulen aus Nordrhein-Westfalen, dem Bundesland mit den meisten Hochschulen, beteiligt. Insgesamt wurden 3.307 Studierende zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand und -verhalten sowie der Lebenswelt "Hochschule" befragt. Der "Gesundheitssurvey für Studierende in NRW" ist ein Kooperationsprojekt des Gesundheitslabors der Universität Bielefeld mit der Techniker Krankenkasse sowie der Landesunfallkasse NRW.

Im Folgenden sind einige Ergebnisse dargestellt.

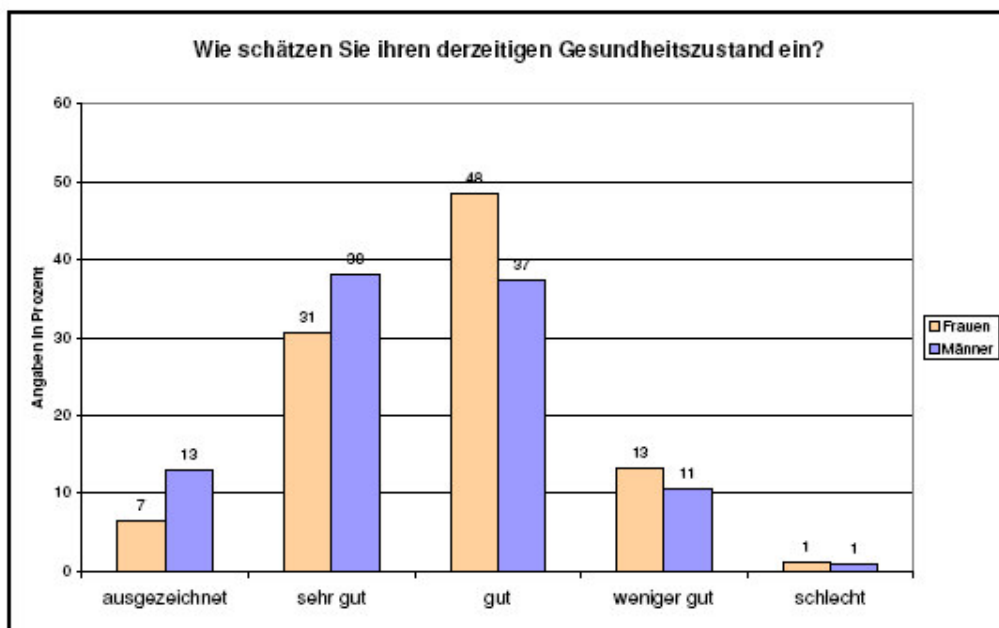


Abb. 8: Gesundheitszustand nach Geschlecht (Meier, Milz, Krämer, 2007: Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, S. 9)

Die Mehrheit der Studierenden schätzt den eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut ein, wobei die Frauen ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter einschätzen.

Dazu passt das Ergebnis, dass Frauen mehr Beschwerden benennen, unter denen sie leiden (s. Abb. 9).

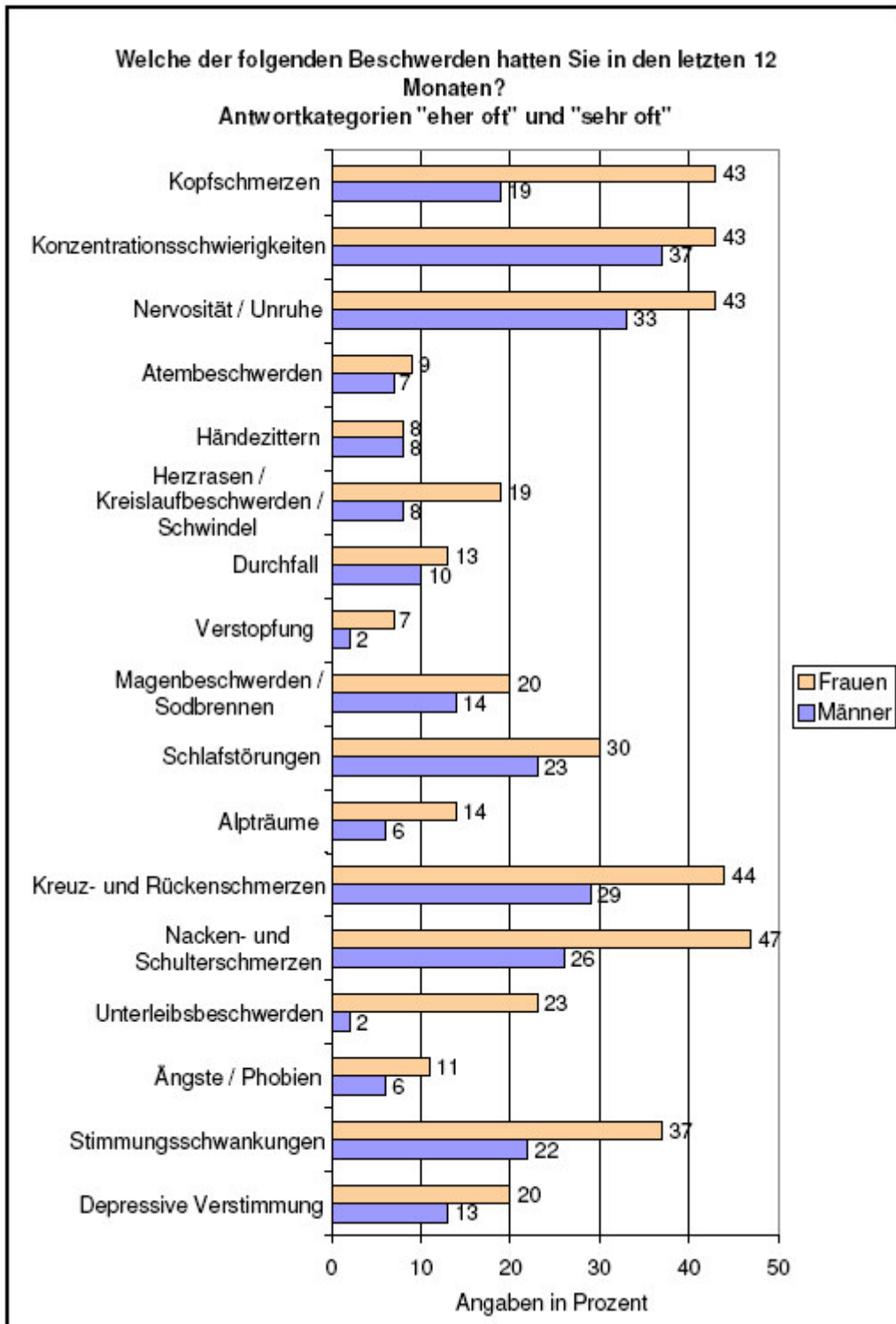


Abb. 9: Beschwerden nach Geschlecht ((Meier, Milz, Krämer, 2007: Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, S. 10)

Bei den Beschwerden werden von den Frauen am häufigsten Nacken- und Schulterschmerzen (47 %), Kreuz- und Rückenschmerzen (44 %), und gleichauf jeweils mit 43 % Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen und Nervosität/Unruhe genannt. Bei den Männern liegen die Konzentrationsschwierigkeiten mit 37 % und Nervosität/Unruhe mit 33 % vorne.

Unter dem Aspekt der psychischen Gesundheit betrachtet, fallen neben den großen Häufigkeiten von Nervosität und Unruhe bei beiden Geschlechtern die hohen Nennungen für Stimmungsschwankungen (37 %) bei den Frauen auf. Depressive Verstimmungen werden noch von einem Fünftel der Studentinnen benannt. Unter Schlafstörungen leiden 30 % der Frauen und 23 % der Männer. Ängste und Phobien sind mit 20 % bzw. 13 % angegeben. Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich Studierende heute auch psychisch beeinträchtigt fühlen.

Einen Zusammenhang mit den Beschwerden Nervosität, Unruhe und Konzentrations-schwierigkeiten findet sich in den Faktoren, die das Wohlbefinden beeinflussen: hier werden Zeitstress und Hektik im Hochschulgebäude sowie fehlende Rückzugs-möglichkeiten im Gebäude am häufigsten genannt (Abb. 10).

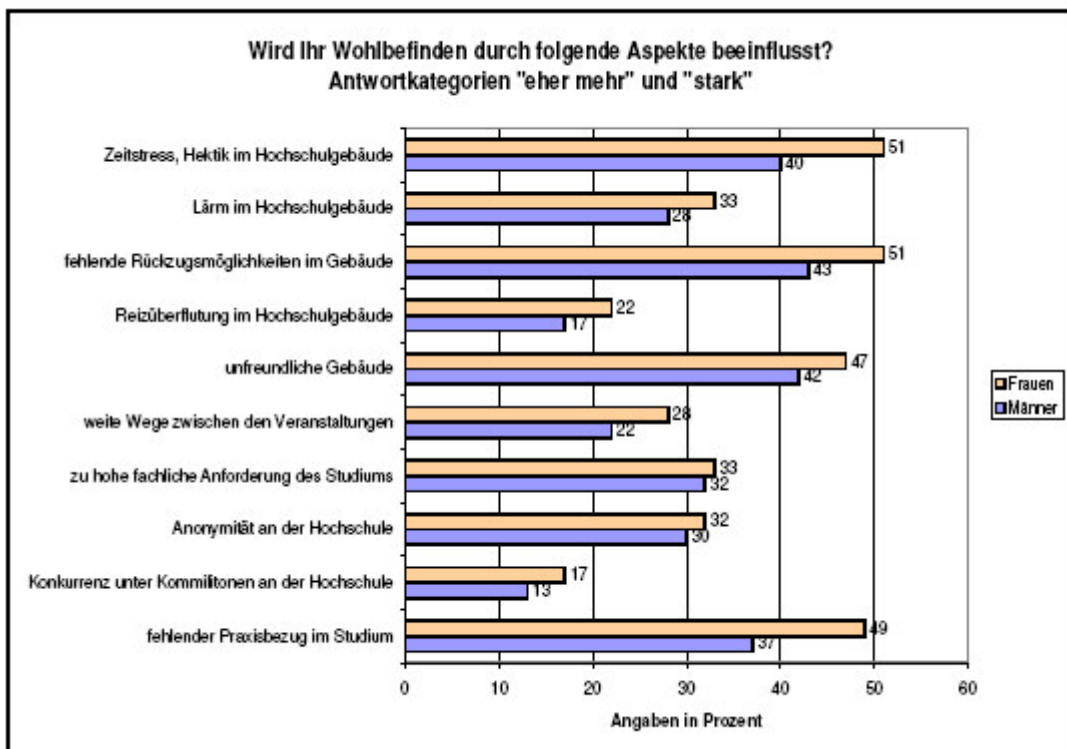
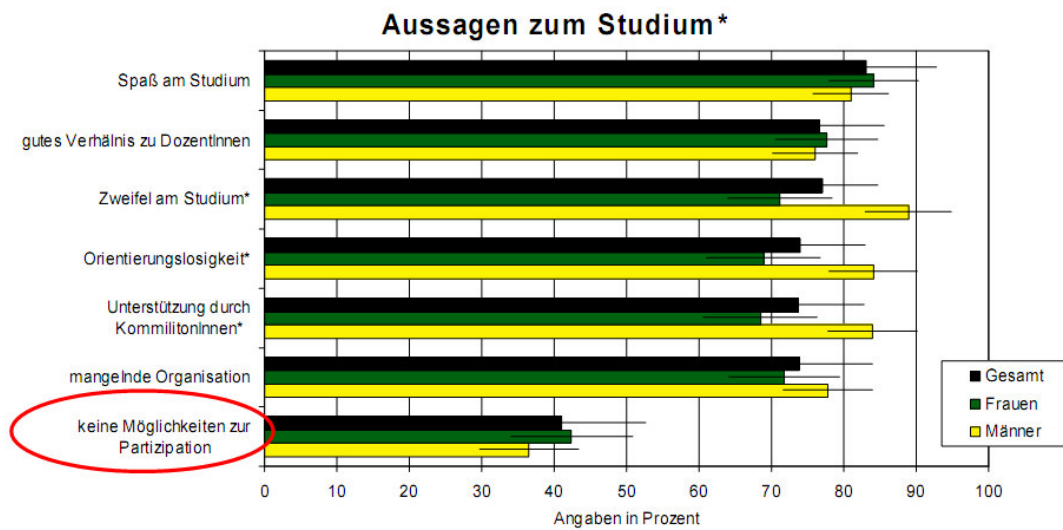


Abb. 10: Faktoren, die das Wohlbefinden beeinflussen, nach Geschlecht (Meier, Milz, Krämer, 2007: Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, S. 12)

Aber auch die anderen Aspekte beeinträchtigen die psychische Gesundheit: die Anonymität an der Hochschule ist mit einem knappen Drittel der Nennungen zu beachten, da die soziale Unterstützung durch soziale Netzwerke eine große Ressource für psychische Gesundheit darstellen. Zu einem Drittel werden zu hohe fachliche Anforderungen des Studiums genannt. Auch hier werden Bedrohungen der psychischen Gesundheit benannt, sind doch Erfolgserlebnisse zentrale Ressourcen für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit. Auch die Konkurrenz an der Hochschule, die mit 17% und 13 % benannt wurde, stellt eine Gefährdung dar. Dazu muss festgestellt werden, dass das Konkurrenz erleben zu Zeiten des „Unibluffs“ sicherlich größer war als heute.

Anhand folgender Abbildung vermissen mehr als 40 Prozent aller Studierender Partizipationsmöglichkeiten an ihrer Hochschule (siehe Abbildung 11).

Darstellung über Aussagen zum Studium



* Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende

Abb. 11: Geschlechterdifferenzierte Darstellung über Aussagen zum Studium (Meier, 2006)

Ein hochschulspezifisches Thema sind die besonderen gesundheitlichen Belastungen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Erst in den letzten Jahren findet das Thema vermehrte Aufmerksamkeit. Schnabel (2005) identifizierte u. a. folgende Risiken wissenschaftlichen Arbeitens: intransparente und heterogene Arbeitsbedingungen, eine Rollenvielfalt und Statusdifferenzen, unbefriedigte Gratifikationsbedürfnisse sowie ein inkompetentes Führungsverhalten. Angesichts eines äußerst umfangreichen Aufgabenspektrums mit hohen qualitativen und quantitativen Anforderungen besteht ein enormer Leistungsdruck. Dieser wird häufig verstärkt durch eigene Qualifizierungsziele, Stellenbefristungen und knappe Teilzeittvorgaben. Wissenschaftlich Beschäftigte versuchen, diesem Dilemma durch ein Mehr an zeitlichem und persönlichem Engagement zu entgehen – häufig mit dem Effekt einer wenig gesundheitsgerechten Selbstüberforderung. Nicht nur aus Sicht der Gesundheitsförderung, sondern auch im Hinblick auf die Qualität der Arbeitsergebnisse stellt sich hier die Frage, ob nicht mit klareren Ziel- und Aufgabenbeschreibungen für alle Seiten mehr Qualitäts- und Planungssicherheit geschaffen werden könnte. Potenziale der wissenschaftlichen Tätigkeit werden dagegen in der Selbstständigkeit, der Kreativität, den interessanten Inhalten der Arbeitsaufgaben und nicht zuletzt in positiven und hilfreichen Kollegenbeziehungen gesehen (vgl. NRW-Hochschulen im Aufbruch – Netzwerkarbeit zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung, 2005).

Die nichtwissenschaftlich Beschäftigten aus Verwaltung, Technik, Pflege und Wartung ist die hinsichtlich Gesundheit am meisten beforschte Gruppe. Die Studien (vgl. Hildebrand, Michel, Surkemper, 2007) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass bei ca. 70 % der Beschäftigten von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand gesprochen werden kann, wie bei einer Vergleichsstichprobe aus der Bevölkerung auch. Am häufigsten werden Schmerzen im Rücken und Nacken als Beschwerden genannt, unter den drei am häufigsten genannten Beschwerden ist „innere Unruhe“ als psychisches Symptom zu finden. Die Studien nennen folgende Ressourcen am Arbeitsplatz Hochschule, geltend für alle Beschäftigten: Betriebs- und Sozialklima; Tätigkeits- und Entscheidungsspielraum; Abwechslung der Arbeitstätigkeit. Als Belastungen werden benannt: der Mangel an beruflicher Entwicklung, Anerkennung und Vergütung (besonders vom nichtwissenschaftlichen Personal benannt), Unterforderung bei qualitativen Anforderungen, ein hohes Arbeitstempo und Überstunden, Arbeitsunterbrechungen, mangelnde Partizipation.

Zu den Problemen und Belastungen, die im Rahmen der Studien übergreifend in den Statusgruppen identifiziert wurden, gehören (Hildebrand, Michel, Surkemper 2007):

- fehlende Transparenz der Organisation und des Informationsflusses,
- unzureichende Rollenerfüllung, z.B. schlechte Lehrqualität oder schlechter Führungsstil,
- fehlende Selbstgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten,
- unklare bzw. unangemessene Leistungsanforderungen,
- unzureichende Arbeitsplatzausstattung und -umgebung,
- fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeitsanforderungen, z.B. ungeklärter Praxisbezug von Studieninhalten,
- fehlende Möglichkeiten zu sozialen Kontakten.

5.2. Förderung der psychischen Gesundheit in Hochschulen

Das Setting Hochschule ist ein wichtiger Lebensraum, in dem ein gesundes Arbeiten und Lernen für über 500.000 Bedienstete und rund zwei Millionen Studierende in Deutschland gefördert werden kann und soll. Als wichtigste bildungspolitische Institution übernehmen Hochschulen die Ausbildung von zukünftigen Führungskräften und EntscheidungsträgerInnen und können somit für den Transfer der Idee der Gesundheitsförderung in die ganze Gesellschaft hinein sorgen.

Für Studierende wie für Lehrende ist die Integration gesundheitsförderlicher Aspekte in die Lehre besonders bedeutsam. Zum einen gibt es in zahlreichen Disziplinen Anknüpfungspunkte an das in der heutigen Gesellschaft immer wichtiger werdende Thema Gesundheit. Zum anderen ist es wichtig, dass Studierende Gesundheit und deren Förderung nicht nur in der Theorie kennen lernen. Durch die Möglichkeit der alltäglichen Hochschul- und Lehrgestaltung sollen sie erfahren, was Gesundheitsförderung bedeutet: Betroffenenbeteiligung, Gestaltungsmöglichkeiten, Einflussnahme und Befähigung. Studierende, die diese Erfahrungen an ihrer Hochschule gemacht haben, können die hier erworbenen Schlüsselkompetenzen in ihre spätere berufliche Laufbahn, ihr Führungs- und ihr Sozialverhalten integrieren.

Seit den 90er Jahren hat sich betriebliche Gesundheitsförderung (BFG) erfreulicherweise als ein wesentlicher, arbeits- und gesundheitspolitisch geförderter Baustein zur Gesundheitsförderung von Erwachsenen in Deutschland etabliert. Durch wirtschaftliche Umstrukturierungen verändern sich nicht nur die Arbeitsanforderungen, sondern auch das Verhältnis zur psychischen Gesundheit. Aus diesem Grund bezweckt betriebliche Gesundheitsförderung, das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Die betriebliche Gesundheitsförderung zielt darauf ab, gesunde Verhaltensweisen zu fördern (Verhaltensprävention) und vermeidbare gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz abzubauen (Verhältnisprävention). Gesundheitsförderung stärkt darüber hinaus die Ressourcen der Menschen, fördert gesund erhaltende Faktoren und regt zur eigenen Gestaltung der Umwelt an. Aspekte betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich gut auf das Setting Hochschule übertragen, obwohl sich diese vor allem auf die Beschäftigten einer Hochschule als Unternehmen beziehen (vgl. Gräser & Belschner 2001). Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können, zumindest indirekt, auch an die Statusgruppe der Studierenden gerichtet sein können, da in Hochschulen i. d. R. auch eine Vielzahl der Studierenden als studentische bzw. wissenschaftliche Hilfskräfte beschäftigt werden. In Anbetracht dessen zielt die betriebliche Gesundheitsförderung in der Hochschule auf die Schaffung gesunder Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen für alle Beteiligten der Hochschule durch die nachhaltige Verankerung des Gesundheitsför-

derungskonzepts in Lehre, Forschung und die Hochschulpolitik. Das bedeutet im Einzelnen z. B.:

- die Förderung einer gesunden und nachhaltigen Hochschulplanung,
- die Förderung von Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Statusgruppen und den Akteuren der Gesundheitsförderung an der Hochschule, denn Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe;
- die Bereitstellung gesunder Arbeits-, Lern- und Lebenswelten (z.B. Arbeitsplatzausstattung und -umgebung, Ernährungsangebot in der Mensa, Nichtraucherchutz und Tabakprävention, Förderung von Bewegung und Sport, Angebote zur Stressreduktion etc.);
- die Verbesserung der Transparenz und des Informationsmanagements im Hochschulalltag;
- die Optimierung des Führungsstils in Verwaltung, Forschung und Lehre;
- die Förderung der internen und externen Vernetzung (vgl. Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen, 2008).

Nach dem Arbeitsschutzgesetz sind alle Personen mit Führungsverantwortung verpflichtet, für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu sorgen – unabhängig davon, ob sie in der Verwaltung oder der Wissenschaft tätig sind (vgl. NRW-Hochschulen im Aufbruch – Netzwerkarbeit zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung, 2005).

"Hochschulen bieten prinzipiell gute Voraussetzungen zur Schaffung einer gesundheitsfördernden Infrastruktur, insbesondere dann, wenn sich direkt in der Organisation wissenschaftliche Kompetenzen (wie z. B. Arbeitswissenschaften, Psychologie, Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften usw.) finden. Zudem besteht häufig eine breite Infrastruktur im personellen und strukturellen Bereich, z. B. Personalrat, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Personalentwicklung, Suchtberater, Hochschulsport, Gleichstellungsbeauftragte, Studentenwerk. Die Hochschulen bieten somit ausbaufähige Möglichkeiten und Ansatzpunkte für eine interdisziplinäre Kooperation zur Förderung von Gesundheit. Sie bieten sich als idealen Ort für Gesundheitsförderung an, da sie als Arbeitsplatz sowie als Ausbildungsstätte multiple Einwirkungsmöglichkeiten in gesundheitliche Belange unterschiedlicher Akteursgruppen haben" (Gröben, Hildebrand 2006). Gewiss können vielseitig im Setting Hochschule stattfindende Tätigkeiten nicht mit den Bedingungen im öffentlichen Dienst gleichgesetzt werden. Das Setting Hochschule bedarf eigener gesundheitsfördernde Konzepte und Strategien (vgl. Gröben, Hildebrand 2006), um erfolgreiche Förderung psychischer Gesundheit erzielen zu können. Dabei handelt es sich keineswegs um Schaffung neuer Strukturen, sondern vielmehr um eine angepasste Verankerung der Gesundheitsförderung in der Organisation Hochschule. Partizipation (Beteiligung aller betroffenen Hochschulangehörigen), Empowerment, Intersektorale Zusammenarbeit, Kooperation und Netzwerkarbeit sowie ein prozessorientiertes Vorgehen sind die zentralen Handlungsstrategien der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Hochschulen (s. Abbildung 12).

Partizipation (Beteiligung aller Gruppen in einem Setting)

Denn: Selbstbestimmung erfordert die Möglichkeit zur Partizipation, und Gesundheitsförderung ist nur dann erfolgreich, wenn die betroffenen Gruppen in den Planungsprozess involviert sind.

Empowerment (Ermächtigung)

Denn: Ermächtigung der Betroffenen führt zu einem Gefühl von Kontrolle über die eigenen Lebensumstände und fördert so Gesundheit.

Intersektorale Zusammenarbeit

Denn: Gesundheit ist ein umfassendes Anliegen, das sich nicht nur auf den Gesundheitssektor bezieht, sondern alle Politikbereiche mit einbezieht.

Kooperation und Netzwerkarbeit

Denn: Kommunikation und Information sind Voraussetzungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung über Gesundheit.

prozessorientiertes Vorgehen

Denn: Gesundheitsförderung zielt auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit von Menschen und orientiert sich somit an den spezifischen Gegebenheiten

Abb. 12: Zentrale Handlungsstrategien einer gesundheitsfördernden Hochschule (Gräser & Belschner 2001)

Eine Gesundheitsfördernde Hochschule

- orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive,
- soll befähigen und orientiert sich dabei an Ressourcen und Potenzialen,
- spricht alle Menschen in allen Lebenslagen an (ist lebenswelt-, alltags- und umweltorientiert),
- bemüht sich um eine zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen (wie geschlechts-, alters-, kulturspezifische Ausrichtung),
- führt sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Maßnahmen durch,
- lässt alle Statusgruppen teilhaben und unterstützt Partizipation.

Erst die Hochschulen, die psychische Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung auf allen Ebenen als Querschnittsthema realisieren, tragen bewusst dazu bei, mit der Ausbildung eine bedeutende gesellschaftliche Aufgabe für die Förderung psychischer Gesundheit erfüllen zu können.

Verlässliche Strukturen, eine gesunde und wertschätzende Kommunikationskultur, transparente Studienorganisation, qualitativ hochwertige Lehre, gute räumliche und ergonomische Ausstattung, soziale Anlaufpunkte und gut ausgebaute Beratungsangebote sind Ziele und heute noch visionäre Studienbedingungen einer gesunden Hochschule.

5.2. Beispielhafte Projekte zur Förderung psychischer Gesundheit an Hochschulen

Auf der Ebene der Hochschulen gibt es mittlerweile einige Initiativen zur Förderung psychischer Gesundheit. Diese gliedern sich zur Zeit vorrangig in Projekte zum Thema Stressmanagement, Konfliktmanagement und Führungstraining.

Diese Maßnahmen scheinen gerade dann sinnvoll, wenn man bedenkt, dass unter der salutogenetischen Perspektive psychischer Gesundheit u. a. die Fähigkeit, Stress und Belastungen erfolgreich zu bewältigen, verstanden wird. Zudem lassen sich gesundheitsfördernde Strukturen nur dann nachhaltig etablieren, wenn im Sinne des Top-Down-Prinzips die Führung für das Thema Gesundheit sensibilisiert wird. Das Verhalten von Führungskräften gesundheitsfördernd zu beeinflussen sowie das Stress- und Konfliktverhalten zu schulen, stellt also eine sehr gute Möglichkeit dar, einen Betrieb bzw. eine Hochschule ganzheitlich zu fördern.

Bei der Planung von Projekten zur Förderung psychischer Gesundheit sollte, wie bei allen gesundheitsfördernden Maßnahmen, auf Nachhaltigkeit geachtet werden.

Im Folgenden werden Beispiele guter Praxis an Hochschulen vorgestellt.

Stressmanagement

Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement wurde an der Universität Paderborn das Projekt „Stressfrei durchs Studium“ ins Leben gerufen. Dieses Angebot für Studierende hat die Reduzierung von Prüfungsangst und -stress zum Ziel und stellt eine Kombination aus Lern- und Arbeitstechniken sowie Bewegungs- und Entspannungsübungen (Autogenes Training, Nordic Walking) dar. Das sportliche Angebot wurde in Kooperation mit dem Hochschulsport durchgeführt. Allgemein gilt, solche Kooperationen an Hochschulen zu fördern, da sie eine hervorragende Möglichkeit bieten, vorhandene Ressourcen bestmöglich zu nutzen und die Qualität der Angebote sicherzustellen.

Auch das Gesundheitsmanagement der Universität Augsburg hat Strategien entwickelt, um mit Arbeitsbelastungen und Stress besser umgehen zu können. Das Handlungsfeld Stressmanagement beinhaltet die Themen Stressvorbeugung und Entspannung und wird vom betriebsärztlichen Dienst, dem Zentrum für Weiterbildung und Wissenstransfer (ZWW), dem Sportbeauftragten, der Personal- und Studierendenvertretung und der Gleichstellungsstelle der Hochschule koordiniert. Wie auch in Paderborn wird in Augsburg das Angebot des Hochschulsports genutzt. Angebote dort sind z. B. die Projekte „Stressless – stressfrei durch das Studium“, „Study-Work-Life-Beratung“, in dem es um Study-Work-Life-Balance geht, „Bürostress ade“ mit einer Videoserie zu Yoga im Büro.

Fehlzeitenanalysen und Mitarbeiterbefragungen bieten die Möglichkeit, die Gründe für Stressbelastungen am Arbeitsplatz aufzudecken. Bei der Auswertung einer solchen Analyse an der FU Berlin wurde deutlich, dass unter den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zwei grundsätzlich unterschiedliche Reaktionen im Umgang mit Zeitdruck verbreitet sind. Zum einen kann sich die Stresssituation auf die Arbeitsweise niederschlagen. Dies zeigt sich beispielsweise in einem oberflächlichen, gehetzten oder unmotivierten Arbeitsverhalten. Zum anderen reagieren gestresste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Reduzierung der Arbeitsmenge. In beiden Fällen ist es für einen Betrieb bzw. eine Hochschule unabdingbar, für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Die FU Berlin hat dazu Führungstrainings eingeführt und Maßnahmen des Stressmanagements ausgebaut.

Führungstraining

Ob sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen, hängt im hohen Maße von einer funktionierenden und effektiven Führung ab. Hochschulen können in diesem Rahmen Kurse und Weiterbildungsprogramme für Führungskräfte anbieten, in denen sie zum Beispiel lernen, Konflikte zu bewältigen und Mitarbeitergespräche zu führen.

Die Universität Paderborn hat dazu in Kooperation mit der TK das Schulungsangebot „Gesund Führen“ durchgeführt, das Führungsverhalten, Betriebsklima, Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit aller im Betrieb Beschäftigten, in den Mittelpunkt stellt.

Konfliktmanagement

Konflikte am Arbeitsplatz werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie auch von Führungskräften immer wieder als Ursache psychischer Belastungen genannt. Die Vorbeugung von Konflikten ist daher eine Chance, psychische Gesundheit in einem Betrieb oder einer Hochschule zu fördern. Aber nicht immer lassen sich Konflikte vermeiden. In diesen Fällen ist ein angemessener Umgang mit ihnen für die Herstellung eines angenehmen Betriebsklimas unabdingbar. Hochschulen können Kurse anbieten, in denen die Mitarbeitenden und Führungskräfte diese Fähigkeiten erlernen.

Die Universität Augsburg nutzt in ihrem Angebot zum Konfliktmanagement Ideen und Praktiken aus dem Aikido, einer Sportart, die einen ganzheitlichen, Körper und Geist berücksichtigenden, Ansatz verfolgt. Durch die Integration von körperlichen, geistigen und seelischen Kräften und die Anwendung ausgewählter Körperübungen werden Möglichkeiten aufgezeigt, Konflikte persönlich verarbeiten sowie soziale Beziehungen wieder herstellen zu können.

Die Projektgruppe der Leibniz Universität Hannover hat einen Leitfaden „Konfliktmanagement“ entwickelt, der auf der Auswertung der Konflikterfahrungen der vergangenen Jahre beruht. Er bietet einerseits einen Überblick über Einrichtungen der Universität, die Betroffene unterstützend beraten. Andererseits informiert er kurz und prägnant über Konflikte am Arbeitsplatz und die wichtigsten Verhaltensregeln.

Wie die Beispiele zum Stress-, Konfliktmanagement und Führungstraining zeigen, ergänzen viele Hochschulen ihre Maßnahmen mit Angeboten aus dem Hochschulsport. Zum einen sichert dies die Qualität der Angebote, zum anderen hat sportliche Aktivität das Potenzial die körperliche und psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen. (vgl. Kap. 4)

Zeitmanagement

Die Universität Lüneburg hat neben vielen interessanten Projekten ein webbasiertes Angebot für Studierende, das sich mit der Zeit-Tätigkeits-Stimmungsregulation zur Verbesserung der Arbeits- und Gesundheitsqualität befasst. Studierende tragen in einem zeittagebuch ihre Tätigkeiten und Stimmungen ein. Nach einer Woche Vollerhebung werden Zeitfresser identifiziert, eine Stimmungsanalyse durchgeführt und ein Vergleich mit der Bezugsgruppe erstellt. In einem angeschlossenen Forum kann danach eine Entwicklungsberatung erfolgen. (<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/28.03.08.vortrag.sieland.pdf>)

Weitere mögliche Maßnahmen

In vielen Hochschulen gibt es mittlerweile einen Arbeitskreis Gesundheit oder eine Steuergruppe. Die Steuergruppe könnte sich des Themas psychische Gesundheit annehmen und dazu Maßnahmen planen. So könnte z. B. im Rahmen von Gesund-

heitszirkeln bearbeitet werden. Hochschulen können sich an Krankenkassen wenden, die eine Vielfalt von Programmen vorhalten, die in Kooperation mit und unter Beratung von der jeweiligen Kasse an der interessierten Hochschule durchgeführt werden können. Die Techniker Krankenkasse ist eine der führenden Kassen in diesem Bereich. Sie hält Programme zu folgenden Themen vor, die die psychische Gesundheit fördern, wie z. B. zu Gesund Führen oder zu Stressmanagement.

Weiterhin zu erwähnen ist das „H-I-L-F-E Konzept“ der BKK, das in Kooperation mit der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie entwickelt wurde. Es ist ein Handlungsleitfaden für Vorgesetzte bei psychisch instabilen Mitarbeitenden, der in Informations- und Schulungsseminaren vermittelt wird. H=Hinsehen, I=Initiative ergreifen, L=Leitungsfunktion wahrnehmen, F=Führungsverantwortung: Fördern – Fordern, E=Experten hinzuziehen sind die Schritte.

6. Literaturverzeichnis

Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1991): Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim: Juventa, 279-296.

Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2008 – 2013). In: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:DE:PDF> (Zugriff: 20.04.2009)

Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 – 2008). In: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11503b.htm> (Zugriff: 20.04.2009)

Alfermann, D. & Stoll, O. (1996): Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität. *Sportwissenschaft* 26: 406-424.

Altgeld, T. (2001): Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen. In: HIS, Juni 2001 "Gesundheitsförderung in der Hochschule", S. 15-22

Antonowsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt

Arent, S.M., Rogers, T.J. & Landers, D.M. (2001): Mental Health and Physical Activity. The effects of physical activity on selected mental health variables: Determining causation. *Sportwissenschaft*, 31: 239-254.

Bachmann, N. (1999a): Die Bedeutung sozialer Ressourcen im Studium. In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, p., Hornung, R. (Hrsg.): Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Huber, S. 105-132

Bachmann, N. (1999b): Der Einfluss des Studiums und der damit verbundenen Lebensumstände auf die Gesundheit der Studierenden. In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, p., Hornung, R. (Hrsg.): Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Huber, S. 155-169

Bauch, J. (2002): Der Setting - Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Prävention, 26, S. 3-6

Belschner, W., Gräser, S. (2001): Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung – das Projekt gesundheitsfördernde Universität Oldenburg. In: Gesundheitsförderung in der Hochschule. Hannover: HIS GmbH, S. 49-52

Berger, B.G. & Owen, D.R. (1988): Stress reduction and mood enhancement in four exercises moods. In: *Research Quarterly for Exercise and Sport* 59, 148-159.

Bericht über die Konsultation zur psychischen Gesundheit. In:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm (Zugriff: 20.02.2008)

Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: http://www.xn--gesundheitsfoerdernde-hochschulen-idd.de/HTML/G_Themen/G2_BGF

Binder, K., Metz, A.-M. (2001): Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zur gesundheitsfördernden Hochschule. Belschner, W., Gräser, S. (Hrsg.): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Beiträge zur Gesundheitsfördernden Universität. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, S. 87-96

Brunner, S., Bachmann, N. (1999a): Belastungen und Ressourcen in Studienalltag. In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, p., Hornung, R. (Hrsg.): Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Huber, S. 93-103

Brunner, S., Bachmann, N. (1999b): Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, p., Hornung, R. (Hrsg.): Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Huber, S. 77-92

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006): 6. nationales Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. In:

http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/bmgberichte/docs/1/files/Bericht_BMG_2006.pdf (Zugriff: 20.04.2009)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2007): gesundheitsziele.de. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der Nationalen Gesundheitsziele

BVPG – Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheit. In: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?bvpg> (Zugriff: 20.04.2009)

Csikszentmihalyi, M. (1975): *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.

Degener, M. (2001): Schritte zum Erfolg – Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zur gesundheitsfördernden Hochschule. In: Universität Bielefeld /Hrsg.) : „Gesundheitsfördernde Hochschule“. Tagungsdokumentation zum Informationstag des Steuerkreises Gesundheit am 31. Januar 2001. Bielefeld: Universität Bielefeld, S. 37-42

Deutscher Olympischer Sportbund (1997): WIAD-Studie: Sport und Gesundheit. Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsstabilität. Frankfurt am Main.

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (2006): Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vom 14.10.2005: Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung, vorgelegt am 24. Mai 2006. In: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_co148.pdf (Zugriff: 20.04.2009)

Entschließung des Rates vom 18. November 1999 zur Förderung der psychischen Gesundheit. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften. In: http://europa.eu/lex/pri/de/oj/dat/2000/c_086/c_08620000324de00010002.pdf (Zugriff: 20.04.2009)

Eurobarometer-Umfrage zum psychischen Wohlbefinden (2006).

http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm (Zugriff: 02.03.2009)

Europäische Gemeinschaften (2005): Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ In:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf (Zugriff:20.04.2009)

Europäische Ministerielle WHO-Konferenz: Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki, Finnland, 12.–15. Januar 2005 <http://www.euro.who.int/document/mnh/gdoc06.pdf> (Zugriff: 20.04.2009)

Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden (2008):

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_de.pdf (Zugriff: 20.02.2009)

European Communities (2008): Mental Health in the EU. Key Facts, Figures and Activities. A

Background Paper provided by the SUPPORT-group. Contribution to the high level conference "Together for Mental Health and Well-being", Brussels, 13 June 2008
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/background_paper_en.pdf
 (Zugriff: 20.04.2009)

EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit. Quelle:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=DE&type=IM-PRESS&reference=20060901IPR10238> (Zugriff: 12.02.2008)

Faller, G. (2005): Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH

Freese, W. (2006): Neuere Entwicklungen psychologischer Beratung für Studierende am Beispiel von Online Beratung. Möglichkeiten und Grenzen. In: http://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/06_01_27_Hannover/05_AGH_HANNOVER_27_01_06_PTB_ONLINE_PPT_UNI_HANNOVER.pdf (Zugriff: 05.03.2008)

Fuchs, R., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1994): Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeits-Erwartungen und Gesundheit in einer stressreichen Lebenssituation. *Sportwissenschaft*, 24, 67-81.

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V 2000/2001 (in der Fassung vom 12.09.2003) (PDF) In: www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_national/Handlungsfelder_Spitzenv_KK.pdf (Zugriff: 04.03.2009)

Gesundheit-EU – Das Portal der Europäischen Union zur Öffentlichen Gesundheit:
http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_de.htm (Zugriff am 16.12.2009)

Gesundheit in Deutschland. Datentabellen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). In: http://www.gbebund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9966&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=7562303&p_lfd_nr=2 (Zugriff am 20.04.2009)

Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes(2006). In: http://www.gbebund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=7562303&p_lfd_nr=1 (Zugriff am 28.01.2008)

Gesundheitsförderung in der Hochschule (2001). Hannover: HIS GmbH

Gräser, S. (2003): Hochschule und Gesundheit: Salutogenese am Arbeitsplatz Universität. Lengerich: Pabst Science Publishers

Gräser, S. (2006): Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung in der Hochschule. In: Abteilung für Gesundheits- und Klinische Psychologie der Carl-von-Ossietzky Universität Oldenburg (Hrsg.) (2006): Impulse für Gesundheitspsychologie und Public Health. Tübingen: Dgvt-Verlag, S. 145-158

Gräser, S., Belschner W. (2001): Ansatz und Ziele einer gesundheitsfördernden Hochschule. In: HIS Hochschul-Informationssystem (Hrsg.) (2001): Gesundheitsförderung in der Hochschule. HIS Kurzinformation Bau und Technik. B3. Hannover: HIS Hochschul-Informationssystem, S. 23 - 29

Gröben, F., Hildebrand, C. (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement an Hochschulen: Das Modell der Universität Karlsruhe (TH), In: B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport. Heft 4, S. 1-4

Gusy, B., Kleiber, D. (2000): Programmatische Überlegungen zu betrieblicher Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa, 53-70

Hildebrand, C., Michel, S., Surkemper, H.-P. (2007). Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: Krämer, A.; Sonntag, U., Steinke, B., Meier, S., Hildebrand, C. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und

Perspektiven. Weinheim: Juventa, S. 13-28

Info-Dienst für Gesundheitsförderung. Zeitschrift von Gesundheit Berlin. 7. Jg., 4. Ausgabe 2007, Berlin: Gesundheit Berlin

Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo 2003, S. 96-104

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

Lange, A.T. (1991): Laufen unter Ausdauerbedingungen. Auswirkungen auf Psyche und Physis. Wiesbaden: Limpert.

Krämer, A., Stock, C. Psychische Gesundheit von Studierenden – Stress und wahrgenommene Belastungen. In: <http://www.gnmh.de/daten/Kraemer.doc> (Zugriff: 20.04.2009)

Lademann J., Kolip, P., & M. v.: Deitermann B., Bucksch J., Schwarze, M. (2005): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Institut. In: http://www.rki.de/cln_091/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/mittleres_lebensalter.pdf (Zugriff: 20.04.2009)

Lehmann, Peter (2000): Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Integration. In: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie- Erfahrener, 2000, Nr. 1, S. 4 – 6

Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006. Federführend für die Veröffentlichung: IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach. Neufassung 2008. In: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=6999> (Zugriff: 20.04.2009)

Lincke, H.-J., Stöbel, U. (2007): Gesundheitsförderung im Setting Universität aus Sicht von Schlüsselpersonen. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 30 Jg., Heft 3/2007. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo

Meier, S. (2006): mental health als Thema eines Gesundheitszirkels für Studierende. In: <http://www.uni-hannover.de/imperia/md/content/gesundheitsmanagement/thementag/meier.pdf> (Zugriff: 20.04.2009)

Meier, Sabine; Milz, Simone; Krämer, Alexander (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, Bielefeld (www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de, Zugriff: 20.04.2009)

Meierjürgen, R. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen – Handlungsfelder und -möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen. Frankfurt am Mein: VAS - Verlag für Akademische Schriften, S. 132-150

Meierjürgen, R. (2007): MindMatters – Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen. In: http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/blind/docs/14/files/WS2_MJ.pdf (Zugriff: 20.04.2009)

Mind Matters – Förderung der psychischen Gesundheit in und mit Schulen: <http://www.mindmatters-schule.de/index2.html> (Zugriff: 20.4.2009)

Nehrkorn, M. (2005): Das Präventionsgesetz - Strategieelement zur nachhaltigen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und die möglichen Konsequenzen seiner

Umsetzung. Diplomarbeit: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).

NRW-Hochschulen im Aufbruch – Netzwerkarbeit zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung (2005). In: http://www.luk-nrw.de/praev/thema/thema_05_07.asp (Zugriff: 31.01.08)

Paulus, Peter (1994): Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe

Pott, E. (2001): Gesundheit beginnt im Kopf. In: http://www.weltgesundheitstag.de/2001themen_pott.htm (Zugriff: 21.01.2008)

Psychische Gesundheit. In: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_de.htm (Zugriff: 20.04.2009)

Psychische Gesundheit: Weltweit dramatisch vernachlässigt. In: www.medizinauskunft.de/artikel/diagnose/psyche/05_09_weltpsyche.php

Richter, Antje (2008): Armut und Resilienz – was stärkt arme Kinder? In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 40. Jg. (2), S. 249-268.

Schumann, W. (2006): Die psychosoziale Situation von Studierenden. Entwicklungsaufgaben, Stressoren, Beratungsbedarf. In: http://www.xn--gesundheitsfoerdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/06_01_27_Hannover/01_AGH_HANN_OVER_27_01_06_SCHUMANN_UNI_OLDENBURG.pdf (Zugriff: 05.03.2008)

Schlicht, W. & Brand, R. (2007): Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim: Juventa.

Schlicht, W. (1994): Sport und Primärprävention. Göttingen: Hogrefe.

Schlicht, W. (1995): Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf: Hofmann.

Seelische Gesundheit. In: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_de.print.htm (Zugriff: 12.02.2008)

Sonntag, U., Kolip, P., Knoch D. (2000): Frauenspezifische Aspekte einer gesundheitsfördernden Hochschule. In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A., (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa, S. 37-52

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

Stock, C., Krämer A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. In: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2001-12116> (Zugriff: 11.03.2008)

Techniker Krankenkasse (2008): Gesunde Hochschule. Ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 20

Techniker Krankenkasse (2008): Gesundheitsreport 2008. Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18

Weissing, V. (1996): Gesundheitsförderung im Studium – Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule. Kiel: Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Weltgesundheitsorganisation WHO (1986a): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Zugriff: 20.04.2009)

Weltgesundheitsorganisation (1986b): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Zugriff: 30.01.2008)

Wienemann, E. (2003): Hochschulinternes Gesundheitsmanagement. In: HIS-Mitteilungsblatt

Gefahrstoffe, Beilage 2/2003, S. 1

Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H. et al. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, S. 216-222

Wittig-Goetz, Ulla. Psychische Belastungen. In: http://www.ergo-online.de/site.aspx?url=html/gesundheitsvorsorge/psychische_belastungen_stress/psychische_belastungen.htm (Zugriff: 04.03.2008)

Woll, A. & Bös, K. (2004): Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 1-10.

Woll, A. & Wydra, G. (2005): Skript zur Vorlesung „Sport und Gesundheit“. In: www.sport.uni-karlsruhe.de/iffs/download/Skript_Vorlesung_Sport_und_Gesundheit2005.pdf.

Wustmann, C. (2004): Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz, Weinheim, Basel.

www.gesundheitsziele.de (Zugriff: 27.02.2008)

www.seelischegesundheit.info/index.html (Zugriff: 19.05.2008)

www.testzentrale.de/ (Zugriff: 19.05.2008)