

Gesundheitsförderung im Setting Hochschule wird seit über 20 Jahren praktiziert, beforscht und vom bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen thematisch und politisch weiterentwickelt und vorangetrieben.

Wie es um den Umsetzungsstand zu Gesundheitsförderung im Setting Hochschule in Deutschland bestellt ist, ist kaum bekannt und keinesfalls systematisch erfasst. Um Handlungsfelder und -bedarfe in diesem Feld zu identifizieren, ist das Wissen darum unabdingbar.

Unter der Leitung der FH Dortmund plante und führte eine unabhängige Arbeitsgruppe eine bundesweite quantitative, repräsentative Erhebung an deutschen Hochschulen durch.

Erstmals liegen jetzt Ergebnisse zum Stand der Umsetzung vor. Neben nützlichen Hintergrundinformationen zum Thema Gesundheitsförderung im Setting Hochschule werden die Ergebnisse aus den Bereichen „Implementierung von Gesundheitsförderung in Managementprozessen“, „Umsetzung von Gesundheitsförderung für alle Statusgruppen an Hochschulen“ und „Campusgestaltung“ der Erhebung dargestellt. Zudem werden Wirkungszusammenhänge aufgedeckt und Bezüge zum Querschnittsthema Nachhaltigkeit hergestellt.

Das Buch richtet sich an Stakeholder, beispielsweise Krankenkassen u. a., Gesetzgeber, Hochschulleitungen und Beauftragte / Koordinator*innen für Gesundheitsförderung an Hochschulen.

Herausgeber*innen:

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Sigrid Michel (Fachhochschule Dortmund), **Dr. Ute Sonntag** (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. Koordination Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen), **Prof. Dr. med. Eva Hungerland** (Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart), **Margareta Nasched** (Fachhochschule Dortmund), **Stephanie Schluck** (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.), **Florian Sado** (Student der Berlin School of Public Health), **Annette Bergmüller** (Studentin der Berlin School of Public Health).

Herstellung und Vertrieb
Verlag für Gesundheitsförderung, Grafling 2018
www.conrad-verlag.de



S. MICHEL, U. SONNTAG, E. HUNGERLAND, M. NASCHED,
S. SCHLUCK, F. SADO, A. BERGMÜLLER

Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

ERGEBNISSE EINER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG



Hrsg.: S. Michel, U. Sonntag, E. Hungerland, M. Nasched,
S. Schluck, F. Sado, A. Bergmüller

Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Verlag für Gesundheitsförderung
Grafling 2018

Das vorliegende Buch ist Bestandteil der Arbeit einer Arbeitsgruppe des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen.

Diese Veröffentlichung wurde im Rahmen der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 a Sozialgesetzbuch V durch die BARMER finanziert. Gewährleistungs- oder Haftungsansprüche gegenüber der Krankenkasse können hierdurch nicht erwachsen. Für die Inhalte und Gestaltung sind allein die Herausgeber*innen verantwortlich.

BARMER

Herausgeber*innen:

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Sigrid Michel †

Fachhochschule Dortmund

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Sigrid Michel verstarb vor der Veröffentlichung dieses Bandes an schwerer Krankheit. Sie trieb diese Erhebung maßgeblich voran.

Wir bedauern zutiefst, dass sie die daraus resultierenden Aktivitäten nicht mehr miterleben kann.

Dr. Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit

und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Koordination Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

Wissenschaftliche Mitarbeit

E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Prof. Dr. med. Eva Hungerland

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Wissenschaftliche Mitarbeit

E-Mail: eva.hungerland@dhbw-stuttgart.de

Margareta Nasched

Fachhochschule Dortmund

Technische Unterstützung

E-Mail: margareta.nasched@fh-dortmund.de

Stephanie Schluck

Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Koordination Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
E-Mail: stephanie.schluck@gesundheit-nds.de
Redaktion

Florian Sado

Student der Berlin School of Public Health
Wissenschaftliche Mitarbeit
E-Mail: florian.sado@charite.de

Annette Bergmüller

Studentin der Berlin School of Public Health
Wissenschaftliche Mitarbeit
E-Mail: annette.bergmueller@charite.de

Herstellung und Vertrieb:

Verlag für Gesundheitsförderung
Oberhirschberg 20
94539 Grafing
Tel.: 0 99 29 / 95 90 778
E-Mail: info@conrad-verlag.de
Internet: www.conrad-verlag.de

ISBN: 978-3-929798-47-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie.

Empfohlene Zitation:

Der vorliegende Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Michel, S., Sonntag, U., Hungerland, E., Nasched, M., Schluck, S., Sado, F.
& Bergmüller, A. (2018). Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen:
Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Grafing: Verlag für
Gesundheitsförderung.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorwort der Barmer	9
Begleitwort von Prof. Dr. med. Karl Lauterbach	10
1 Einleitung	12
2 Wissen, Konzepte und Strategien	14
2.1 Historische Dimension von Gesundheitsförderung an Hochschulen	14
2.2 Theoretische und methodische Dimension von Gesundheitsförderung an Hochschulen	16
2.3 Exkurs: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung	18
2.4 Zusammenfassung	20
3 Anlage der Untersuchung	21
3.1 Fragestellung, Ziele und Hypothesen der Untersuchung	21
3.2 Methodische Aspekte	22
4 Informationen zu den teilnehmenden Hochschulen	24
4.1 Hochschulmerkmale	24
4.2 Wissen der Hochschulleitung über Gesundheitsförderung und deren Verankerung in Hochschulgesetzen	26
4.3 Beauftragte für Gesundheitsförderung und deren Qualifikation	29
4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	30
5 Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen	31
5.1 Gesundheitsförderung an Hochschulen: Aufbau, Struktur und finanzielle Ressourcen	31
5.2 Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung	35
5.3 Gesundheitsförderliche Aktivitäten, Projekte und Angebote an Hochschulen	36
5.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	42

6	Studierende als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen	43
6.1	Bedarfserhebung bei Studierenden	43
6.2	Gesundheitsförderliche Angebote und Strukturen für Studierende	44
6.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	45
7	Verwaltungspersonal als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen	45
7.1	Bedarfserhebung bei dem Verwaltungspersonal	45
7.2	Gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen für das Verwaltungspersonal	46
7.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	48
8	Lehrpersonal als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen	48
8.1	Bedarfserhebung bei dem Lehrpersonal	49
8.2	Gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen für das Lehrpersonal	49
8.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	51
9	Gesundheitsförderlichkeit des Campus	51
9.1	Was macht den Campus gesundheitsförderlich?	51
9.2	Gesundheitsförderliche Angebote und Aktivitäten auf dem Campus	52
9.3	Exkurs: Trinkwasser und Gesundheit	53
9.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	54
10	Fazit	55
11	Zusammenfassung der wichtigsten Konsequenzen und Forderungen	55
11.1	Konsequenzen für die politische Ebene (Lobbyarbeit)	56
11.2	Konsequenzen in Bezug auf die Qualifikation von Beauftragten	56
12	Schlusswort: Gesundheitsförderung an Hochschulen durch Nachhaltigkeit	57
13	Literaturverzeichnis und Anhang (Anschreiben, Fragebogen)	59

Abbildungsverzeichnis		Seite
Abbildung 1	Public Health Action Cycle	17
Abbildung 2	Rahmenmodell zum Hochschulischen Gesundheitsmanagement	20
Abbildung 3	Vergleich der Grundgesamtheit und der Stichprobe nach Hochschulart	23
Abbildung 4	Vergleich der Grundgesamtheit und der Stichprobe nach Trägerschaft	24
Abbildung 5	Teilnehmende Hochschulen nach Bundesland	25
Abbildung 6	Ist die Gesundheitsförderung auf Landesebene als Aufgabe der Hochschulen im Hochschulrecht vorgeschrieben?	27
Abbildung 7	Existieren Programme für die öffentliche Verwaltung zur Gesundheitsförderung?	28
Abbildung 8	Gibt es an Ihrer Hochschule eine*n Beauftragte*n oder eine*n Koordinator*in, die*der sich ausschließlich mit dem Thema Gesundheitsförderung befasst?	29
Abbildung 9	Qualifikation der Beauftragten/Koordinator*innen für Gesundheitsförderung an Hochschulen	30
Abbildung 10	Auf welche Weise ist die Gesundheitsförderung an Ihrer HS integriert?	31
Abbildung 11	Existiert eine Arbeitsgruppe/ein Steuerkreis zur Gesundheitsförderung?	32
Abbildung 12	Welche Personen aus der Leitungsebene sind in der Arbeitsgruppe/dem Steuerkreis vertreten?	32
Abbildung 13	In welcher Weise ist die Gesundheitsförderung in Controlling-Prozesse Ihrer Hochschule einbezogen?	33
Abbildung 14	Wird die Gesundheitsförderung im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. der (Re-) Akkreditierungsprozesse thematisiert?	34
Abbildung 15	Wird Gesundheit als Querschnittsdimension bei allen Entscheidungen berücksichtigt?	34
Abbildung 16	Welche der Zielgruppen wurde in den vergangenen 2 Jahren hinsichtlich ihrer Gesundheit an der Hochschule befragt?	35
Abbildung 17	Existiert an Ihrer Hochschule ein Beschwerdemanagement?	36
Abbildung 18	Existiert an der Hochschule eine Konfliktstelle für folgende Zielgruppen?	37
Abbildung 19	Unterstützt die HS-Leitung inter- und transdisziplinäre Aktivitäten?	38
Abbildung 20	Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Arbeitssituation von Beschäftigten berücksichtigt?	39

Abbildung 21	Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Studienplanung berücksichtigt?	40
Abbildung 22	Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Prüfungsplanung von Studierenden berücksichtigt?	40
Abbildung 23	Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zu Faktoren der Studienbedingungen berücksichtigt?	40
Abbildung 24	Findet eine systematische Öffentlichkeitsarbeit nach innen statt?	41
Abbildung 25	Findet eine systematische Öffentlichkeitsarbeit nach außen statt?	41
Abbildung 26	In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit von Studierenden ermittelt?	43
Abbildung 27	Erhalten die Studierenden soziale Unterstützung und Beratung?	44
Abbildung 28	Unterstützung der Hochschulen für Studierende in besonderen Lebenslagen	44
Abbildung 29	In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit vom Verwaltungspersonal ermittelt?	46
Abbildung 30	Werden Bewegungs- und Entspannungsangebote am Arbeitsplatz vorgehalten?	46
Abbildung 31	Wurden bisher Arbeitsplatz-Gefährdungsanalysen unter Beteiligung der Beschäftigten durchgeführt?	47
Abbildung 32	Wurde dabei die psychische Belastung bzw. Stressbelastung berücksichtigt?	47
Abbildung 33	In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit vom Lehrpersonal ermittelt?	49
Abbildung 34	Wird Gesundheitsförderung als Querschnittsthema in die Lehre integriert?	50
Abbildung 35	Erhalten die Lehrenden eine entsprechende Schulung, wenn sie ihre Tätigkeit aufnehmen, damit sie ihre Aufgaben in Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung adäquat wahrnehmen können?	50
Abbildung 36	Inwiefern ist der Campus gesundheitsförderlich?	51
Abbildung 37	Wurde die Akustik/das Raumklima hinsichtlich Gesundheit untersucht?	52

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
AGS	Arbeits- und Gesundheitsschutz
AK	Arbeitskreis
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASchG	Arbeitnehmerschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
EU	Europäische Union
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HiAP	Health in All Policies
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HS	Hochschule
KMK	Kultusministerkonferenz
NRW	Nordrhein-Westfalen
OE	Organisationsentwicklung
PE	Personalentwicklung
SDGs	Sustainable Development Goals
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)

Vorwort der BARMER

Seit dem Jahr 2015 sind Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Hochschule qua Gesetz deutlich gestärkt worden. Bereits heute gibt es viele Strukturen und Angebote an den Hochschulen, die Gesundheit fördern. Trotz aller Fortschritte bleibt dennoch viel zu tun, wie die hier vorliegende Publikation „Gesundheitsförderung im Setting Hochschule in Deutschland“ belegt. Zumindest lässt aufhorchen, wenn bei der Mehrheit der hierfür befragten Hochschulen die gesundheitlichen Auswirkungen der Bologna-Reform auf die Studienbedingungen offenbar nicht ausreichend berücksichtigt werden. Auch die Tatsache, dass die Angebote der Hochschulen für die Studierenden von den Befragten bisweilen als wenig hilfreich und ihr Ziel verfehrend eingeschätzt werden, sollte uns nicht ruhen lassen.

Aus aktuellem Anlass ist ein weiterer Befund beachtenswert. Nämlich die Tatsache, dass für Studierende bislang noch keine psychische Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wurde. Diese Forderung (nach Arbeitsschutzgesetz für die Statusgruppe der Beschäftigten und Professor*innen) gemäß Unfallverhütungsvorschrift DGUV Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) für Studierende ist ein wichtiger Fingerzeig. Denn in dem Arztreport 2018 der BARMER wurde erst kürzlich gezeigt, dass Studierende hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit eine vulnerable Gruppe sind. Immer mehr junge Erwachsene insgesamt und unter ihnen immer mehr Studierende werden psychisch krank. Das gilt vor allem für ältere Studierende, die gegenüber Nicht-Studierenden ein deutlich höheres Risiko für Depressionen zeigen. Zehn Jahre zuvor war das Risiko für eine erstmalige Depressionsdiagnose noch genau andersherum verteilt.

Hier bieten sich Anknüpfungspunkte für eine gezielte Prävention und Gesundheitsförderung. Krankenkassen und Hochschulen können gemeinsam sehr viel für die Gesundheit von Studierenden und Hochschulbeschäftigten tun. Gerade bei der Prävention von Depressionen erweisen sich Online-Trainings als sehr wirksam. Zudem gibt es bereits sehr profunde Projekte, die sich mit der psychischen Gesundheit Studierender beschäftigen. Das Präventionsgesetz bietet eine gute Grundlage dafür. Es hat erstmalig die Vorsorge von Depressionen als explizites Ziel aufgenommen. Dazu gehört zum Beispiel das von der BARMER unterstützte Projekt StudiCare der Weltgesundheitsorganisation. Darin werden nicht nur zielgerichtete Maßnahmen für Studierende in ganz Deutschland entwickelt. Es wird erforscht, wie Betroffene möglichst frühzeitig erreicht werden können. Denn wer mit einer psychischen Erkrankung zu spät Hilfe sucht, der muss damit rechnen, dass die Beschwerden chronisch werden. In dieser Art zusammenzuarbeiten ist ein wichtiger Baustein für eine gesunde Lebenswelt Hochschule.

In diesem Sinne ist die vorliegende Publikation ein Aufruf, das bisher Erreichte zielstrebig auszubauen. Den Autorinnen und Autoren der Untersuchung sei dafür gedankt, dass sie eine Standortbestimmung vorgelegt haben, die für diesen gemeinsamen Weg einen wissenschaftlich verlässlichen Ausgangspunkt bildet.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER

Begleitwort von Prof. Dr. med. Karl Lauterbach MdB

Der Bund hat keine umfassenden Kompetenzen für die Regelung von Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen, sehr wohl aber für die Regelung der Sozialversicherung. Mit dem Präventionsgesetz, in Kraft seit dem 25. Juli 2015, hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention in der „Lebenswelt des Studierenden“ und in der Hochschule als Betrieb betont und die Krankenkassen ermächtigt, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen zu befördern und zu unterstützen. Allerdings sind die Verantwortlichen der Lebenswelt, etwa die Länder und die Hochschulen selbst, nicht aus der Mitbeteiligung entlassen. Die Bereitschaft zur Umsetzung ist gefragt und zu Recht eine „angemessene Eigenleistung“. Grundsätzlich aber stehen Hochschulen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsförderung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder dem Lebenswelt-Ansatz zur Verfügung. Davon abgesehen, das muss man ehrlicherweise konstatieren, hält sich der Bund bei der Förderung von Gesundheit an Hochschulen sehr zurück. Das mag auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Regelungen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene zurückzuführen sein. Es darf aber kein Hinderungsgrund für neue Initiativen bleiben. Zumal laut Koalitionsvertrag künftig beträchtliche Mittel in den Bereich Forschung und Lehre fließen sollen, bevorzugt auch an Hochschulen, an denen gesundheitswissenschaftliche Fakultäten und Studiengänge vorhanden sind und die in Sachen Gesundheitsförderung eine gewisse Leuchtturmfunktion in Deutschland einnehmen. Wenn im Koalitionsvertrag betont wird, dass die Qualität von Forschung und Lehre und die Berufschancen der Studierenden im Mittelpunkt stehen sollen, ist ein gesundheitsförderndes Umfeld quasi eine Grundvoraussetzung.

Etwa 3,2 Millionen Menschen bewegen sich in Deutschland in der „Lebenswelt Hochschule“. Was die Gesundheit des Hochschulpersonals betrifft, sind die konkreten Erkenntnisse überschaubar. Es liegen bislang vergleichsweise wenige empirische Untersuchungen vor. In den immer älter werdenden Belegschaften macht den Mitarbeiter*innen in Verwaltung und Technik die gestiegene Arbeitsanforderung ebenso zu schaffen wie die Tendenz zu befristeten Anstellungen oder Arbeitsverhältnissen mit niedriger Bezahlung. Auch bei den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen hat sich das Arbeitsvolumen bei häufig nicht angepasster Vergütung offensichtlich vergrößert und wird vielfach subjektiv als physisch und psychisch belastend empfunden.

Hinzu kommt die berechtigte Angst vor einer oft ungewissen akademischen Zukunft. Die Familienplanung wird nicht einfacher, wenn deutlich über 90 Prozent der Stellen befristet sind. Eine Vielzahl der Doktorand*innen wird entweder nie Professor*in oder erst relativ spät. Auf die Studierenden trifft oberflächlich betrachtet zu, dass jüngere Menschen in der Regel weniger gesundheitliche Probleme haben als Ältere und Studierende in der Regel weniger als gleichaltrige Erwerbspersonen. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung in Bezug auf psychische Erkrankungen kann es aber wenig überraschen, dass psychologische Psychotherapeut*innen erheblich häufiger von Studierenden als von anderen jungen Erwerbspersonen aufgesucht werden, etwas häufiger trifft dies auch auf Fachärzt*innen für Nervenheilkunde zu. Entsprechend der erhöhten psychischen Belastung der Student*innen im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen werden deutlich häufiger Antidepressiva verordnet.

Von großer Bedeutung ist aber in diesem Kontext, dass Gesundheitsförderung an Hochschulen den signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bzw. Krankheit bearbeiten kann, indem Studierende aus bildungsschwächeren Familien gezielt angesprochen werden. Das ist eine große Verantwortung und eine große Chance. Offensichtlich ist diese Botschaft noch nicht bei allen Verantwortlichen angekommen, seien es Hochschulleitungen oder die politische Ebene, so dass das Potenzial der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen ganz sicher noch nicht ausgeschöpft ist. Das macht diese empirische Untersuchung auch deutlich. Ihr großer Verdienst ist es überdies, eine sehr gut lesbare systematische Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse zu liefern und plausible Konsequenzen und Forderungen abzuleiten.

Ich bin deshalb für die vorliegende Publikation und damit allen, die an der Erstellung beteiligt waren, sehr dankbar. Als (beurlaubter) Hochschullehrer, als Arzt und Politiker, der für die Bereiche Gesundheit sowie Bildung und Forschung zuständig ist, bin ich ein Adressat, der sich angesprochen fühlt. Ich bin mir sicher, dass dies auch bei vielen anderen Leser*innen der Fall sein wird.

Prof. Dr. med. Karl Lauterbach MdB

1 Einleitung

1986 wurde von der World Health Organization (WHO; Weltgesundheitsorganisation) mit der „Ottawa Charter for Health Promotion“ ein Paradigmenwechsel weg von dem biomedizinischen Krankheitsmodell hin zu einem salutogenetischen Ansatz vollzogen. Hierbei liegt das Primat auf der Förderung von Faktoren, die die Gesundheit von Menschen unterstützen, anstatt das Hauptaugenmerk auf die Vermeidung von Krankheiten zu legen (WHO, 1986). Die Förderung von Gesundheit ist eine nachhaltige Strategie, um Menschenrechte zu verwirklichen, wie es Jonathan Max Mann, Gründer und Direktor des WHO-Weltprogramms gegen AIDS, ausführlich in seinen zahlreichen Publikationen beschreibt (1996). Die Investition in Gesundheit lohnt sich aus ökonomischer Sicht und kann die Volkswirtschaft eines Landes deutlich ankurbeln (Fogel, 1994; Barro, 1996; Bloom, Canning & Sevilla, 2001; Fogel 2004; Acemoglu & Johnson, 2007). Die Gesundheit in allen Lebensbereichen zu fördern, ist somit eine wichtige Aufgabe, deren Bedeutung für das Wohlergehen eines Landes bzw. einer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten immer deutlicher geworden ist. Finnland beispielsweise hat dies schon früh erkannt und die Förderung der Bevölkerungsgesundheit als oberste politische Priorität auf die Agenda gesetzt (Melkas, 2013). Zusammen mit der WHO entwickelten die Finn*innen in den frühen Siebzigerjahren die Strategie der intersektoralen Zusammenarbeit der Ministerien in Bezug auf die Schlüsseldeterminanten von Gesundheit (ebd.).

Im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft, die Finnland im Jahr 2006 innehatte, fand diese Strategie, auch „Health in all Policies“ (HiAP) („Gesundheit in allen Politikbereichen“) genannt, auf der europäischen Ebene Eingang und wurde Teil des politischen Handelns innerhalb der EU. HiAP „befasst sich mit den Auswirkungen auf die Gesundheit in allen Politikbereichen wie Landwirtschaft, Bildung, Umwelt, Finanzpolitik, Wohnungswesen und Verkehr“ (Stahl et al., 2006, S. xviii). Dieser Aspekt ist jedoch immer noch eine im Wesentlichen nur der Fachöffentlichkeit bekannte Tatsache. Dies liegt daran, dass die Strategie HiAP in der Bundesrepublik nicht konsequent in Gesetzen verankert ist. Ebenso ist die Aufgabe der Hochschulen, nämlich die Gesundheit ihrer Mitglieder zu fördern, bis heute nicht in alle Ländergesetze integriert (eigene Prüfung mittels Erstellung einer Synopse). Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), die im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 20b geregelt wird, schaffte der Gesetzgeber im Jahr 2008 Anreize, wie beispielweise Steuervergünstigungen für Unternehmer*innen, welche die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter*innen fördern (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017).

Für deutsche Betriebe scheint BGF somit von betriebswirtschaftlichem Interesse zu sein. 44 % der Unternehmen in Deutschland bieten ihren Mitarbeiter*innen explizit gesundheitsfördernde Maßnahmen an (Beck & Lenhardt, 2016). Aktuelle Trendstudien zu BGF bzw. betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM = systematische und nachhaltige Integration der Gesundheitsförderung in betriebseigene Strukturen und Prozesse) zeigen auf, dass die Bedeutung von Gesundheit in Unternehmen künftig steigen wird (Straub et al., 2017; Prümper, Zinke & Nachtwei, 2014). In der öffentlichen Verwaltung hingegen wurde das Thema lange Zeit vernachlässigt. Als erstes Bundesland wurde im Jahr 2002 in Niedersachsen Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung vorangetrieben (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport, 2002). Daraufhin folgte im Jahr

2006 das Bundesland Rheinland-Pfalz (Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz) und im Jahr 2007 verabschiedete auch das Land Berlin ein Rahmenkonzept zum Gesundheitsmanagement in der öffentlichen Verwaltung (Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin). Am Beispiel von Baden-Württemberg ist eine deutliche Entwicklung zu verzeichnen. Im Jahr 2011 wurde die Initiative zum Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung initiiert, die durch konsequentes Regierungshandeln, ergänzt durch das zur Verfügung stellen von Ressourcen, erfolgreich umgesetzt wurde (Landesministerium Baden-Württemberg, Beamtenbund Baden-Württemberg & Deutscher Gewerkschaftsbund Baden-Württemberg, 2011).

In Hochschulen hat das Thema Gesundheitsförderung in den letzten Jahren besonders in den Verwaltungen Einzug gehalten (Hartmann, Greiner & Baumgarten, 2017). Gründe sind die durch den Bologna Prozess hervorgerufenen Umwälzungen, die Verdichtung von Arbeitsprozessen und die Auswirkungen des demografischen Wandels sowie die Umsetzung von modernen Formen der Personalführung. Gesundheitsförderung an Hochschulen wird mittlerweile seit mehr als 20 Jahren von Mitgliedern des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH), dem Größten seiner Art weltweit, Schritt für Schritt bekannt gemacht. Beim Arbeitskreis handelt es sich um einen freiwilligen Zusammenschluss von Aktiven aus Hochschulen, die nach dem Bottom-Up-Ansatz (von unten nach oben) agieren. Dabei sind die Mitglieder auf allen Ebenen bei Entscheidungsfindungsprozessen beteiligt. Der Bottom-Up-Ansatz geht mit erhöhtem Empowerment (Befähigung) der Mitglieder sowie erhöhter Flexibilität und Kreativität einher (Laverack, 2008). Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. koordiniert den Arbeitskreis, welcher seit 2002 finanzielle Unterstützung durch die Techniker Krankenkasse (TK) erfährt. Von Mitgliedern des Arbeitskreises wurden einige wissenschaftliche Studien initiiert und diverse wissenschaftliche Veröffentlichungen herausgegeben. Jährliche Fachtagungen und Workshops sowie fünf bis sechs Arbeitstreffen pro Jahr runden die Aktivitäten des Arbeitskreises ab. Auch Gespräche mit Mitarbeiter*innen der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), dem Akkreditierungsrat, Politiker*innen und Abgeordneten gehören dazu. Vernetzt ist der AGH mit der Arbeitsgruppe für Nachhaltigkeit sowie dem Arbeitskreis Sucht an Hochschulen. Zudem ist der AGH im europäischen Netzwerk der Gesundheitsfördernden Hochschulen vertreten und präsentierte sich auch auf der internationalen Konferenz der Gesundheitsfördernden Hochschulen im Juni 2015 in Kanada. Eine Vertreterin des AGH wirkte an der Überarbeitung der in Kanada verabschiedeten internationalen Charter der gesundheitsfördernden Hochschulen (Okanagan Charter, 2015) mit.

Als sich deutlicher abzuzeichnen begann, dass Gesundheitsförderung im Setting Hochschule auf sehr unterschiedlichem Niveau praktiziert wird und diese Entwicklung sowie die Ursachen bisher nicht systematisch untersucht wurden, beschloss der Arbeitskreis, eine Arbeitsgruppe zu gründen, die sich mit dieser Thematik befassen sollte. In enger Abstimmung mit Mitarbeiter*innen der HRK wurde hierfür eine Befragung geplant und durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind Hauptbestandteil der vorliegenden Publikation. Um die Ergebnisse im Kontext sehen, verstehen und einordnen zu können, werden in Kapitel 2 vorhandene Erkenntnisse, Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung an Hochschulen vorgestellt. Darauf aufbauend werden in Kapitel 3 die methodischen Aspekte der Untersuchung erläutert. Die Ergebnisse werden in

fünf thematischen Abschnitten, welche sich entlang des verwandten Fragebogens orientieren, vorgestellt: zunächst werden in Kapitel 4 die an der Studie teilnehmenden Hochschulen beschrieben. In Kapitel 5 erfolgt die Ausführung, wie Gesundheitsförderung in die Managementsysteme der Hochschulen integriert ist. Anschließend werden die Bedarfserhebungen sowie gesundheitsförderliche Angebote für die jeweiligen Statusgruppen der Hochschulen für Studierende in Kapitel 6, für das Verwaltungspersonal in Kapitel 7 und für das Lehrpersonal in Kapitel 8 fokussiert. Inwieweit Gesundheitsförderung auf dem Campus realisiert wird, ist Bestandteil von Kapitel 9. Die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 10), das Ableiten von Handlungsempfehlungen (Kapitel 11) sowie ein Abschlusstatement (Kapitel 12) runden die vorliegende Publikation ab. Ein fundiertes Literaturverzeichnis sowie Verweise zu weiterführenden Dokumenten, Materialien, relevanten Websites und Publikationen bieten die Möglichkeit, das Thema Gesundheitsförderung im Setting Hochschule zu vertiefen und in die Hand zunehmen.

2 Wissen, Konzepte und Strategien

Gibt man „Gesundheitsförderung an Hochschulen“ unsystematisch in eine Suchmaschine (www.google.de) ein, so erhält man 223.000 Suchergebnisse. Auch bei der Sichtung von wissenschaftlichen Dokumenten (www.scholar.google.de) erhält man mit demselben Suchterm 12.200 Suchtreffer. Die einschlägige Literaturdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) mit 866 Einträgen unterstreicht, dass Gesundheitsförderung an Hochschulen in all ihren Aspekten und Facetten ein vielfältig und wissenschaftlich gut untersuchter Gegenstand ist. Literatur, beispielsweise aus dem Jahr 1957 (Farnsworth) verdeutlicht weiterhin, dass es sich nicht um ein neues Thema handelt. Folgend sollen relevante Erkenntnisse in einem historischen Kontext sowie in einem theoretisch-methodischen Kontext dargestellt werden.

2.1 Historische Dimension von Gesundheitsförderung an Hochschulen

Aus der Historie ergeben sich drei Meilensteine, die die Entwicklung von gesundheitsfördernden Hochschulen vorantrieben. Zunächst etablieren sich Anfang der Neunzigerjahre die ersten grundständigen Studiengänge in den Fachrichtungen Gesundheitsförderung, -wissenschaften und Public Health, wie etwa in Bielefeld und Magdeburg (Hartmann, Baumgarten, Dadaczynski & Stolze, 2015). 1995 wurden dann Hochschulen im Rahmen des Setting Ansatzes von der University of Central Lancashire in Kooperation mit der WHO als maßgebendes Setting identifiziert (WHO, 2017). Zeitgleich entwickelte sich in Deutschland der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH). 1997 wurde das dem Setting-Ansatz folgende Projekt „Health Promoting Universities“ in das Gesunde Städte Programm mit einbezogen. In diesem Rahmen unterstützte und förderte die WHO ein „Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernder Hochschulen“ (Tsouros et al. 1998; Sonntag et al. 2000). Zur Strategie- und Kriterienentwicklung des Netzwerkes wurde 1997 ein „Round-Table Gespräch“, unter Beteiligung des AGH, in die Wege geleitet (Sonntag et al., 2000). Nach diesen maßgebenden historischen

Ereignissen in Bezug auf die Entwicklung von gesundheitsfördernden Hochschulen entstanden die ersten Publikationen zu diesem Themenfeld. So ist federführend das Herausgeberwerk von Tsouros et al. (1998) zu nennen, das erste Konzepte, Strategien und Beispiele bzw. Fallstudien vorstellte. Zwei Jahre später erschien in Deutschland das Pendant: Ein Herausgeberband „Gesundheitsfördernde Hochschulen: Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele“ von Sonntag et al. (2000). Dieser Herausgeberband war bis dahin die erste deutsche Veröffentlichung zu diesem Themenfeld. Grundlage für die Veröffentlichung war die erste deutsche Fachtagung zu gesundheitsfördernden Hochschulen und deren Fachbeiträge im Oktober 1998 in Hildesheim (ebd.). Das Buch lieferte auf nationaler Ebene konkrete Strategien und Ansätze zur Umsetzung, nahm Hochschulen als Betriebe in den Fokus und stellte den Stand der Forschung sowie Modelle guter Praxis vor. Im Jahr 2000 erschien in Deutschland eine weitere Publikation, welche sich besonders der gesundheitlichen Lage von Studierenden, sowohl auf konzeptioneller, als auch auf empirischer Ebene, zuwandte. Sie begründete, warum Universitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung eine besondere Rolle einnehmen und warum es wichtig ist, in diesem Kontext Studierende zu fokussieren, die von der Allgemeinbevölkerung als „beschwerdefrei, privilegiert und glücklich“ wahrgenommen werden (Allgöwer, 2000; zugleich Dissertation 1998).

Fortan gab es (fast) durchgängig ein bis zwei veröffentlichte Monographien oder Herausgeberwerke pro Jahr zum Themenfeld. Besonders hervorgehoben sei hier die Publikation „Agenda 21 und Universität“, die im Rahmen der Reihe „Innovation in den Hochschulen: Nachhaltige Entwicklung“ den Zusammenhang zwischen Nachhaltigkeit und Gesundheit thematisierte und begründete (Paulus & Stoltenberg, 2002). Interessant erscheint die Veröffentlichung vor allem in Bezug auf den aktuellen Diskurs im Kontext der Sustainable Development Goals (SDGs), welche die Gesundheit als ein konkretes Ziel formulierten. Ein weiterer Meilenstein in der Historie ist der internationale Kongress Health Promoting Universities in Kanada, der im Jahr 2005 stattfand und bei dem die Edmonton Charter für gesundheitsfördernde Hochschulen und Einrichtungen höherer Bildung entwickelt wurde (Edmonton Charter, 2006). Diese zielt darauf ab, Hochschulen hinsichtlich ihrer Verantwortung gegenüber relevanten Statusgruppen zu sensibilisieren und gesundheitsfördernde und damit nachhaltige Arbeits-, Lebens- und Lernwelten zu schaffen (ebd.).

Ebenfalls im Jahr 2005 fand das zehnjährige Jubiläum des AGH statt, zu dessen Ehren eine Jubiläumstagung realisiert wurde und deren Fachbeiträge in einem Herausgeberbuch (Krämer et al., 2007) mündeten. Dieses baut auf dem ersten deutschen Herausgeberband von Sonntag et al. (2000) auf. Weiterhin erschien im Jahr 2005 die Monographie „Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung“, die erstmalig die drei für sich alleinstehenden Themenbereiche „Hochschule“, „Gesundheitsförderung“ und „Qualität“ inhaltlich verknüpfte (Faller, 2005; zugleich Dissertation 2005). Im Rahmen der Publikation wurde ein Bewertungssystem entwickelt, welches ermöglicht, die Qualität von gesundheitsfördernden Hochschulprojekten sowie deren Stärken und Schwächen zu ermitteln.

Im Jahr 2006 wurde der praxisorientierte Leitfaden „Wege zur gesunden Hochschule“ publiziert, der Hinweise gibt, wie Gesundheitsförderung unter dem Aspekt der Nachhal-

tigkeit in ein systematisches Management zu integrieren ist (Faller & Schnabel, 2006). Eine weitere praxisorientierte „Handreichung für Gesundheitsexpert*innen“ wurde ebenso im Jahr 2006 in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) veröffentlicht und soll hauptsächlich als Hilfe für Berater*innen der TK verstanden werden, um Hochschulen auf ihrem Weg zur gesundheitsfördernden Hochschule adäquat unterstützen und begleiten zu können.

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen gab im Jahr 2008 „Die Zukunft unserer Hochschule gestalten - bestehende Chancen nutzen“ heraus. Diese Publikation ist deshalb so bemerkenswert, da sie unter Partizipation unterschiedlicher Statusgruppen entstand und, wie es der Titel schon andeutet, sehr visionär ist. Der Aspekt, dass eine Unfallkasse eine solche praxisorientierte Broschüre herausgibt, erscheint ebenfalls bemerkenswert. Im Laufe der Zeit wurde erkannt, dass die Umsetzung von Gesundheitsförderung an Hochschulen trotz erprobter Strategien, Praxisleitfäden usw. nicht einfach ist. Deshalb rückte die Untersuchung von Erfolgsfaktoren, welche für eine nachhaltige sowie erfolgreiche Implementierung sprechen, in den Vordergrund (Seibold, Loss & Nagel, 2010; Hartmann & Siebert, 2006).

Im Jahr 2015 fand zum zwanzigjährigen Bestehen des Setting-Ansatzes an Hochschulen der siebte internationale Kongress für Netzwerke Gesundheitsfördernder Hochschulen in Kanada statt. Bei diesem historischen Ereignis wurde die Okanagan Charter entwickelt, die neue, aber auch alte Konzepte und Strategien zusammenfügt, die sich über die Zeit bewährt haben. Dabei nimmt die Einbindung von Nachhaltigkeit eine zentrale Rolle ein (Okanagan Charter, 2015).

Es wird deutlich, dass es schon seit langem viel gibt. Selbst das Zusammendenken von Nachhaltigkeit und Gesundheitsförderung an Hochschulen, das seit den SDGs als „innovativer“ Ansatz diskutiert wird, wurde schon in der Literatur (Paulus & Stoltenberg, 2002; Faller & Schnabel, 2006) und programmatisch (Okanagan Charter, 2015) aufgegriffen. Die spannende Frage, die der vorliegenden Befragung zugrunde liegt, ist, in welchem Ausmaß die hier dargestellten Impulse von Hochschulen aufgegriffen wurden und sich in praktisch umgesetzter Gesundheitsförderung wiederfinden.

2.2 Theoretische und methodische Dimension von Gesundheitsförderung an Hochschulen

Gesundheitsförderung ist eine multisektoral ausgerichtete Querschnittsaufgabe mit dem Ziel, mittels verhaltensbezogener (individueller) und verhältnisorientierter (struktureller) Maßnahmen die Ressourcenverfügbarkeit zu stärken, Belastungen zu reduzieren sowie Handlungsspielräume zu erweitern. So trägt Gesundheitsförderung zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden von Mitarbeiter*innen der Hochschulen und Studierenden im engeren Sinne sowie im weiteren Sinn der Menschen in der Umgebung bzw. in der Community bei. Zur praktischen Umsetzung dieser Maßnahmen, von Projekten und Prozessen wird an Hochschulen der Setting-Ansatz als Kernstrategie genutzt (Sonntag et al., 2000; Hartung & Rosenbrock, 2015). Dieser lässt sich auf die weitreichend bekannten und vielseitig erforschten Theorien des sozialen Lernens zurückführen (z. B.

Rotter, 1954; Bandura, 1977). Settings sind definiert als (soziale) Systeme, die eine Vielzahl an Umwelteinflüssen auf bestimmte Personen und Gruppen umfassen und somit die Umgebung zur Gestaltung der Bedingungen von Gesundheit und Krankheit darstellen. Das Setting Hochschule hat durch seine Organisationsstruktur und die integrierten sozialen Gefüge einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit aller beteiligten Akteur*innen. Bezogen auf Gesundheitsförderung finden sich in der Literatur zwei verschiedene, theoretische Setting-Ansätze, wenngleich sie in der Praxis fast immer durch Wechselwirkungen miteinander verbunden sind. Die Begriffe „Gesundheitsförderung in der Hochschule“ und „gesundheitsfördernde Hochschule“ beinhalten diese Differenzierung.

Gesundheitsförderung im Setting. Hierbei wird das Setting selbst als Instrument zur Erreichung bestimmter Zielgruppen für verhaltensbezogene Maßnahmen genutzt. Das Setting ist hier Ort für eine Spannweite an Aktionen, die von informativen Einzelaktivitäten bis hin zu partizipativen Programmen reichen können. Wesentlich ist jedoch, dass Strukturen und Abläufe des Settings theoretisch zunächst unverändert bleiben (Sonntag et al., 2000; Hartung & Rosenbrock, 2015).

Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings. In diesem Ansatz stehen der Einbezug aller am Setting beteiligten Akteur*innen über Hierarchieebenen hinweg und die gesamte Organisationsgestaltung im Fokus. Strukturelle Veränderungen gehen hiermit einher. Um dies zu erreichen, wird das Thema Gesundheit in alle politischen, bildungsbezogenen und administrativen Entscheidungen integriert. Praktisch meint dies eine Etablierung von Gesundheitsförderung für alle Statusgruppen, in der Leitungsebene, im Leitbild sowie in den Managementprozessen der Hochschule, um sie nachhaltig zu sichern und idealerweise als Organisationsentwicklungsprozess zu verankern (ebd.).

Der qualitative Entwicklungs- und Sicherungsprozess orientiert sich dabei am Public Health Action Cycle (Abbildung 1).

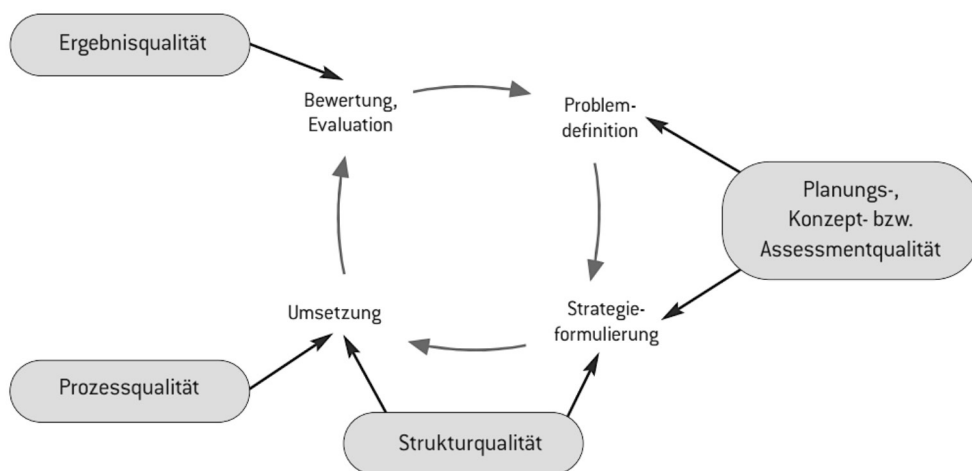


Abb. 1: Public Health Action Cycle (Ruckstuhl, Somaini & Twisselmann, 1997)

Zunächst wird das zu bearbeitende Problem bestimmt und definiert. Anschließend wird eine geeignete Bearbeitungsstrategie formuliert, die im nächsten Schritt umgesetzt wird. Die abschließende Evaluation ist zugleich Ursprung einer neuen bzw. neu erkannten Problemdefinition, sodass der Prozess erneut auf Basis der Erkenntnisse durchgeführt wird (Ruckstuhl, Somaini & Twisselmann, 1997).

Ein in der Praxis gängiges Instrument zur Initiierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und -management ist der Gesundheitszirkel (Meier, 2007). „*Unter einem Gesundheitszirkel versteht man eine moderierte Workshop-Reihe mit Beschäftigten eines Arbeitsbereichs, die regelmäßig, z. B. alle zwei Wochen, stattfindet und die dazu dient, gesundheitsbezogene Belastungen zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge zu formulieren*“ (Friczewski, 2012, S. 166). Die Methode ermöglicht den Einbezug der drei in der Ottawa Charter formulierten Handlungsstrategien zur Gesundheitsförderung: „*advocate*“ (Anwaltschaft), „*enable*“ (Befähigen) und „*mediate*“ (Vermitteln und Vernetzen) (WHO, 1986). Auch Partizipation und Empowerment, als Qualitätskriterien des Setting-Ansatzes, können durch den Gesundheitszirkel realisiert werden. Er zielt darauf ab, Statusgruppen in einem Setting aktiv einzubeziehen (Meier, 2007). Dieser Ansatz orientiert sich auch am Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997), welches unter anderem beschreibt, dass die aktive Mitgestaltung der eigenen Lebensbedingungen zum physischen und psychischen Wohlbefinden beiträgt.

2.3 Exkurs: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung haben historisch, politisch und gesetzlich unterschiedliche Wurzeln. Gleichwohl sind beide heute in der betrieblichen Praxis verankert. Aufgrund des deutschen dualen Rechtssystems in Form des staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzes müssen Arbeitgeber*innen bzw. die in der Hochschule hierfür Verantwortlichen (Präsident*innen, Rektor*innen, Dekan*innen) eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen beachten (Radau, 2016). Sie gelten für jeden Betrieb, also auch für die öffentliche Einrichtung Hochschule mit ihren unterschiedlichen Statusgruppen Studierende, Wissenschaftler*innen bzw. Lehrende sowie Mitarbeiter*innen in Verwaltung und Technik. Im Rahmen dieser Regelungen sollen die Verantwortlichen ihre „allgemeine und individuelle Fürsorgepflicht gegenüber [diesen] wahrnehmen“ (Meinel, 2015, S. 18). Je nach personeller und räumlicher Größe werden Hochschulen kleinen, mittleren oder Großunternehmen zugeordnet (Hardt, 2015; Grumbach, 2010).

Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen dem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) und der (Betrieblichen) Gesundheitsförderung (BGF) scheinen oftmals unklar. Deshalb stehen den Verantwortlichen u. a. Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzt*innen (gemäß Arbeitssicherheitsgesetz) und Gesundheitsmanger*innen unterstützend und beratend zur Verfügung.

Grundlage des AGSes in Deutschland ist das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), mit dem 1996 die europäische Rahmenrichtlinie 89/391/EWG von 1989 über die „Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der

Arbeitnehmer bei der Arbeit“ in nationales Recht umgesetzt wurde. Die BGF ist aus der Ottawa Charter (1986) hervorgegangen. Während AGS historisch gesehen defizitorientiert das Risiko und die Gefährdung krankheitspräventiv im Blick haben, steht der salutogenetisch orientierte Ansatz der Gesundheitsförderung für ein „*positives Konzept, das die Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen für die Gesundheit [...] betont*“ (WHO, 1986). In der Luxemburger Deklaration von 1997 wurden AGS und BGF in ein für Europa gemeinsames Konzept zusammengeführt. Es umfasst „[...] *alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. [...] BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen [...], Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. [...] Dies kann durch die Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung der persönlichen Kompetenz.*“ (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 1997).

Zudem ist in Deutschland mit der seit 2013 ins ArbSchG aufgenommenen Gefährdungsbeurteilung für psychische Belastungen ausdrücklich ein flächendeckender psychosozialer Arbeitsschutz verlangt, der sich vom traditionell klassischen Arbeitsschutz mit seiner technisch-naturwissenschaftlichen Ausrichtung unterscheidet. Die „*neue [moderne] Auffassung von Arbeitsschutz orientiert sich am Menschenbild und dem Gesundheitsverständnis der WHO*“ (Giesert & Geißler, 2003). Es wird deutlich, dass heutzutage eine strikte Trennung in „Pflicht“ (Arbeitsschutz) und „Kür“ (Gesundheitsförderung) weder zeitgemäß noch sinnvoll ist. Wenn mancherorts trotzdem eine prinzipielle Trennung von zwingend zu beachtenden Rechtsprinzipien des traditionellen Arbeitsschutzes und der (vermeintlichen) Freiwilligkeit der Gesundheitsförderung andererseits vorgenommen wird, so ist diese Sichtweise, wie dargelegt, nicht mehr zeitgemäß.

Gemäß Nationaler Präventionskonferenz (NPK) aus 2016 sind Betriebe bzw. Institutionen wie Hochschulen dazu verpflichtet, die „*Arbeitsschutzgesetze und -verordnungen zu erfüllen und u. a. die Arbeit menschengerecht zu gestalten*“ (NPK, 2016, S. 17). Zudem sind sie dazu angehalten, „*ein geeignetes Setting für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu etablieren*“ (ebd.). Das in Deutschland seit Juli 2015 gültige „*Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention*“ (Präventionsgesetz – PräVg) legt dafür relevante Zuständigkeitsbereiche und Leistungen fest. Derart will das PräVg das enge Verhältnis zwischen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie die „*zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung*“ sicherstellen (Kuhn, 2017, S. 45).

Inzwischen ist auch international durch die eingangs bereits erwähnte 2015 verabschiedete Okanagan Charta ein „*eindeutiges Statement zugunsten der gesellschaftlichen Verantwortungsübernahme von Hochschulen in der Gesundheitsförderung formuliert*“ (Faller, 2017, S. 399 bzw. <http://www.internationalhealthycampuses2015.com>).

Eine Umsetzung, die AGS und Gesundheitsförderung systematisch zusammenführt, scheint im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsmanagements sinnvoll zu sein. Im Gesundheitsmanagement geht es um die „*Organisation der Gesundheit im betrieblichen*

[hochschulischen] Kontext, [...] Es entwickelt Strategien, die sich an den Unternehmenszielen [Zielen der Hochschule] orientieren“ (Bamberg, Ducki & Metz, 2011, S. 128), um damit zur Reduktion der gesundheitlichen Belastung sowie Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen der jeweiligen Statusgruppen der Hochschule beizutragen. Es setzt an den Lebensbedingungen (System- und Verhältnisprävention) und am Verhalten (Verhaltensprävention) der Menschen an (Hungerland, 2016, S. 10).

Bezogen auf die Hochschule fehlt bislang ein „*eigenständiger, umfassender und hochschulspezifischer Ansatz des Gesundheitsmanagements unter Einbeziehung aller Statusgruppen*“ in Deutschland weitestgehend (Hartmann, Greiner & Baumgarten, 2017, S. 123).

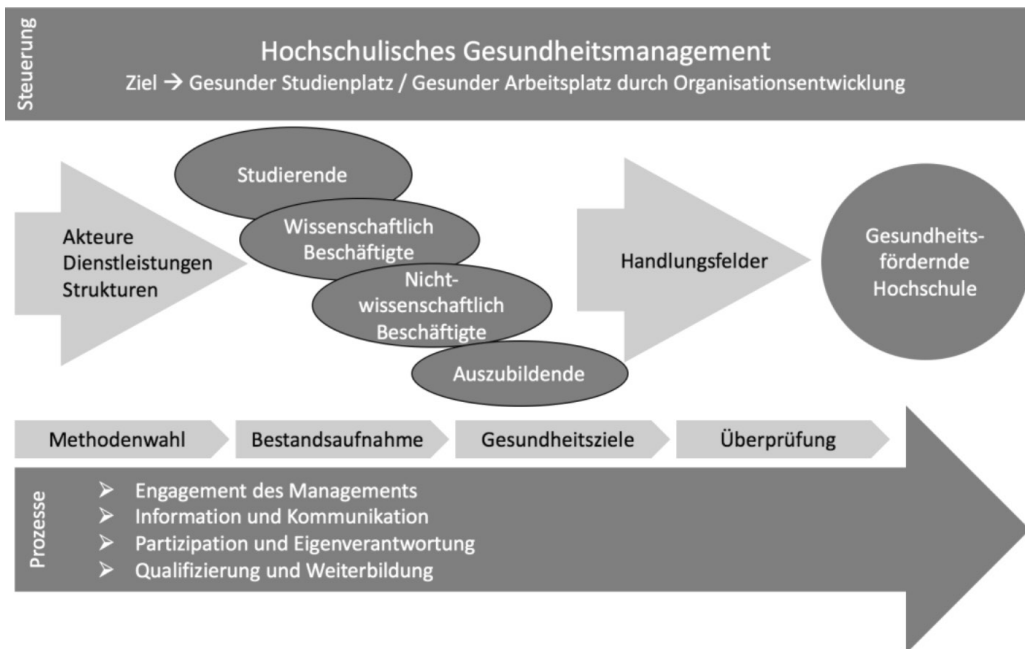


Abb. 2: Rahmenmodell zum Hochschulischen Gesundheitsmanagement nach Hartmann, Greiner & Baumgarten (2017, S. 123)

Umso dringlicher sind Anstrengungen zum Aufbau eines hochschulspezifischen Gesundheitsmanagements, da sie dazu beitragen, Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sachgerecht umzusetzen und die Gesundheitspotenziale und das Wohlergehen der jeweiligen Statusgruppen zu stärken (Abbildung 2).

2.4 Zusammenfassung

Es gibt eine Vielzahl an erprobten Instrumentarien und Qualitätsstandards für die Umsetzung von settingorientierter Gesundheitsförderung (siehe z. B. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Obwohl Theorien, Methoden, Techniken und Praxisan-

leitungen vorliegen, hinken Hochschulen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements den Unternehmen der freien Wirtschaft hinterher. BGM kann einen wichtigen Beitrag zu sozialer Nachhaltigkeit darstellen. Die Politik sollte sich deshalb nicht scheuen, hier Maßnahmen zu ergreifen. Gerade unter dem aktuellen (alten) Trendthema Nachhaltigkeit, welches im Zuge der Sustainable Development Goals (SDGs) Einzug in Industrie und seit 2015 im Rahmen des UNESCO-Weltaktionsprogramms „Bildung für nachhaltige Entwicklung“ Einzug im Wissenschaftssektor (inkl. Hochschulen und Institute) hält und mit viel Engagement und finanziellen Ressourcen angegangen wird (Deutsche UNESCO-Kommission e.V., 2013), lässt sich Gesundheit als ein Indikator für Nachhaltigkeit gut integrieren.

3 Anlage der Untersuchung

3.1 Fragestellung, Ziele und Hypothesen der Untersuchung

Die vorliegende Publikation widmet sich der Frage nach dem Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung an Hochschulen sowie nach der Identifikation von Herausforderungen und Problemen, die den Hochschulen auf dem Weg zu einem gesunden Setting begegnen. Nach insgesamt 20 Jahren Forschung zum Themenbereich Gesundheitsförderung an Hochschulen ist es an der Zeit, Bilanz zu ziehen. Diese empirische Untersuchung ist neben den qualitativen Reviews zum Stand der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen die Erste ihrer Art und soll neben Daten und Fakten auch konkrete Handlungsempfehlungen und politische sowie strukturelle Konsequenzen darstellen. Aus dem aktuellen Forschungsstand und den Erfahrungen des AGH können folgende Thesen abgeleitet werden:

- H1: Hochschulrektor*innen/-präsident*innen und -kanzler*innen (Leitungsebene) können Auskunft zur eigenen Betrieblichen Gesundheitsförderung oder zum -management geben.
- H2: Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und -management an Hochschulen werden Lücken erwartet.
- H3: Die Ergebnisse werden Hinweise liefern, in welchen Bereichen Beauftragte für Gesundheitsförderung und -management geschult werden sollen.

Die Gesundheit der Mitarbeiter*innen der Hochschule sowie die der Studierenden ist Führungsaufgabe, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Leitungsebene die Fragen dieser Untersuchung größtenteils beantworten kann. Die Identifikation von konkreten Lücken bei der Umsetzung scheint besonders relevant, um den Prozess zur gesunden Lebenswelt voranzutreiben. Mögliche Hinweise auf Nachbesserungs- und Qualifizierungsbedarfe für die Beauftragten für Gesundheitsförderung an Hochschulen sollen zukünftig den Weg zu einem integrierten Gesundheitsmanagement ebnen.

3.2 Methodische Aspekte

Methodik und Durchführung der Untersuchung

Die Bestandsaufnahme erfolgte als Online-Fragebogenerhebung. Der Fragebogen wurde als Link per E-Mail an alle Hochschulrektor*innen in Deutschland versandt. Der Erhebungszeitraum war zwischen Juni 2015 und Januar 2016. Zur Erhöhung der Response-Rate war die Forscher*innengruppe vor der Befragung in persönlichem Kontakt mit Mitarbeiter*innen der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), welche den Fragebogen vorab erhielten. Zudem wurde die Befragung im HRK Newsletter und beim Informationsdienst der Wissenschaft (IDW) angekündigt. Zusätzlich erhielten die Rektor*innen Erinnerungsschreiben und einige Mitglieder des AGH nahmen persönlichen Kontakt mit den Rektor*innen auf. Als Stichprobe wurden Rektor*innen ausgewählt, weil sie explizit einen Gestaltungsauftrag haben und Gesundheitsförderung dann nachhaltig ist, wenn sie in der Leitungsebene angenommen und integriert wird.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde von der Forscherinnengruppe (Michel, Sonntag, Hungerland & Nasched) in Anlehnung an die Gütekriterien des AGH entwickelt und in einem mehrstufigen Verfahren mit Mitgliedern des AGHs und Mitarbeiter*innen der HRK abgestimmt. Wichtig war, eine hohe Akzeptanz in Bezug auf die Hochschulleitungen herzustellen. Deshalb wurde auch ein Pretest durchgeführt, in dem der Fragebogen gemeinsam mit den Rektor*innen diskutiert wurde. Der Fragebogen wurde anschließend unter Berücksichtigung der Anmerkungen weiterentwickelt. Die Endfassung enthält neben den allgemeinen Fragen zu Ort (Bundesland), Hochschulart/-typ, dem Wissensstand der Rektor*innen über rechtliche Verankerungen der Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung und dem Vorhandensein einer*s Beauftragten für Gesundheitsförderung und -management sowie deren Qualifikation folgende fünf Themenblöcke:

- I Management der Gesundheitsförderung
- II Gesundheitsförderung bei Studierenden
- III Gesundheitsförderung beim Verwaltungspersonal
- IV Gesundheitsförderung für das Lehrpersonal
- V Gesundheitsförderlichkeit des Campus

Themenblock I gibt Aufschluss über die Anzahl der deutschen Hochschulen, die Gesundheitsförderung integriert haben, über die Systematik sowie die Qualität, wie weitreichend und nachhaltig diese umgesetzt wird. Die explizite Frage, ob gesundheitliche Auswirkungen im Kontext der Bologna-Reform Berücksichtigung fand, wurde eingefügt, um zu erkennen, welches Bewusstsein für große Reformen und deren weitreichende Auswirkungen vorhanden ist.

Die Themenblöcke II bis IV bieten Informationen zu den Adressat*innen der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Es wird sowohl gefragt, ob und wie diese betrachtet werden, als auch, welche Maßnahmen für die jeweilige Statusgruppe umgesetzt werden.

Der letzte Themenblock (V) liefert Daten, inwieweit der Campus im Rahmen der Gesundheitsförderung, vor allem in Bezug auf Verhältnisprävention, Beachtung findet.

Der Fragebogen wurde von der Fachhochschule Dortmund gehostet (www.fh-dortmund.de/gesunde-hochschule). Im Anhang stehen das Anschreiben und der Fragebogen zur Verfügung.

Grundgesamtheit

Insgesamt wurden an alle 341 deutsche Hochschulen Fragebögen versandt (HRK, 2015). Von den Hochschulen waren 121 (35 %) universitäre Einrichtungen und 220 (65 %) Fachhochschulen (ebd.).

Rücklauf und Repräsentativität

An der Erhebung beteiligten sich 114 Hochschulen, was einer Rücklaufquote von 33 % entspricht. Da die Verteilung der gewonnenen Stichprobe für das Merkmal Hochschulart bundesweit etwa der Grundgesamtheit entspricht (siehe Abbildung 3 und 4), können die Ergebnisse der Studie für alle deutschen Hochschulen als repräsentativ interpretiert werden.

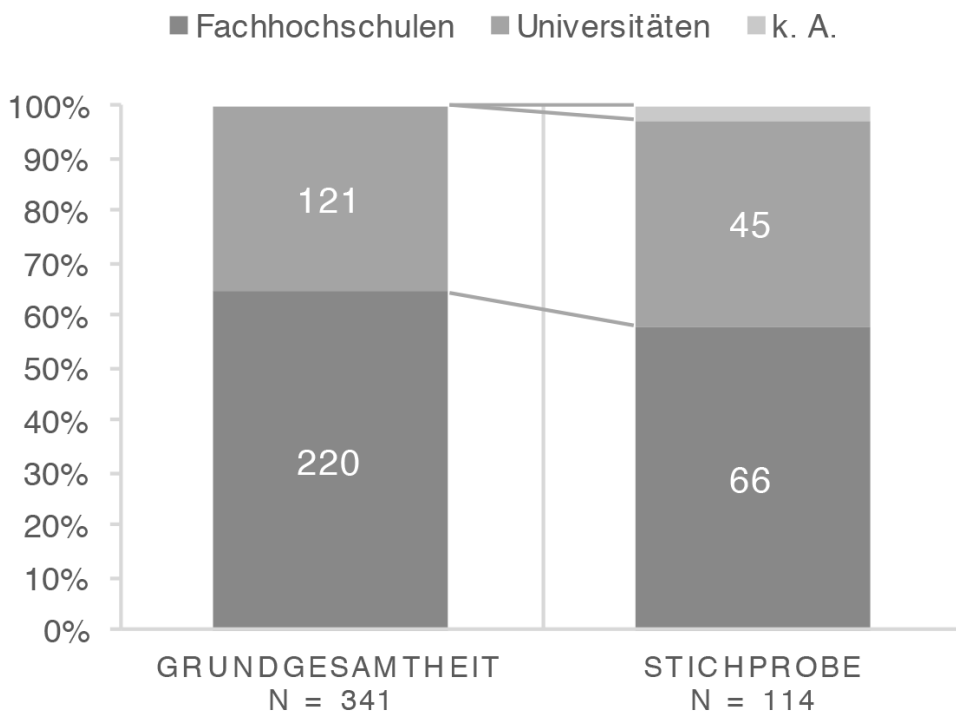


Abb. 3: Vergleich der Grundgesamtheit und der Stichprobe nach Hochschulart

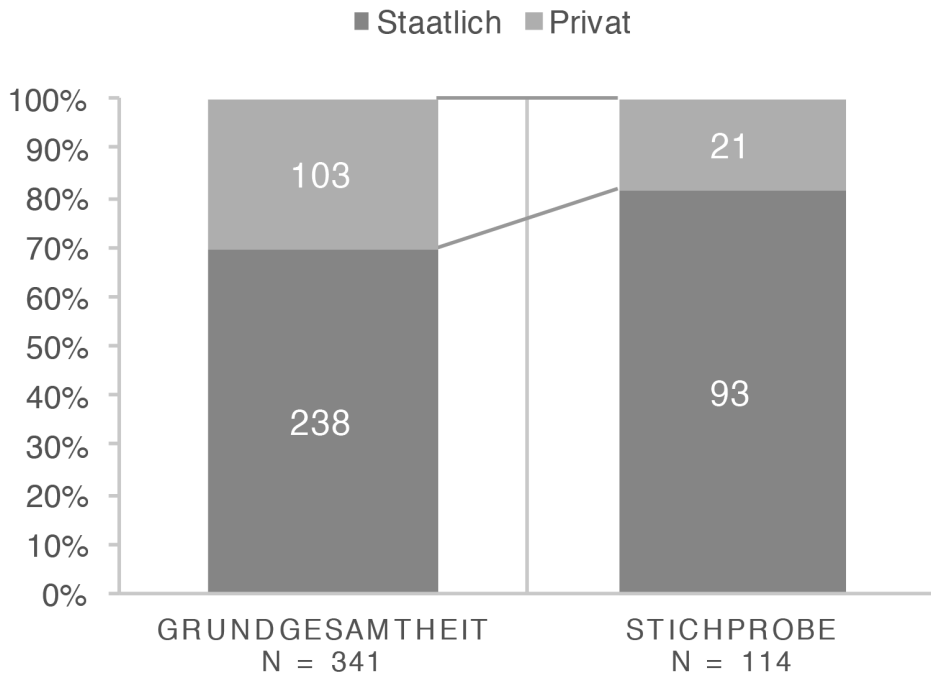


Abb. 4: Vergleich der Grundgesamtheit und der Stichprobe nach Trägerschaft

Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse sind hauptsächlich deskriptiv in Schrift- aber auch in grafischer Form dargestellt. Eine aufgeschlüsselte Darstellung nach Bundesländern erfolgt nur, wenn es dahingehend besondere Unterschiede oder Auffälligkeiten gibt. Zudem soll die Anonymität der Bundesländer mit wenig Hochschulen gewährleistet sein.

4 Informationen zu den teilnehmenden Hochschulen

Das vorliegende Kapitel stellt die allgemeinen Merkmale wie Hochschulart, -typ, Standort (Bundesland) dar und widmet sich der Frage, über welchen Wissensstand Rektor*innen zur rechtlichen Verortung der Gesundheitsförderung im Hochschulrecht verfügen und inwieweit sie von existierenden Programmen für die öffentliche Verwaltung wissen. Des Weiteren zeigt das Kapitel, wie viele der Hochschulen Beauftragte für Gesundheitsförderung einsetzen bzw. über welche Qualifikationen diese verfügen. Es werden zudem erste Analysen, Erklärungsansätze und Interpretationen angeführt.

4.1 Hochschulmerkmale

Hochschularten

Von 114 teilnehmenden Hochschulen sind bundesweit 45 (39 %) Universitäten und 66 (58 %) Fachhochschulen vertreten. 3 (3 %) Hochschulen geben keine Hochschulart an. Insgesamt überwiegt die Teilnahme der Fachhochschulen (n = 66), was jedoch nicht

weiter verwunderlich ist, da es in Deutschland mehr Fachhochschulen als Universitäten gibt (siehe 3.2 Grundgesamtheit). Die prozentuale Verteilung der teilnehmenden Hochschulen entspricht ungefähr der Verteilung in der Grundgesamtheit.

Hochschultypen (Trägerschaft)

82 % (n = 93) der teilnehmenden Hochschulen befinden sich in staatlicher Trägerschaft. Private Träger sind mit 18 % (n = 21) vertreten.

Teilnehmende Hochschulen nach Bundesland

Hochschulen in Baden-Württemberg (20 %; n = 23) und NRW (18 %; n = 21) sind am häufigsten vertreten; gefolgt von Hochschulen aus Bayern (11 %; n = 12), Niedersachsen und Hessen (je 9 %; je n = 10) sowie Berlin (8 %; n = 9). Die restlichen Bundesländer gehen mit 25% der Rückläufe in die Befragung ein, welche in Abbildung 5 aufgeschlüsselt dargestellt sind.

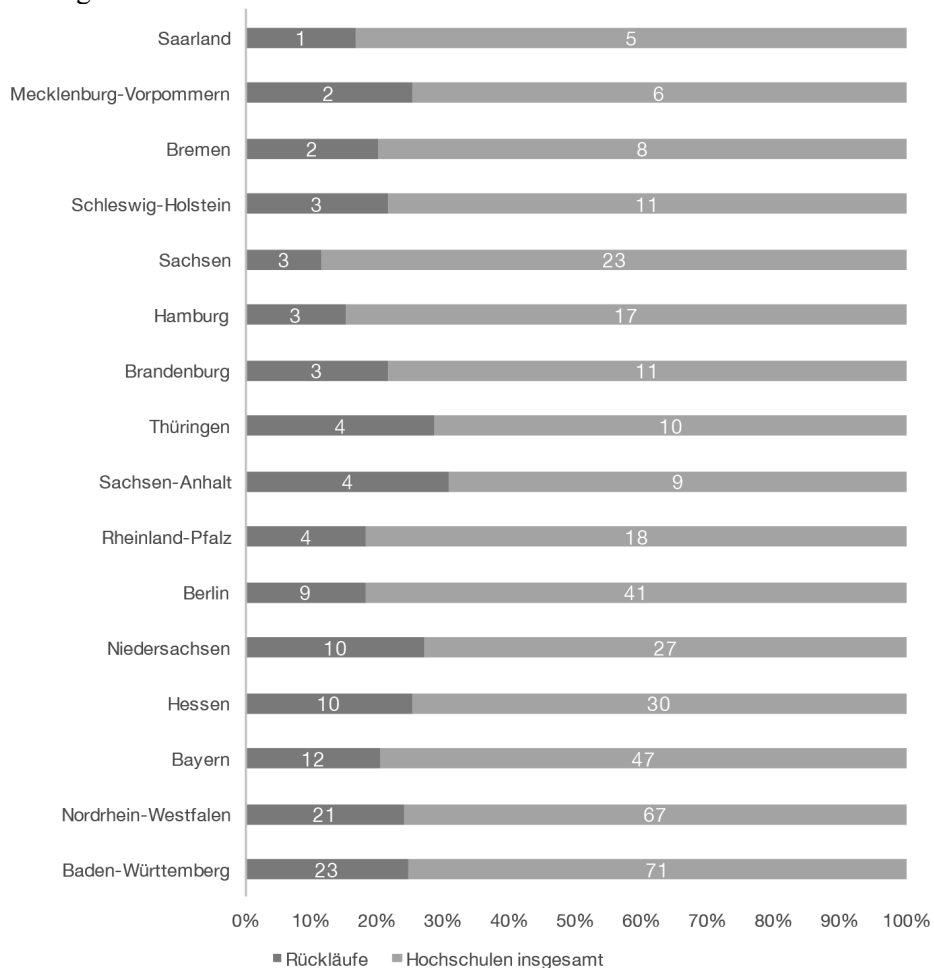


Abb. 5: Teilnehmende Hochschulen nach Bundesland

Die Verteilung der teilnehmenden Hochschulen erscheint nicht verwunderlich, wenn man die absolute Zahl der Universitäten und Hochschulen nach Bundesländern betrachtet. Relativ zur Gesamtanzahl der Hochschulen in den jeweiligen Bundesländern beläuft sich die durchschnittliche Rücklaufquote auf 28 %. Baden-Württemberg als hochschulreichstes Land nimmt dementsprechend auch am häufigsten an der Befragung teil, gefolgt von Nordrhein-Westfalen. Es fällt auf, dass Bundesländer wie beispielsweise Baden-Württemberg und Bayern, die regionale Arbeitskreise Gesundheitsfördernder Hochschulen haben, sich häufiger beteiligen, als Bundesländer, die sich nicht in Arbeitskreisen für Gesundheitsförderung an Hochschulen organisieren. Nordrhein-Westfalen hat zwar aktuell keinen Arbeitskreis, doch in der Vergangenheit gab es über mehrere Jahre einen sehr aktiven. Dieser hat das Land in Bezug auf Gesundheitsförderung an Hochschulen nachhaltig geprägt und war an die Landesunfallkasse NRW angebunden.

Des Weiteren scheinen auch andere Netzwerke wie „Qualitätsoffensive Lehre in Niedersachsen“ (<http://www.qualittsoffensive-lehre-niedersachsen.de>) dazu zu führen, dass das Thema Gesundheit an Hochschulen an Bedeutung gewinnt. In Baden-Württemberg hat die Gesundheitsstrategie des Landes sowie die „Initiative Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung“ und das Bereitstellen von finanziellen Ressourcen dazu geführt, dass Nachhaltigkeit mittels der Strategie der Gesundheitsförderung an Hochschulen ausgeprägter als in anderen Bundesländern ist (Landesministerium Baden-Württemberg, Beamtenbund Baden-Württemberg & Deutscher Gewerkschaftsbund Baden-Württemberg, 2011).

In einem föderalen System wird Gesundheitsförderung an Hochschulen sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Wissenschaftsministerin von Nordrhein-Westfalen hat mittlerweile mit allen Hochschulen einen Pakt zu guter Arbeit geschlossen, in dem auch Gesundheitsförderung der Beschäftigten eine Rolle spielt. „Das Gesundheitsmanagement ist eine feste Aufgabe des Arbeitgebers Hochschule und darauf ausgerichtet, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu stärken. Oberstes Ziel des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ ist es, gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu initiieren und zu unterstützen. Es zielt auf die Führung, die Hochschulkultur, das Betriebsklima, die soziale Kompetenz, auf die Arbeitsbedingungen und das Gesundheitsverhalten“ (Vertrag über gute Beschäftigungsbedingungen für das Hochschulpersonal, Art. 12.2 Abschnitt 4). Damit legt Nordrhein-Westfalen bundesweit einen hohen Maßstab an.

Zum Zeitpunkt der Befragung war dieser Pakt noch nicht von allen Hochschulen unterschrieben worden. Daher ist eine Wiederholung der Befragung sinnvoll.

4.2 Wissen der Hochschulleitung über Gesundheitsförderung und deren Verankerung in Hochschulgesetzen

Insgesamt geben 37 % (n = 42) der Befragten an, dass sie keine Kenntnis darüber besitzen, ob die Gesundheitsförderung auf Landesebene als Aufgabe der Hochschulen im Hochschulrecht vorgeschrieben ist. Weitere 3 % der Befragten (n = 3) äußern sich hier-

zu gar nicht. Der Kenntnisstand von 39 % (n = 45) der teilnehmenden Befragten scheint somit rudimentär. Diese Tatsache wird dadurch unterstrichen, dass weitere 40% (n = 44) meinen, künftige Planungen diesbezüglich seien nicht auszumachen. In Abbildung 6 sind die absoluten sowie relativen Zahlen nach Bundesländern aufgeschlüsselt dargestellt. Die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen werden wegen ihrer geringen Fallzahl als „Neue Bundesländer“ zusammengefasst.

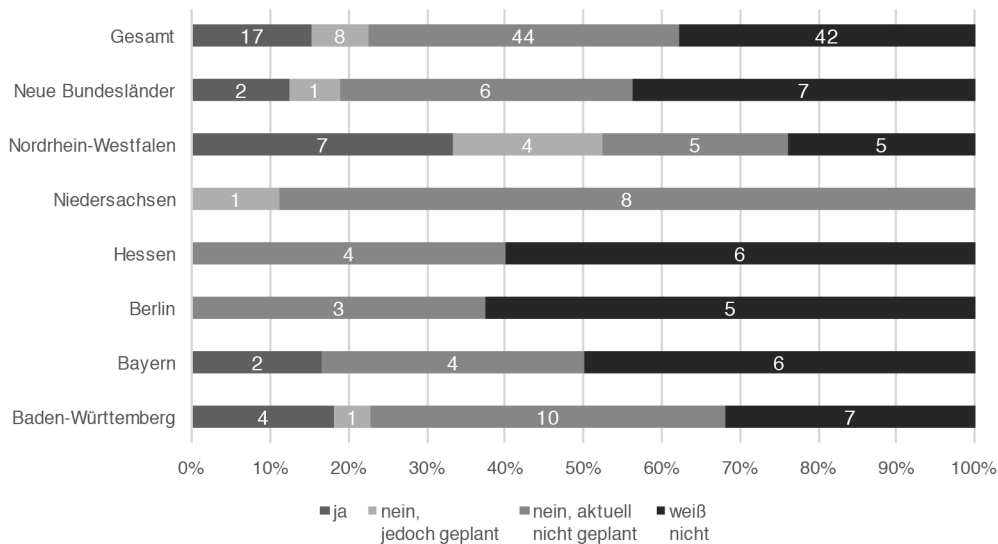


Abb. 6: Ist die Gesundheitsförderung auf Landesebene als Aufgabe der Hochschulen im Hochschulrecht vorgeschrieben? (N = 111; keine Angabe = 3)

Häufig wird Gesundheitsförderung mit Prävention verwechselt (Kirch et al., 2010). Deshalb kann von der Hochschulleitung nicht erwartet werden, dass sie über Wissen zu Gesundheitsförderung und deren Verankerung in Hochschulgesetzen verfügen. Möglicherweise sind die Rektor*innen auch zum ersten Mal im Rahmen dieser Befragung aktiv mit dem Thema in Kontakt getreten.

Wenn das Wissen der Rektor*innen über die Verankerung der Gesundheitsförderung im Hochschulrecht scheinbar nicht vorhanden ist, so ist es nicht verwunderlich, dass Gesundheitsförderung an Hochschulen nicht systematisch in den Managementebenen umgesetzt wird. Im Pretestverfahren wurde weiterhin deutlich, dass die Differenzierung zwischen Arbeitsschutz/-sicherheit und Gesundheitsförderung unklar scheint.

Das Ergebnis hat sicherlich auch etwas damit zu tun, dass Gesundheitsförderung so gut wie in keinem Hochschulgesetz verankert ist. Das aber Arbeitsschutzgesetze bestehen, die für alle Unternehmen und Beschäftigungsverhältnisse gelten, ist den Hochschulleitungen eher bekannt. Rektor*innen oder Präsident*innen, die in Wirtschaftswissenschaften oder verwandten Fachgebieten ausgebildet wurden, waren in ihrer Ausbildung mit den Arbeitsschutzgesetzen konfrontiert. Zudem wird „Gesundheitsförderung“ in der

Diskussion mit Führungskräften (nicht nur innerhalb der Hochschulen) noch mit der Prävention von Krankheiten gleichgesetzt. Der Zusammenhang zwischen den Inhalten des eigenen Faches beispielsweise Wirtschaftswissenschaften, Stadtplanung, Architektur oder Maschinenbau und der Gesundheitsförderung ist nicht unmittelbar ersichtlich. Erst durch Diskussionen, wie beispielsweise die zu gezielten Schummeleien bei der Einhaltung von Abgasnormen und der Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung, rücken solche Themen ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. Solche Beispiele verdeutlichen die Notwendigkeit der strategischen Einbindung von Gesundheitsförderung in Forschung und Lehre im Sinne von „Health in All Policies“ (HiAP).

Der unzureichende Kenntnisstand zu Gesundheitsförderung wird auch durch die Beantwortung der nächsten Frage aufgezeigt. Die Rektor*innen wurden gefragt, ob Programme zur Gesundheitsförderung für die öffentliche Verwaltung existieren. 46% (n = 52) der Befragten haben kein Wissen über die Existenz solcher Programme. Lediglich 33% (n = 37) meinen, dass solche Programme existieren. 4 % (n = 5) geben an, dass Programme für die öffentliche Verwaltung geplant seien. 17 % (n = 19) der Befragten meinen, dass diese nicht existieren bzw. auch nicht in Planung sind; eine Hochschule macht dazu keine Angabe. Das Wissen über Gesundheitsförderung in der Leitungsebene der Hochschulen scheint somit eher unzureichend zu sein. Interessanter ist jedoch der Blick, wie es in den einzelnen Bundesländern aussieht (Abbildung 7).

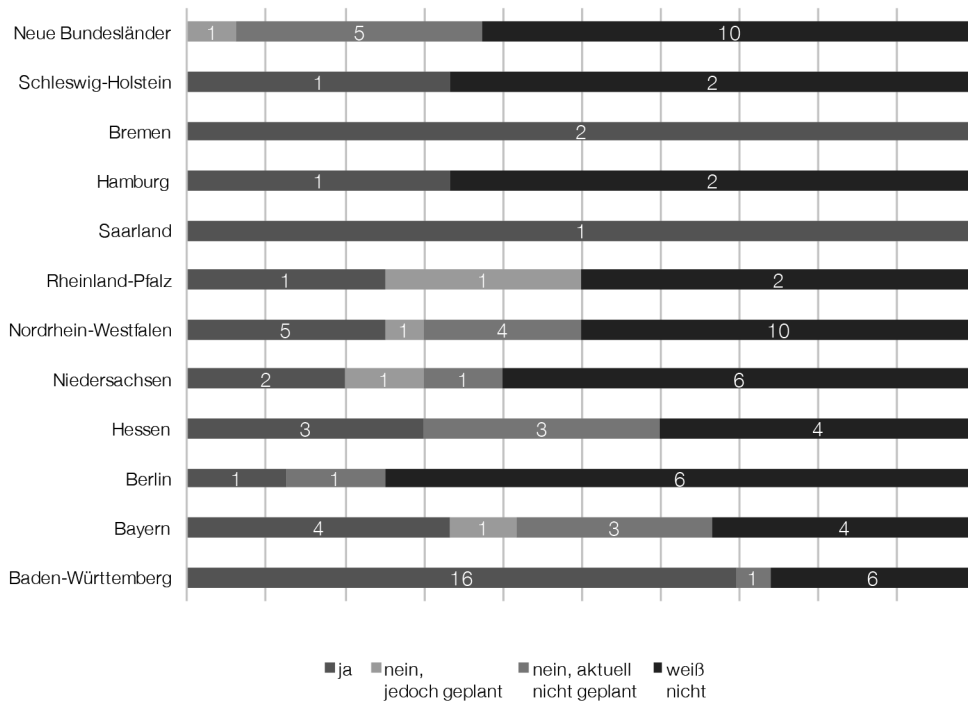


Abb. 7: Existieren Programme für die öffentliche Verwaltung zur Gesundheitsförderung? (N = 113; keine Angabe = 1)

In der Frage, ob Gesundheitsförderung im Hochschulrecht vorkommt, ist Baden-Württemberg hinsichtlich des Wissens zu existierenden Programmen zur Gesundheitsförde-

rung in der öffentlichen Verwaltung den anderen Bundesländern weit voraus. Die neuen Bundesländer, aber auch Nordrhein-Westfalen fallen vor allem dadurch auf, dass hier das Wissen unzureichend scheint.

Beantworten die Rektor*innen die Frage mit ja, so wird ebenfalls gefragt, ob diese Programme für die öffentliche Verwaltung hinsichtlich der Gesundheitsförderung verpflichtend sind bzw., ob diese in der Hochschule bereits Anwendung finden. Von den 33 % (n = 37) der Befragten, die meinen, dass Programme für die öffentliche Verwaltung hinsichtlich Gesundheitsförderung existieren, antworteten knapp 57 % (n = 21), dass diese für die Hochschulen nicht verpflichtend seien. Acht der befragten Hochschulen bejahen dies, sechs wissen dazu nichts zu sagen, weitere zwei haben dazu keine Meinung, so dass dieser Anteil mit knapp 22% gleichauf mit den Antwortenden rangiert, die mit „Ja“ antworten. 58 % (n = 25) sind der Ansicht, dass Programme an ihrer Hochschule umgesetzt werden. In Baden-Württemberg sind alle Befragten (n = 15) dieser Meinung; ebenso in den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, diese fallen jedoch wegen der geringen Fallzahl hier nicht ins Gewicht. 56% der Befragten, die meinen, dass Programme für die öffentliche Verwaltung hinsichtlich Gesundheitsförderung existieren, sind der Ansicht, dass dafür Mittel zur Verfügung gestellt werden; in Baden-Württemberg meinen dies alle 16 Befragten, die sich dazu geäußert haben. 29% verneinen dies.

4.3 Beauftragte für Gesundheitsförderung und deren Qualifikation

Zur Frage, ob die Hochschulen eine*n Beauftragte*n oder eine*n Koordinator*in haben, die*der sich ausschließlich mit dem Thema Gesundheitsförderung befasst, geben 65 % (n = 74) der befragten Hochschulen an, dass es an ihrer Hochschule keine*n Beauftragte*n oder Koordinator*in gibt, die*der sich ausschließlich mit dem Thema Gesundheitsförderung befasst (Abbildung 8). 34 % (n = 39) geben an, dass es in ihrer Hochschule eine*n Beauftragte*n oder eine*n Koordinator*in gibt. Eine Hochschule trifft keine Aussage zur dieser Frage.

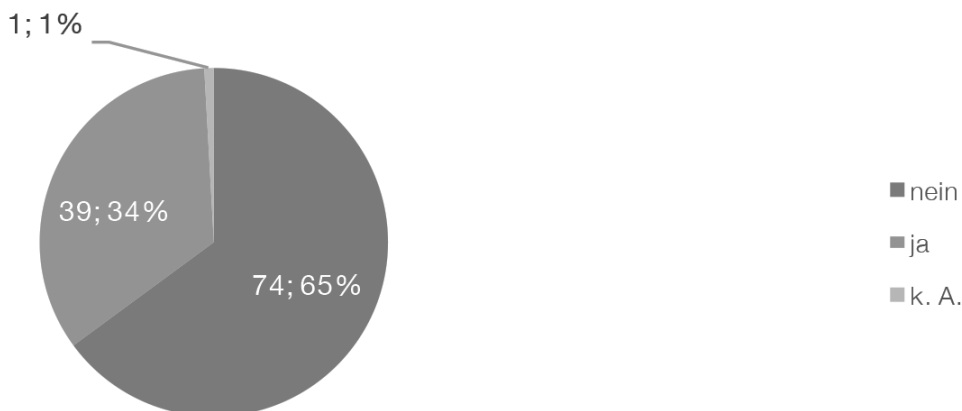


Abb. 8: Gibt es an Ihrer Hochschule eine*n Beauftragte*n oder eine*n Koordinator*in, die*der sich ausschließlich mit dem Thema Gesundheitsförderung befasst? (N = 114)

Lediglich in Baden-Württemberg überwiegt die Anzahl der Zustimmenden mit 56 % (n = 14) deutlich. Dort, wo solche Beauftragte bzw. Koordinator*innen existieren, sind diese überwiegend in Teilzeit beschäftigt. Von insgesamt n = 39, die sich ausschließlich mit dem Thema „Gesundheitsförderung“ befassen, sind lediglich 18% (n = 7) wöchentlich zwischen 27 bis 40 Stunden tätig.

Über welche Qualifikation die Beauftragten/Koordinator*innen verfügen, ist in Abbildung 9 dargestellt. In Hinblick auf die Qualifikation der existierenden Beauftragten/Koordinator*innen für Gesundheitsförderung an Hochschulen ist ein schwaches Ergebnis zu verzeichnen. Vor allem wegen der Vielzahl an Absolvent*innen im Bereich der Gesundheitswissenschaften, -ökonomie und Public Health wäre eine angemessenere Qualifikation der beschäftigten Beauftragten für Gesundheitsförderung an Hochschulen wünschenswert bzw. zu erwarten.

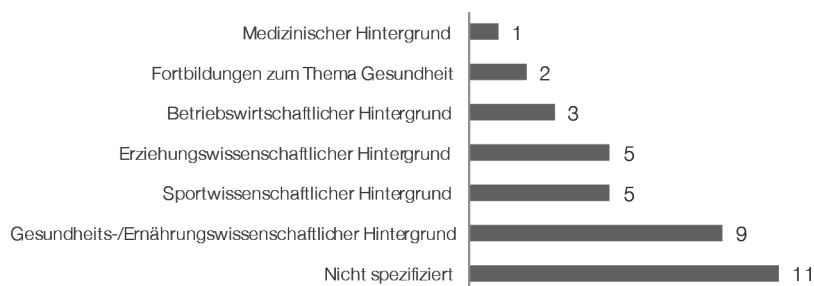


Abb. 9: Qualifikation der Beauftragten/Koordinator*innen für Gesundheitsförderung an Hochschulen

4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Es ist interessant, dass Gesundheit als Querschnittsthema im Sinne von HiAP keinen Einzug in den Wissenschafts-/Hochschulbereich hält. Es ist somit von hoher politischer Relevanz, Gesundheitsförderung in Gesetzen zu verankern.

Es scheint der Glaube zu bestehen, dass die Aufgaben des*r Beauftragte*n für Gesundheitsförderung Jede*r übernehmen könnte. Doch selbst bei den Beschäftigten, die Gesundheitswissenschaften oder Public Health studiert haben, ist nicht gesichert, dass sie adäquate Kompetenzen im Bereich betriebswirtschaftlicher Kennzahlen und Prozesse aufweisen oder ausreichende Kenntnisse zu strategischer Planung besitzen. Im Rahmen von Weiterbildungen zum*r Gesundheitswirt*in oder -manager*in muss eine einheitliche Qualifikation erworben werden, um sie tatsächlich auf ihre zukünftige Arbeit vorzubereiten.

5 Stand der Umsetzung von Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Das folgende Kapitel liefert Erkenntnisse über die Art und Weise der Integration der Gesundheitsförderung an den Hochschulen bzw. über die Einbindung in hochschuleigene Prozesse sowie über die mehr oder weniger systematische Arbeitsweise. Es fokussiert außerdem, welche Statusgruppen innerhalb der Gesundheitsförderung an Hochschulen aktuell Beachtung finden und welche gesundheitsförderlichen Aktivitäten oder Angebote existieren. Es werden zudem erste Bewertungen der Ergebnisse, Interpretationen und mögliche Erklärungen vorgenommen.

5.1 Gesundheitsförderung an Hochschulen: Aufbau, Struktur und finanzielle Ressourcen

Die Integration von Gesundheitsförderung findet hauptsächlich in Dienstvereinbarungen ($n = 34$) statt, gefolgt von der Integration in Managementprozesse ($n = 29$). Das Hochschulleitbild rangiert hier mit 17 Nennungen lediglich an dritter Stelle. Nur zwei Hochschulen haben die Gesundheitsförderung in ihrer Grundordnung verankert.

Die Hälfte der Hochschulen geben an, dass Gesundheitsförderung in keiner Weise dokumentiert oder integriert wird (Abbildung 10).

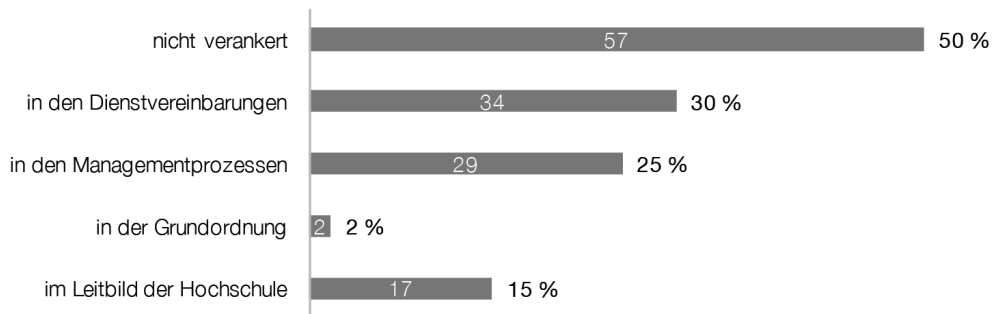


Abb. 10: Auf welche Weise ist die Gesundheitsförderung an Ihrer HS integriert? (N = 114) (Mehrfachantworten möglich)

Arbeitsgruppe oder Steuerkreis für Gesundheitsförderung

In 50 % der befragten Hochschulen ($n = 57$) existiert eine Arbeitsgruppe oder ein Steuerkreis für Gesundheitsförderung mit Repräsentant*innen aller relevanten Gruppen wie Vertreter*innen der Statusgruppen, Personalvertretung, Betriebsärzt*in, Behindertenbeauftragte*r, Gleichstellungsbeauftragte*r.

46 % der Befragten ($n = 52$) verneinen die Existenz eines solchen Steuerinstrumentes (Abbildung 11).

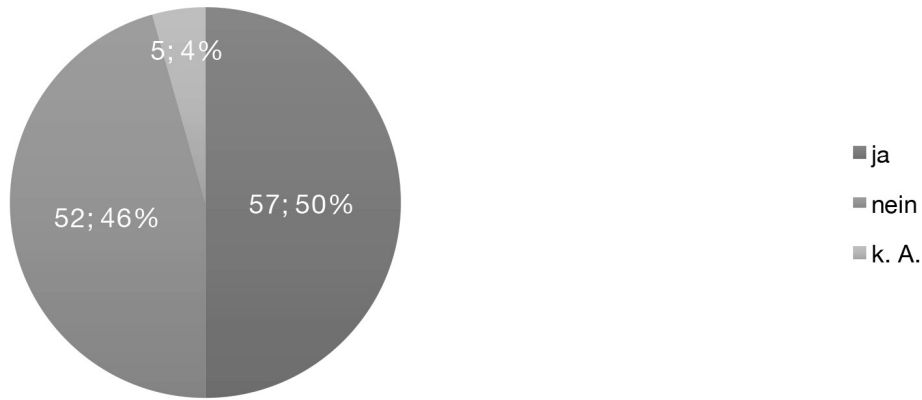


Abb. 11: Existiert eine Arbeitsgruppe/ein Steuerkreis zur Gesundheitsförderung

Falls ja: Welche Personen aus der Leitungsebene sind in der Arbeitsgruppe oder im Steuerkreis vertreten? (Abbildung 12)

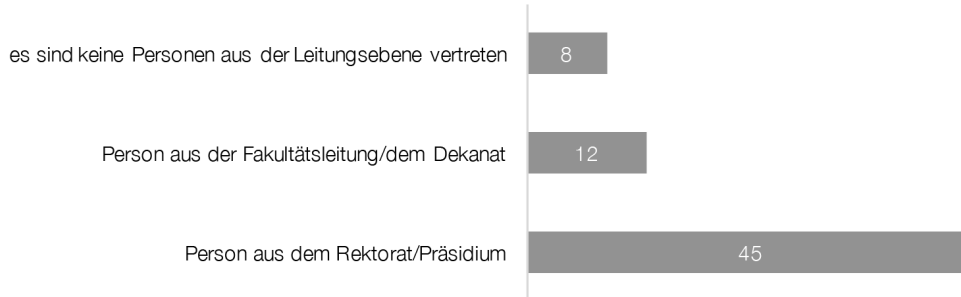


Abb. 12: Welche Personen aus der Leitungsebene sind in der Arbeitsgruppe/dem Steuerkreis vertreten?

Von insgesamt 50 % der Hochschulen ($n = 57$), in denen eine Arbeitsgruppe oder ein Steuerkreis existiert, geben 45 Hochschulen an, dass Personen aus dem Rektorat oder dem Präsidium vertreten sind (Mehrfachnennungen möglich). 12 Hochschulen geben an, dass Personen aus der Fakultätsleitung bzw. dem Dekanat vertreten sind. Acht Hochschulen antworten, dass keine Personen aus der Leitungsebene der Hochschule in der Arbeitsgruppe oder im Steuerkreis vertreten sind.

Wenn Personen aus dem Dekanat nicht eingebunden sind, kann nicht sichergestellt werden, dass Gesundheitsförderung in die zentralen Einheiten und Strukturen der Hochschule einfließt. Das ist aber deshalb so bedeutsam, weil es eine Führungsverantwortung gibt und Dekanate Transmissionsriemen sind, die dafür sorgen, dass Themen in verschiedene Fachbereiche eingebracht werden. Durch die Einbindung von Personen aus dem Dekanat könnte man Einfluss auf die Kultur der Fachbereiche nehmen. Immerhin haben fast 40 % der befragten Hochschulen die Bedeutung von Gesundheit im Hochschulkontext erkannt und integrieren jemanden aus der Leitungsebene in eine Arbeitsgruppe oder einen Steuerkreis zum Thema Gesundheit an ihrer Hochschule.

Finanzielle Ressourcen

Die Frage, ob die Arbeitsgruppe oder der Steuerkreis (n = 57) über ein eigenes Budget verfügt, bejahen 51 % der Hochschulen (n = 29). 49 % der Hochschulen (n = 28) verneinen die Frage.

In der Analyse nach Bundesländern zeigt sich, dass in Baden-Württemberg und Bayern überdurchschnittlich viele mit einem eigenen Budget ausgestattet sind, in NRW ist der Trend genau gegenläufig.

Einbindung der Gesundheitsförderung in hochschuleigene Prozesse

Die Einbindung von Gesundheitsförderung in hochschuleigene Prozesse, wie beispielsweise in die Berichts- bzw. Controlling-Prozesse, erscheint in Bezug auf die Strategie HiAP besonders wichtig. Nach Aussage von 67 % der befragten Hochschulen (n = 76) wird das Thema Gesundheitsförderung bisher nicht in Berichts- bzw. Controlling-Prozesse einbezogen. 21 % (n = 24) meinen, dass dies durch Nachhalten der Ressourcen gewährleistet sei, weitere 15 % der Antwortenden (n = 17) verweisen auf das Nachhalten der Ziele (interne Zielvereinbarungen). 6 % der Hochschulen (n = 7) sehen den Einbezug durch Qualitätssicherung/Akkreditierung in den Studiengängen gewährleistet und 5 % (n = 6) durch das Nachhalten der Kennzahlen (Abbildung 13).

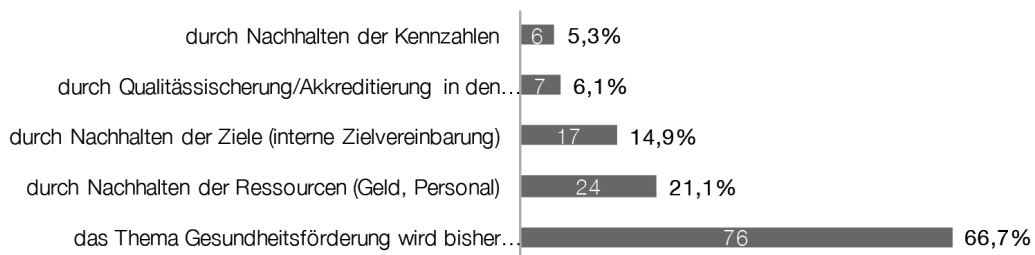


Abb. 13: In welcher Weise ist die Gesundheitsförderung in Controlling-Prozesse Ihrer Hochschule einbezogen? (Mehrfachantworten möglich)

Teilweise geben die Rektor*innen an, dass Gesundheitsförderung in hochschuleigene Prozesse integriert ist. Es wird jedoch nicht ersichtlich wie das geschieht, wenn so viele Hochschulen keine Kennzahlen erheben, welche als Grundlage benötigt werden. In den wenigen Fällen, in denen Kennzahlen erhoben werden, ist nicht klar, ob diese im Sinne der strategischen Planung und Steuerung von der Hochschulleitung genutzt werden. Zukünftigen Studien ist es vorbehalten, hier genau nachzuhaken.

Neben den Controlling-Prozessen sind auch die Prozesse der Qualitätssicherung und (Re-) Akkreditierung an Hochschulen von hoher Bedeutung. Jedoch zeichnet sich dies nicht in den Ergebnissen ab (Abbildung 14).

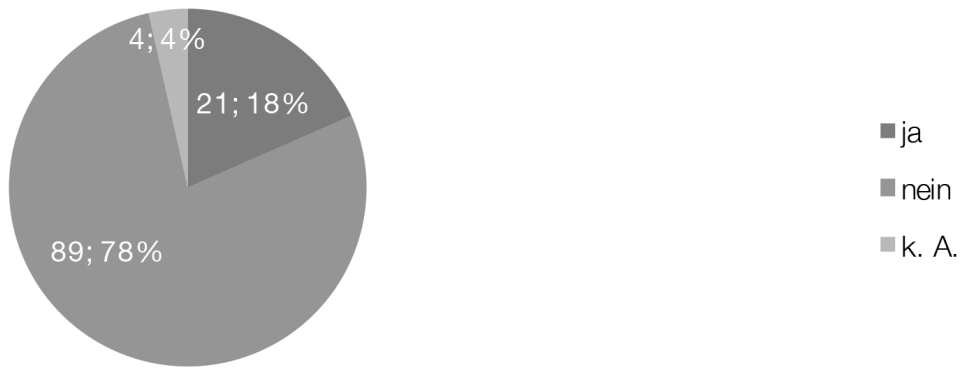


Abb. 14: Wird die Gesundheitsförderung im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. der (Re-) Akkreditierungsprozesse thematisiert? (N = 114)

Lediglich 18 % der Befragten (n = 21) geben an, dass Gesundheitsförderung im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. der Akkreditierungsprozesse thematisiert wird. 78 % (n = 89) verneinen dies explizit und 4 % der Befragten beziehen dazu keine Stellung.

Gesundheit als Querschnittsdimension

Gemäß der Strategie HiAP soll Gesundheit bei allen Entscheidungen berücksichtigt werden (Stähl et al., 2006). Wird Gesundheit an Hochschulen als Querschnittsdimension behandelt? 45 % der Antwortenden (n = 51) verneinen, dass Gesundheit bei allen Entscheidungen (wie Berufung, Beschaffung etc.) der Hochschule berücksichtigt wird. Weitere 45 % (n = 51) der befragten Hochschulen geben an, dass dies immerhin teilweise der Fall sei. Lediglich 8 % der Befragten (n = 9) bejahen diese Frage (Abbildung 15).



Abb. 15: Wird Gesundheit als Querschnittsdimension bei allen Entscheidungen berücksichtigt? (N = 114)

Fortbildung für Führungskräfte zum Thema Gesundheitsförderung

Die Frage, ob die Verantwortlichen regelmäßig zum Thema Gesundheitsförderung fortgebildet werden, bejahen 27 % der Befragten (n = 31). 71 % geben jedoch an (n = 81), dass dies nicht geschieht. 2 % (n = 2) treffen dazu keine Aussage. 91 % der Hochschulen (n = 29), welche Verantwortliche regelmäßig zum Thema Gesundheitsförderung fortbilden, tun dies auf freiwilliger Basis. 9 % (n = 3) veranlassen dies verpflichtend. Die Er-

haltung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter*innen ist Führungsaufgabe, die unverzichtbar ist (Arbeitsschutzgesetz; SGB VII). Wie in Kapitel 4.2 herausgearbeitet, ist es nicht verwunderlich, dass die Führungsebene unzureichend über das Thema Gesundheitsförderung informiert scheint. Dennoch muss es auch in Hochschulen Führungsaufgabe sein, da ansonsten gegen Bundesgesetze verstoßen wird. Unfallkassen, welche die Kontrollfunktion zur Einhaltung dieses Gesetzes innehaben, sind geeignete Ansprechpartner, die auch Hilfsmaterialien entwickeln. Im Rahmen des Präventionsgesetzes (SGB V, §20) können auch Krankenkassen Führungskräfte in ihren Aufgaben unterstützen. Ebenfalls können praxisorientierten Leitfäden, welche in Kapitel 2 vorgestellt wurden, herangezogen werden.

5.2 Bedarfserhebung und Maßnahmenplanung

Zu Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz gibt es viel Literatur. Partizipative Methoden bei der Bedarfserhebung und die daraus abgeleitete Maßnahmenplanung gehören hierbei zum Standardinstrumentarium. Deshalb war es wichtig im Rahmen dieser Untersuchung zu erfragen, ob diese Methoden genutzt werden.

Das Verwaltungspersonal sowie Lehrende aber auch die Studierenden sind potenzielle Adressat*innen partizipativer Methoden und Aktivitäten der Gesundheitsförderung an Hochschulen. Welche Zielgruppen werden bisher an deutschen Hochschulen im Rahmen der Gesundheitsförderung einbezogen? 32 % der Hochschulen fokussieren die Mitarbeiter*innen in der Verwaltung (n = 37) und befragen diese hinsichtlich ihrer Gesundheit, 24 % geben an, Lehrende zu ihrer Gesundheit zu befragen. Die Gruppe der Studierenden ist mit gerade einmal 15 Nennungen (13 %) unterdurchschnittlich vertreten. 61 % der Befragten geben an, dass das Thema „Gesundheit“ und „Wohlergehen“ in den vergangenen Jahren an ihrer Hochschule keine der Gruppen befragt wurde (Abbildung 16). Obwohl 50 % der Befragten angeben, dass ein Steuerkreis für Gesundheitsförderung an ihrer Hochschule existiert (Abbildung 11), befragen lediglich 39 % der Hochschulen (n = 45) die potenziellen Gruppen der Gesundheitsförderung an Hochschulen. In Hinblick auf den Public Health Action Cycle, der als Grundlage für systematische Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsförderung fungiert und bei dem die Bedarfserhebung zu Gesundheit und/oder Wohlergehen der Zielgruppen ein explizit formulierter Punkt ist, deutet dies auf Probleme in der evidenzbasierten Durchführung der Gesundheitsförderung an Hochschulen hin.

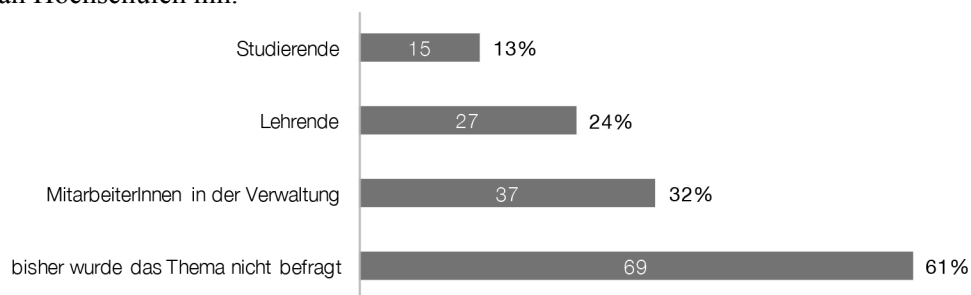


Abb. 16: Welche der Zielgruppen wurde in den vergangenen 2 Jahren hinsichtlich ihrer Gesundheit an der Hochschule befragt? (N = 114)

Des Weiteren ist interessant, ob zielgruppenübergreifende Maßnahmen als Folge der Befragung geplant und durchgeführt werden. Das Ergebnis ist ernüchternd: Lediglich 31 von 45 Hochschulen können diese Frage beantworten, wovon aber nur 17 Hochschulen spezifische Maßnahmen ableiten und durchführen. Die restlichen 14 Befragten tun dies nicht.

5.3 Gesundheitsförderliche Aktivitäten, Projekte und Angebote an Hochschulen

Beschwerdemanagement und Konfliktstellen

Welche gesundheitsförderlichen Aktivitäten oder Projekte werden an Hochschulen angeboten? Abbildung 17 und Abbildung 18 geben Aufschluss über die Existenz eines Beschwerdemanagements sowie einer Konfliktstelle. Diese Angebote sind indirekt mit der Förderung der Gesundheit der Adressat*Innen assoziiert.

Die Mehrheit der Befragten (45 %; n = 51) gibt an, dass an ihrer Hochschule kein Beschwerdemanagement existiert. 32 % (n = 37) bestätigen das Vorhandensein eines Beschwerdemanagements und weitere 20 % (n = 23) sind der Ansicht, dass aktuell keines existiert, dieses jedoch in Planung sei. 3 % (n = 3) machen dazu keine Aussage.



Abb. 17: Existiert an Ihrer Hochschule ein Beschwerdemanagement? (N = 114)

Die Bedeutung von Beschwerdemanagement ist deshalb so wichtig, weil Beschwerden als Indikator für Qualität genutzt werden können. Sie dienen als Hinweis, an welchen Stellen Probleme im Betrieb auftreten, welche sich bei fehlenden Interventionen negativ auf die Gesundheit der Adressat*innen an Hochschulen auswirken können. Diese Bedeutung wurde von den Hochschulen größtenteils noch nicht erkannt.

Das Erfassen von Beschwerden deutet auch auf ein gutes Personalmanagement hin. Hier sollte der Hochschulsektor nachjustieren und das Personal entsprechend schulen.

Zur Existenz einer Konfliktstelle (Abbildung 18) für die spezifischen Adressat*innen an Hochschulen geben 50 der Befragten an, dass für Studierende ein solches Angebot

besteht. Weiterhin geben 48 Hochschulen an, dass auch für Mitarbeiter*innen in der Verwaltung Konfliktstellen vorhanden sind. Weitere 41 Hochschulen bejahen dies auch für die Lehrenden.

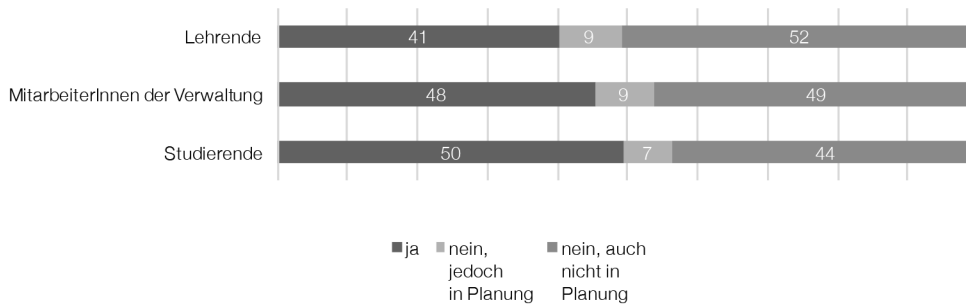


Abb. 18: Existiert an der Hochschule eine Konfliktstelle für folgende Zielgruppen? (N = 114)

An den Hochschulen, an denen Konfliktstellen für mindestens eine der Statusgruppen existieren, meinen lediglich 37 von 63 (59 %), dass das Personal dieser Konfliktstellen fachlich auf die Aufgabe vorbereitet wurde. Angesichts dessen, dass sich die restlichen 26 Hochschulen (41 %) gar nicht äußern, bleibt die fachliche Qualifikation unbekannt.

Hochschulen an denen keine Konfliktstellen existieren, konnten andere Stellen, die für das Lösen von Konflikten zuständig sind, benennen. 32 Hochschulen führen folgende Stellen auf:

1. Beratungs-/Anlaufstellen für spezifische Konflikte (n = 15)
2. Hochschulleitung (n = 9)
3. Vorgesetzte (n = 6)
4. Nicht spezifiziert (n = 2)

Wie schon im Bereich des Beschwerdemanagements angesprochen, muss auch in Bezug auf Konfliktstellen mittels adäquater Qualifizierung relevanter Akteur*innen nachjustiert werden.

Berücksichtigung weiterer Aspekte in gesundheitsförderlichen Aktivitäten

Hochschulen, in denen gesundheitsförderliche Aktivitäten stattfinden, konzentrieren sich dabei auf Aspekte/Themen wie Behinderung (n = 60), Gender (n = 57) und Alter (n = 52). Die Aspekte soziale Lage (n = 38) und Interkulturalität (n = 28) sind weniger häufig vertreten. Mehrfachantworten waren möglich. Ein Drittel der Befragten (n = 37) hat dazu keine Meinung bzw. ist über solche Aspekte und Aktivitäten nicht informiert.

Gepulte, initiierte und durchgeführte Aktivitäten zur Gesundheitsförderung

Welche Aktivitäten der Hochschule sind geplant, initiiert oder wurden bereits durchgeführt? Gemeint sind beispielsweise Service-Learning oder Community Campus Partnerships.

Zu geplanten Aktivitäten äußern sich 28 Hochschulen:

1. Veranstaltungen/Projekte (n = 11)
2. Strukturelle/systematische Veränderung (n = 10)
3. Kooperation mit Partner*innen (n = 4)
4. Keine (n = 3)

Zu initiierten Projekten äußern sich 18 Hochschulen:

1. Veranstaltungen/Projekte (n = 8)
2. Strukturelle/systematische Veränderung (n = 5)
3. Kooperation mit Partner*innen (n = 2)
4. Keine (n = 3)

Zu den durchgeführten Projekten äußerten sich 25 Hochschulen:

1. Veranstaltungen/Projekte (n = 18)
2. Kooperation mit Partner*innen (n = 4)
3. Strukturelle/systematische Veränderung (n = 3)

Veranstaltungen und Projekte dominieren bei den drei Kategorien von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Aktivitäten wie das Schließen von Kooperationen mit Partner*innen und Aktivitäten, welche strukturelle bzw. systematische Veränderungen betreffen, sind selten vertreten.

Des Weiteren wurden die Hochschulen zur Umsetzung von inter- und transdisziplinären Aktivitäten befragt. Lediglich 31 % (n = 35) beantworteten die Frage überhaupt. Tendenziell unterstützt die Hochschulleitung kaum inter- und transdisziplinären Aktivitäten.

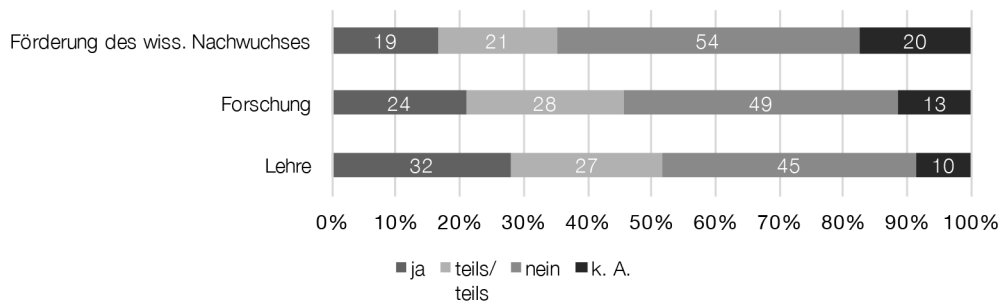


Abb. 19: Unterstützt die HS-Leitung inter- und transdisziplinäre Aktivitäten? (Mehrfachantworten möglich)

Sowohl bei der Lehre (n = 32) als auch bei Forschung (n = 24) und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses (n = 19) sind die positiven Nennungen in der Unterzahl (Abbildung 19). Umgekehrt entfallen 45, 49 bzw. 54 negative Nennungen auf Lehre, Forschung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die Tatsache, dass sich etwa jeder fünfte der Befragten gar nicht dazu äußert und eine Vielzahl angibt, kein Wissen darüber zu haben, unterstreicht dieses Ergebnis.

Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen durch die Bologna-Reform

Große Reformen wie die Bologna-Reform gehen mit erhöhter Arbeitsbelastung, Arbeitsverdichtung, kürzeren Studienzeiten, erhöhten Anwesenheits- und Prüfungsverpflichtungen einher. Die genannten Aspekte können sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung (OE und PE) können hier entgegenwirken. Haben Hochschulen die gesundheitlichen Auswirkungen fokussiert?

Zur Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen der Bologna-Reform bei der Arbeitssituation der Beschäftigten geben 41 % der Befragten (n = 47) an, dass dies nicht berücksichtigt ist und in Zukunft auch nicht berücksichtigt wird. Dass 13 % der Befragten (n = 15) keine Angabe bei dieser Frage machen, unterstreicht die scheinbar negative Wahrnehmung der Befragten. Lediglich 27 % (n = 31) berücksichtigt gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitssituation von Beschäftigten (Abbildung 20).

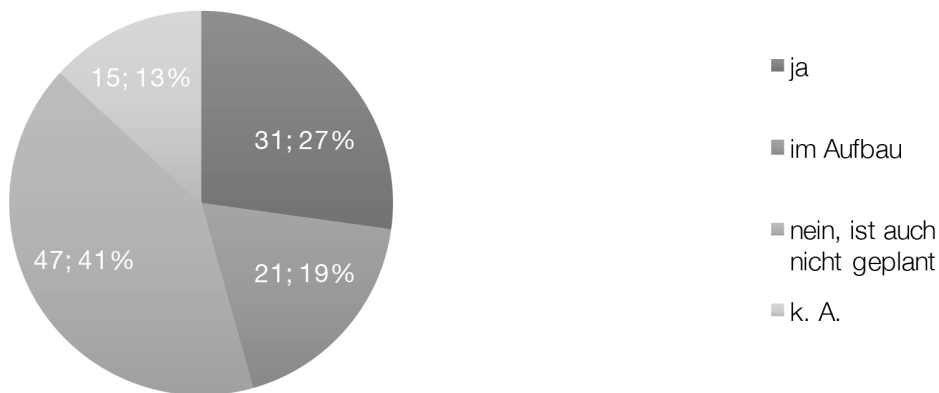


Abb. 20: Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Arbeitssituation von Beschäftigten berücksichtigt? (N = 114)

Bei den gesundheitlichen Auswirkungen der Bologna-Reform in Bezug auf die Studien- und Prüfungsplanung sowie Faktoren der Studienbedingungen von Studierenden zeichnet sich ein ähnliches Bild ab.

Dies zeigen die folgenden Abbildung 21, Abbildung 22 und Abbildung 23 deutlich.

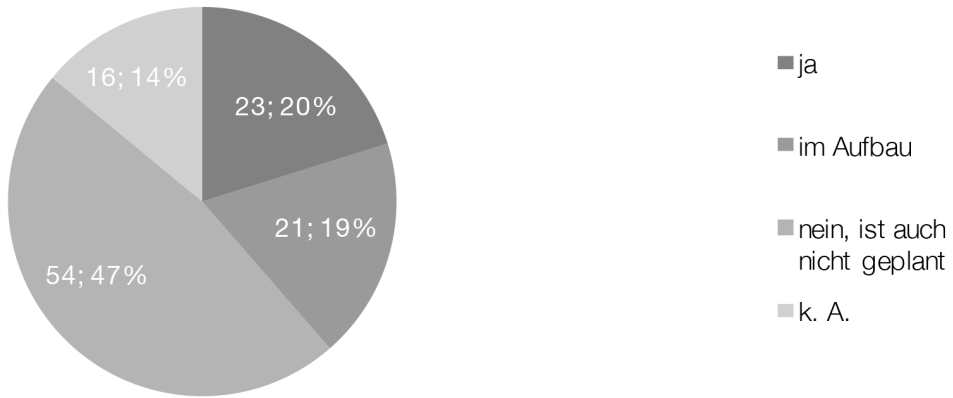


Abb. 21: Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Studienplanung berücksichtigt? (N = 114)

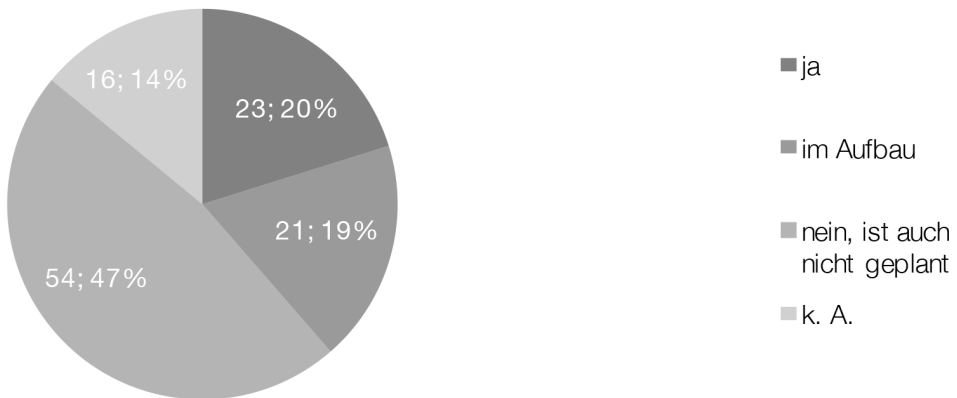


Abb. 22: Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zur Prüfungsplanung von Studierenden berücksichtigt? (N = 114)

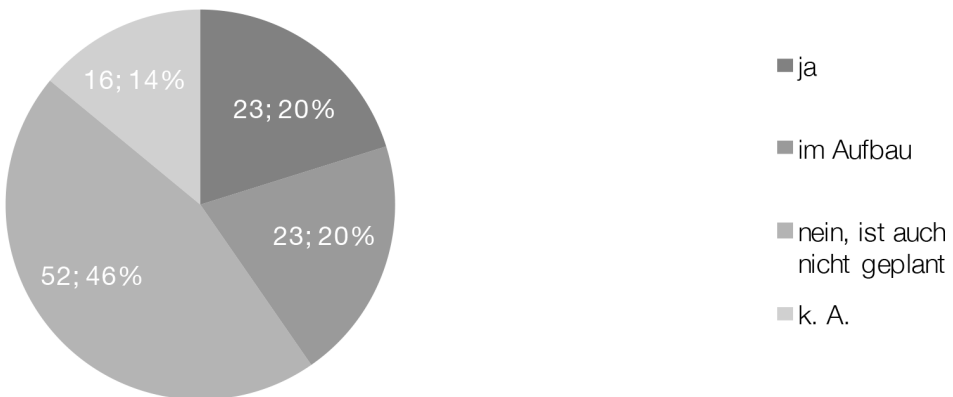


Abb. 23: Werden gesundheitliche Auswirkungen bei der Bologna-Reform zu Faktoren der Studienbedingungen berücksichtigt? (N = 114)

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Bologna-Reform auf Faktoren der Studienbedingungen werden nach Ansicht der Mehrheit der Befragten (46 %; n = 52) nicht berücksichtigt und dies ist auch zukünftig nicht geplant; 16 fehlende Angaben unterstreichen diese Aussage. Lediglich 20 % der Befragten (n = 23) meinen, dass die Bologna-Reformen Auswirkungen auf Faktoren der Studienbedingungen haben. Es wird deutlich, dass Auswirkungen auf die Gesundheit kaum mitgedacht und berücksichtigt werden. Hier muss dringend mittels OE- und PE-Maßnahmen nachjustiert werden.

Integration von Gesundheitsförderung in die Curricula der Studiengänge

Lediglich 21 % der Hochschulen (n = 24) geben an, Themen der Gesundheitsförderung in Module für überfachliche Kompetenzen zu integrieren. Die Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass keine Integration von Gesundheitsthemen in die Curricula der Studiengänge erfolgt. Im Sinne der Nachhaltigkeit gibt es umfassende Ergebnisse, die am Beispiel der Lehrerbildung zeigen, wie wichtig es ist, Gesundheitsthemen in die Lehre einzubinden (Hamacher & Wittmann, 2005). Bislang gibt es jedoch keine geeigneten Lehrbücher für Studierende anderer Fachbereiche.

Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gesundheitsförderung

11 % der antwortenden Hochschulen (n = 13) sind der Ansicht, dass nach innen eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gesundheitsförderung stattfindet (Abbildung 24); nach außen sind knapp ein Drittel (33 %; n = 38) der Befragten dieser Ansicht (Abbildung 25). Vor dem Hintergrund, dass rund ein Viertel der Befragten dazu keine Meinung hat, ist anzunehmen, dass der Mangel an öffentlicher Präsenz sowohl nach innen als auch nach außen noch ausgeprägter ist.

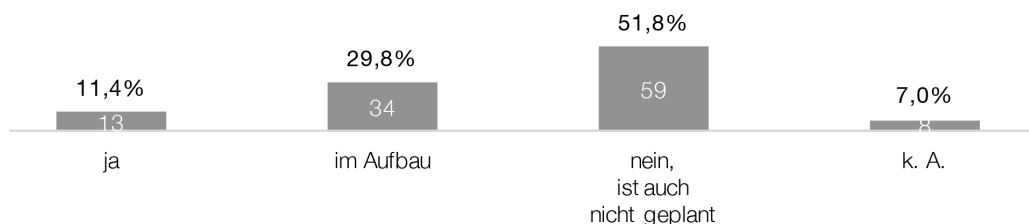


Abb. 24: Findet eine systematische Öffentlichkeitsarbeit nach innen statt? (N = 114)

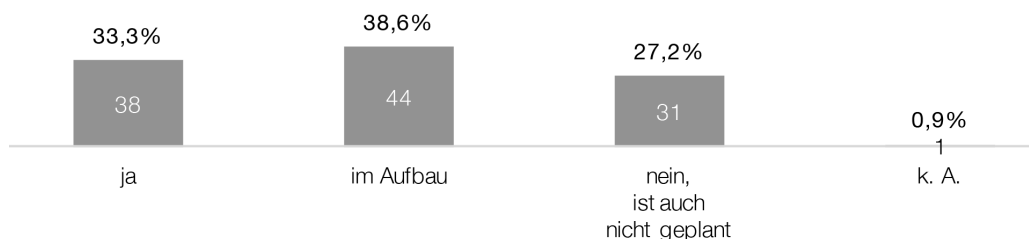


Abb. 25: Findet eine systematische Öffentlichkeitsarbeit nach außen statt? (N = 114)

Die Hochschulen, die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gesundheitsförderung leisten, tun dies in folgender Form (Mehrfachnennungen möglich):

1. Internetpräsenz/E-Mail (n = 14)
2. Printmedien/Aushänge (n = 8)
3. Informationsveranstaltungen (n = 3)
4. Sonstige (n = 4)

Die häufigste Form der Öffentlichkeitsarbeit geschieht über Internetpräsenz und E-Mail, gefolgt von Printmedien und Aushängen. Durch zielgruppenspezifisches Marketing für die Gesundheitsförderung an Hochschulen kann durchaus der Erfolg von Maßnahmen befördert werden.

5.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Integration von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule ist sehr different ausgeprägt. Scheinbar ist das Thema noch so „neu“, dass es von der Hochschulleitung nicht die nötige Unterstützung bekommt, der es zur erfolgreichen Umsetzung bedarf. Bisher existiert auch kein einheitliches Curriculum für Gesundheitsförderung an Hochschulen. Die Art und Weise, wie die Aufgaben von den Beauftragten für Gesundheitsförderung wahrgenommen werden, sind sehr heterogen und von deren Vorbildung bzw. Qualifikation abhängig. Weiterhin hängt es von den Gestaltungsmöglichkeiten, die die Hochschule bietet, und dem Gestaltungswillen, der Kompetenz und der Einsatzbereitschaft sowie dem Selbstverständnis der Koordinator*innen für Gesundheitsförderung ab, wie sie ihre Arbeit gestalten können. Von großer Bedeutung ist auch, ob es entsprechende Vereinbarungen an der Hochschule gibt und ob die betreffenden Einheiten über ein eigenes Budget verfügen. Obwohl vom AGH schon vor vielen Jahren 10 Gütekriterien für gesundheitsfördernde Hochschulen formuliert wurden (www.gesundheitsfoerderung-de-hochschulen.de), haben diese kaum Eingang in die Hochschulen gefunden. Wie sich erkennen lässt, ist Gesundheitsförderung kaum systematisch in den Leitungs- und Steuerungsebenen der Hochschulen eingebunden. Verankerung in der Grundordnung, Kennzahlen, Controlling und Berichtspflicht fehlen fast durchgängig. Durch die dauerhafte Einbeziehung von Gesundheitsförderung in die Steuerungsebenen und das Einsetzen entsprechender Managementmethoden würde das Thema in alle Handlungsfelder der Hochschule Einzug halten. Gesundheitsförderung so als Querschnittsthema verankert, kann nachhaltig und ganzheitlich für alle Statusgruppen umgesetzt werden. Hier sind beispielsweise die Einbindung in die Hochschulgesetze und Zielvereinbarungen der Hochschulen mit den Ministerien eine nicht zu unterschätzende Determinante. Würde von den Hochschulen Berichtspflicht auch hinsichtlich Gesundheitsförderung auf allen Handlungsebenen erwartet und diesbezüglich das Herstellen von Transparenz durch die Politik verpflichtend vorgeschrieben werden, würde dies ohne Zweifel dazu beitragen, die Prozesse innerhalb der Hochschulen erheblich zu beschleunigen. Von hoher Bedeutung ist zudem Health Literacy. Dabei geht es um die Vermittlung von Wissen, welches Studierende und Beschäftigte benötigen, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten und um im Rahmen der Entwicklung fachlicher und überfachlicher Kompetenzen Employability zu erwerben. Dies wird u. a. im Bologna-Prozess gefordert.

6 Studierende als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen

Studierende rücken in den letzten Jahren im Rahmen des Studentischen Gesundheitsmanagements (SGM) immer häufiger in den Fokus von Untersuchungen (Gusy, Lohmann & Wörfel, 2015). Die Relevanz liegt unter anderem in steigenden Prävalenzraten psychischer Störungen begründet (TK, 2011). In diesem Kapitel wird aufgezeigt, was die Hochschulen für die Gesundheit ihrer Studierenden tun und wie der Bedarf erhoben wird, was Ausgangspunkt einer jeden Maßnahmenplanung sein sollte (siehe Abbildung 1).

6.1 Bedarfserhebung bei Studierenden

Auf die Frage hin, wie der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit bei Studierenden erfasst wird, antworten 43 % (n = 49) wie folgt:

1. Keine Bedarfsermittlung (n = 22)
2. Direkte Befragung (regelmäßig oder Rhythmus unbekannt) (n = 9)
3. Individuelle Lösungen/Einzelfallanalyse (n = 5)
4. Direkte Befragung mit unregelmäßigem Rhythmus (n = 4)
5. Keine Bedarfsermittlung, aber geplant (n = 2)
6. Sonstige Quellen (n = 7)

In Abbildung 26 sind die Abstände dargestellt, in denen die Bedarfserhebung bei Studierenden stattfindet.



Abb. 26: In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit von Studierenden ermittelt? (N = 114)

Lediglich 6 % der Antwortenden (n = 7) geben an, dass jährlich eine Bedarfsermittlung zum Thema Gesundheit bei den Studierenden durchgeführt wird. 87 % treffen hierzu keine Aussage.

6.2 Gesundheitsförderliche Angebote und Strukturen für Studierende

Soziale Unterstützung und Beratung für Studierende

Nach Ansicht fast aller befragten Hochschulen (91%; n = 104) erhalten die Studierenden soziale Unterstützung und Beratung (Abbildung 27). 5 % der Hochschulen (n = 5) geben an, dass dies nicht gegeben bzw. in Zukunft auch nicht geplant ist. 4 % der Befragten antworten hier nicht. Dies deutet darauf hin, dass diese keine soziale Unterstützung und Beratung für Studierenden anbieten. Obwohl ein Großteil die Frage bejaht, können diese scheinbar nicht differenzieren, in wieweit die Unterstützung und Beratung der Gesundheitsförderung zuzuordnen ist.

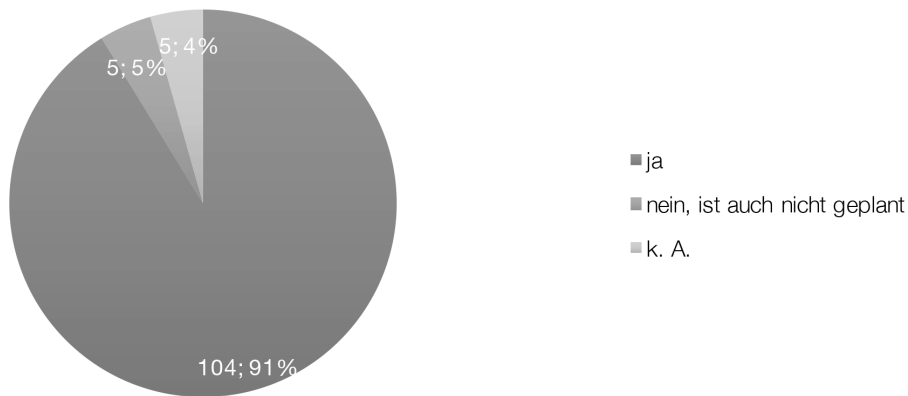


Abb. 27: Erhalten die Studierenden soziale Unterstützung und Beratung? (N = 114)

Unterstützung der Hochschulen für Studierende in besonderen Lebenslagen

Nach Ansicht der Befragten werden die Studierenden in den besonderen Lebenslagen grundsätzlich umfassend unterstützt (Abbildung 28). Das betrifft sowohl Studierende mit Kindern (91 %; n = 104), Studierende aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund (90 %; n = 103) als auch Studierende mit Behinderung oder chronischen Krankheiten (89 %; n = 101).

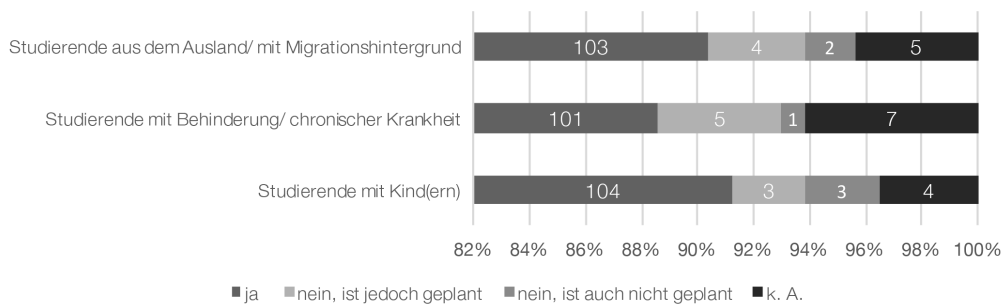


Abb. 28: Unterstützung der Hochschulen für Studierende in besonderen Lebenslagen (N = 114)

18% der Hochschulen (n = 21) nennen weitere Unterstützungsangebote:

1. Psychosoziale Unterstützung (n = 8)
2. Unterstützung bei familiären Angelegenheiten/Pflege (n = 6)
3. Unterstützung bei Gleichstellungsangelegenheiten (n = 3)
4. Sonstige (n = 4)

Dennoch gibt es Hochschulen, welche keinerlei Unterstützung für Studierende in besonderen Lebenslagen anbieten.

6.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Der Befragung zufolge existiert offensichtlich ein sehr hohes Angebot hinsichtlich sozialer Unterstützung für Studierende. Hier ist zu fragen, wie dies mit der hohen Quote von Studienabbrecher*innen (Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, 2017) vereinbar ist. Sind die Angebote der Hochschulen für die Studierenden letztendlich nicht hilfreich bzw. verfehlen diese ihr Ziel? Der Fokus der Hochschulangebote scheint mehr auf Beratung zu liegen, als auf Fürsorge. Studierende dürfen nicht von einer Beratungsstelle zur nächsten geleitet werden.

Auffallend ist auch, dass die Diversität unter den Studierenden in den Angeboten nicht berücksichtigt wird. Mehrfachbelastete Studierende wurden beispielsweise noch gar nicht fokussiert.

7 Verwaltungspersonal als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen

7.1 Bedarfserhebung bei dem Verwaltungspersonal

Auf die Frage, wie der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit beim Verwaltungspersonal erfasst wird, antworten 61 % (n = 69) wie folgt:

1. Direkte Befragungen mit regelmäßigem Rhythmus (n = 22)
2. Keine Bedarfsermittlung (n = 15)
3. Systematisch durch zuständige Abteilung (n = 10)
4. Individuelle Lösung/Einzelfallanalyse (n = 5)
5. Direkte Befragungen mit unregelmäßigem Rhythmus (n = 3)
6. Analyse des Krankenstands (n = 3)
7. Keine Bedarfsermittlung, aber geplant (n = 3)
8. Sonstige (n = 8)

In Abbildung 29 sind die Abstände dargestellt, in denen die Bedarfserhebung beim Verwaltungspersonal stattfindet.

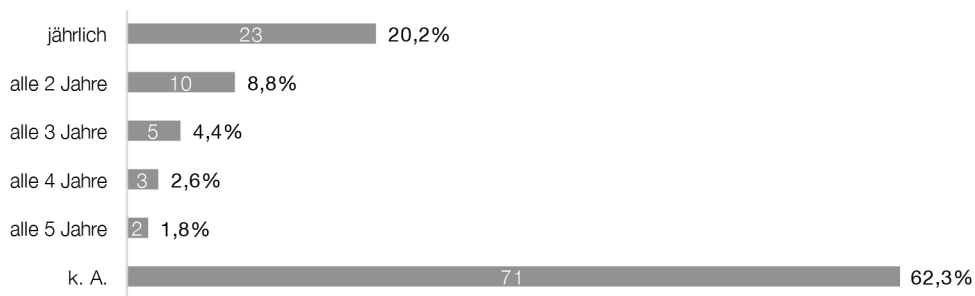


Abb. 29: In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit vom Verwaltungspersonal ermittelt? (N = 114)

20 % der Befragten (n = 23) geben an, dass jährlich eine Bedarfsermittlung zum Thema Gesundheitsförderung bei den Mitarbeiter*innen der Verwaltung durchgeführt wird. Von den antwortenden Hochschulen meinen 9 % (n = 10), dass dies alle zwei Jahre der Fall sei, die restlichen 10 Antworten (9 %) verteilen sich auf die Zeiträume 3, 4 und 5 Jahre.

7.2 Gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen für das Verwaltungspersonal

Bewegungs- und Entspannungsangebote am Arbeitsplatz

54 % der Hochschulen (n = 62) meinen, dass Bewegungs- und Entspannungsangebote für die Mitarbeiter*innen der Verwaltung vorgehalten werden. Ein Viertel (n = 29) meint, dass diese Angebote aktuell im Aufbaustadium seien. In Hinblick auf verhaltenpräventive Maßnahmen (Entspannung, Bewegung) scheint ein gewisses Bewusstsein von Gesundheitsförderung vorhanden zu sein.

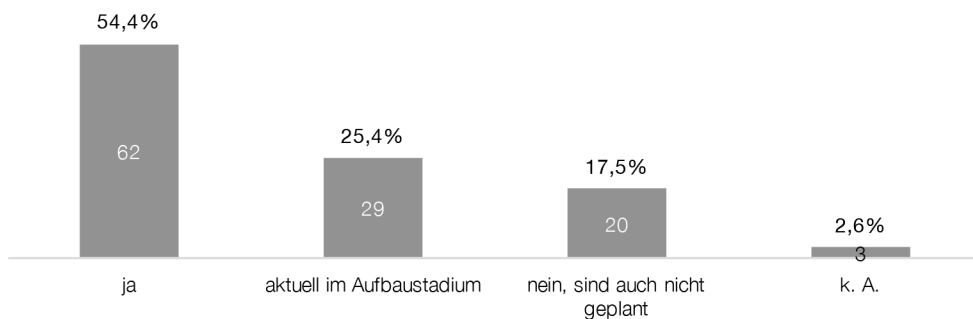


Abb. 30: Werden Bewegungs- und Entspannungsangebote am Arbeitsplatz vorgehalten? (N = 114)

Arbeitsplatzanalysen unter Beteiligung der Beschäftigten

72 % der befragten Hochschulen (n = 82) führen Arbeitsplatzanalysen mit Beteiligung der Beschäftigten durch. Weitere 18 % (n = 21) sind der Meinung, dass dies im Aufbau sei. 10 % der Hochschulen (n = 11) geben an, dass keine Arbeitsplatzanalysen durchgeführt werden und dies in Zukunft auch nicht geplant sei (Abbildung 31).

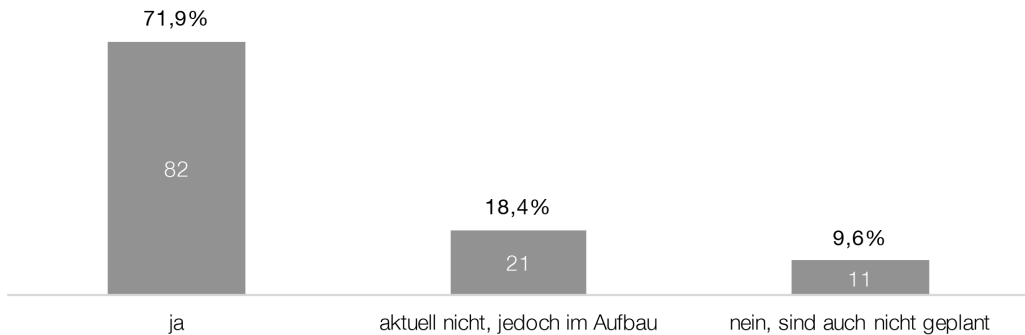


Abb. 31: Wurden bisher Arbeitsplatz-Gefährdungsanalysen unter Beteiligung der Beschäftigten durchgeführt?

Dass auch psychische Belastungen bzw. Stressbelastungen bei der Arbeitsplatzanalyse berücksichtigt werden (Abbildung 32), bejahen 54 % (n = 61) der Hochschulen. Vergleicht man dies jedoch mit der Anzahl derjenigen, die das verneinen (28 %; n = 32) und denen, die dazu keine Aussage treffen (18%; n = 21), so scheint das Thema bei Arbeitsplatzanalysen zumindest von etwas über der Hälfte der befragten Hochschulen berücksichtigt zu werden.

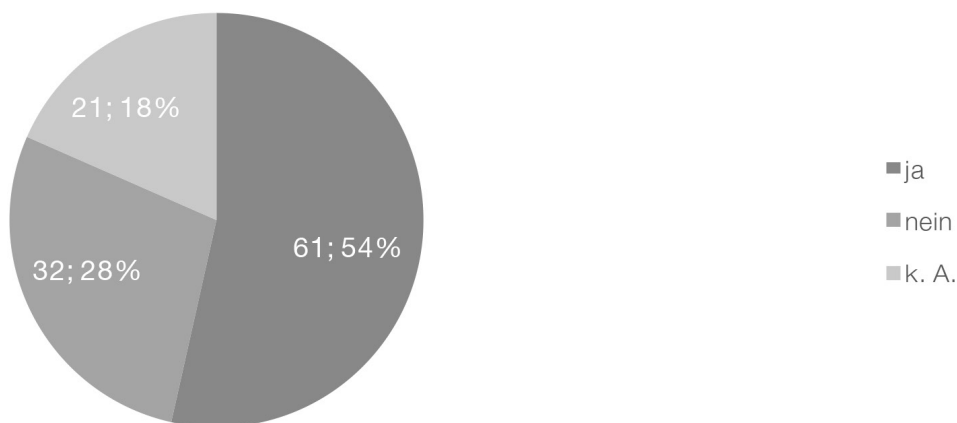


Abb. 32: Wurde dabei die psychische Belastung bzw. Stressbelastung berücksichtigt? (N = 114)

Psychische Belastungsfaktoren, die einen wesentlichen Anteil an der gesundheitlichen Gefährdung des Verwaltungspersonals haben, werden noch nicht ausreichend berücksichtigt. Dies ist Hinweis auf eine verminderte Fürsorge der Hochschulen gegenüber den Mitarbeiter*innen.

Schulung von Führungskräften hinsichtlich ihres Einflusses auf die Mitarbeitergesundheit

Nur eine Minderheit von 34 % der Befragten (n = 39) ist der Meinung, dass die Personen in Führungspositionen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen geschult wurden. Jedoch geben knapp zwei Drittel (n = 73) der Befragten an, dass in diesem Bereich gar nicht geschult wird.

Auf die Frage „Falls ja, erhalten Sie bei Bedarf fachliche Unterstützung?“ antworteten 82 % der Hochschulen (n = 32), bei denen die Führungskräfte hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen geschult werden, mit ja. Bei 10 % (n = 4) ist dies nicht der Fall. 8 % der Befragten geben an, dass in Zukunft bei Bedarf fachliche Unterstützung gegeben sein wird.

7.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Bedarfserhebung, welche Ausgangspunkt einer jeden Maßnahmenplanung sein sollte, scheint an Hochschulen sehr defizitär zu sein. So ist zwar positiv hervorzuheben, dass etwas mehr als die Hälfte der Hochschulen im Rahmen der Mitarbeiter*innengesundheit auf der Ebene von Verhaltensprävention arbeiten, diese anscheinend aber nicht auf einer fundierten Bedarfserhebung aufbaut. Es gibt jedoch auch Hochschulen, welche Angebote zu Bewegung und Entspannung noch nicht einmal in Betracht ziehen.

In Hinblick auf die gesetzlich vorgeschriebene Durchführung der psychischen Gefährdungsbeurteilung (§5 Arbeitsschutzgesetz) sind die Aktivitäten der Hochschulen defizitär zu beurteilen. Dabei handelt es sich hierbei um einen gesetzlichen Auftrag, den auch Hochschulen (als Betriebe) erfüllen müssen.

8 Lehrpersonal als Statusgruppe der Gesundheitsförderung an Hochschulen

Aufgrund der Autonomie und Freiheit, die dem akademischen Personal gewährt wird, melden sich viele Wissenschaftler*innen nicht krank. Besonders der akademische Mittelbau ist davon betroffen. (Negative) gesundheitliche Auswirkungen werden bei dieser Zielgruppe häufig unterschätzt. Die Behauptung, die Gruppe des akademischen Personals könne mit ihren Problemen selber umgehen, scheint ein Teil des wissenschaftlichen Ethos zu sein, der teilweise auch durch die Gruppe selbst getragen wird.

8.1 Bedarfserfassung bei dem Lehrpersonal

Auf die Frage, wie der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit beim Lehrpersonal erfasst wird, antworten 52 % (n = 59) wie folgt:

1. Keine Bedarfsermittlung (n = 17)
2. Direkte Befragungen mit regelmäßigem Rhythmus (n = 14)
3. Individuelle Lösung / Einzelfallanalyse (n = 5)
4. Systematisch durch zuständige Abteilung (n = 4)
5. Keine Bedarfsermittlung, aber geplant (n = 4)
6. Direkte Befragungen mit unregelmäßigem Rhythmus (n = 3)
7. Analyse des Krankenstands (n = 3)
8. Sonstige (n = 9)

In Abbildung 33 sind die Abstände dargestellt, in denen die Bedarfserhebung beim Lehrpersonal stattfindet.

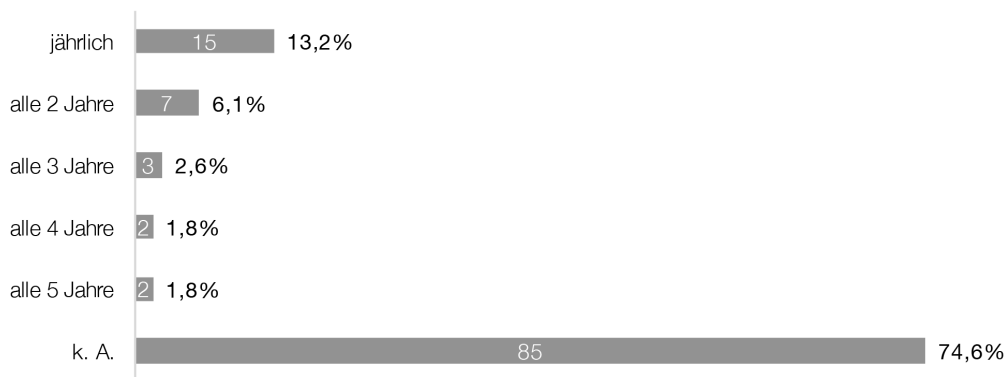


Abb. 33: In welchen Abständen wird der Bedarf bezüglich der Gesundheit vom Lehrpersonal ermittelt? (N = 114)

13 % der Befragten (n = 15) geben an, dass jährlich eine Bedarfsermittlung zum Thema Gesundheitsförderung beim Lehrpersonal durchgeführt wird. 6 % der Antwortenden (n = 7) meinen, dass dies immerhin alle zwei Jahre der Fall sei. Die restlichen sieben Antworten (7 %) verteilen sich auf die Zeiträume 3, 4 und 5 Jahre. 75 % der Hochschulen (n = 85) antworten gar nicht auf diese Frage.

8.2 Gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen für das Lehrpersonal

Integration des Querschnittsthemas in die Lehre

Lediglich 19 % der Hochschulen (n = 22) geben an, dass Gesundheitsförderung als Querschnittsthema in die Lehre integriert ist (Abbildung 34). Bei der Mehrheit (52 %; n = 59) ist dies nicht der Fall. Vor allem Hochschulen in Baden-Württemberg (13 von 22)

und Bayern (7 von 11) integrieren das Querschnittsthema in die Lehre. 16 % der Befragten (n = 18) meinen, dass dies aktuell nicht der Fall sei, aber berücksichtigt werden soll. 13 % der Hochschulen (n = 15) treffen hierzu keine Aussage.

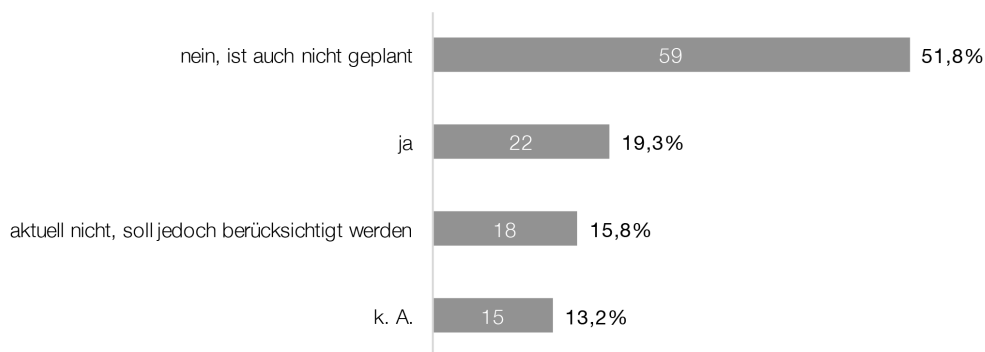


Abb. 34: Wird Gesundheitsförderung als Querschnittsthema in die Lehre integriert? (N = 114)

Schulung der Lehrenden in Aufgaben der Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung

Nach Ansicht der Mehrzahl der Befragten (n = 48) erhalten die Lehrenden keine entsprechende Schulung, wenn sie an der Hochschule ihre Tätigkeit aufnehmen, um ihre Aufgaben in Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung adäquat wahrnehmen zu können; und dies sei auch nicht geplant. 37 meinen, dass dies aktuell nicht der Fall sei, aber berücksichtigt werden sollte. Lediglich 18 von 114 Hochschulen, also rund 15 % sind der Ansicht, dass die Lehrenden aktuell adäquat geschult sind.

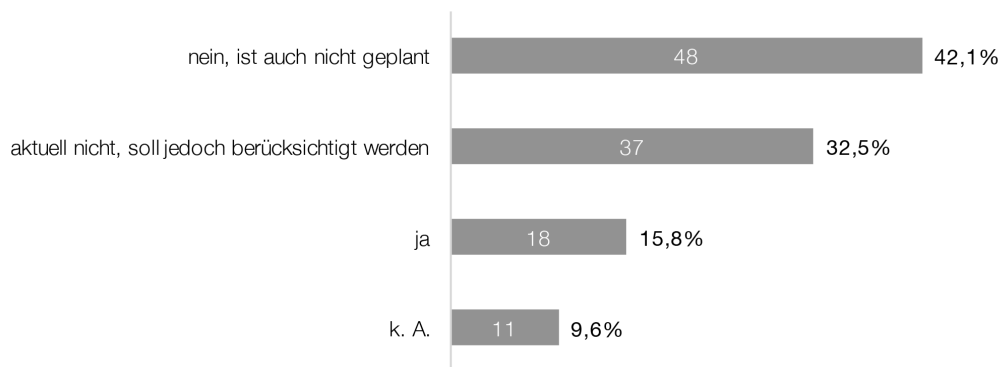


Abb. 35: Erhalten die Lehrenden eine entsprechende Schulung, wenn sie ihre Tätigkeit aufnehmen, damit sie ihre Aufgaben in Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung adäquat wahrnehmen können? (N = 114)

8.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wie auch bei Verwaltungsmitarbeiter*innen wird das Personal für Lehre und Forschung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Bedarfe sehr unregelmäßig befragt. Ein Strategiekonzept und eine Berichtspflicht gegenüber den jeweiligen Landes- und Bundesministerien können zukünftig helfen, den Prozess zur gesundheitsfördernden Hochschule zu vollziehen.

Ausbaufähig ist vor allem die Integration von Gesundheitsthemen in die Lehre. Hierfür müssen Themen der Gesundheitsförderung in die Curricula der Studiengänge verankert werden.

Es ist wichtig, dass Absolvent*innen lernen, für sich selbst zu sorgen, aber auch verstehen, dass Gesundheit wie auch Nachhaltigkeit Querschnittsthemen sind, welche bei allen Entscheidungen in Hochschulen und anderen Betrieben mitgedacht werden müssen. Da Absolvent*innen die Führungskräfte von morgen sind, werden diese „Kultur“ dann auch in ihrem Berufsleben weitertragen.

9 Gesundheitsförderlichkeit des Campus

9.1 Was macht den Campus gesundheitsförderlich?

Insgesamt sind die Befragten der Ansicht, dass der Campus ihrer Hochschule dazu beiträgt, die Gesundheit der Statusgruppen zu fördern; vor allem die Begrünung/anti-allergene Bepflanzung, die Begegnungsmöglichkeiten innen und außen sowie Möglichkeiten für Sport und Bewegung tragen dazu bei (Abbildung 36).

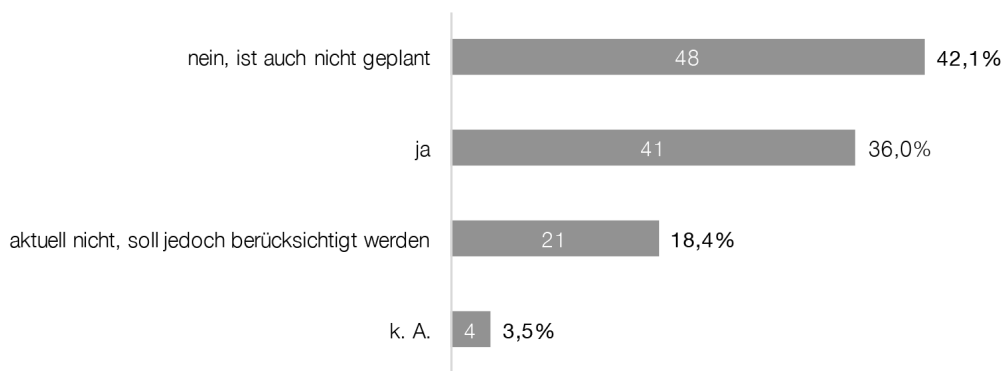


Abb. 36: Inwiefern ist der Campus gesundheitsförderlich? (Mehrfachnennung möglich)

9.2 Gesundheitsförderliche Angebote und Aktivitäten auf dem Campus

Untersuchung von Akustik- und Raumklima

42 % der Befragten (n = 48) verneinen, dass Akustik und Raumklima hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Gesundheit untersucht wurden. Weitere 18 % (n = 21) verneinen dies aktuell, sind aber dafür, dass dies in Zukunft berücksichtigt wird. Nur 36 % der Befragten (n = 41) wissen etwas von der Existenz derartiger Untersuchungen zu berichten.

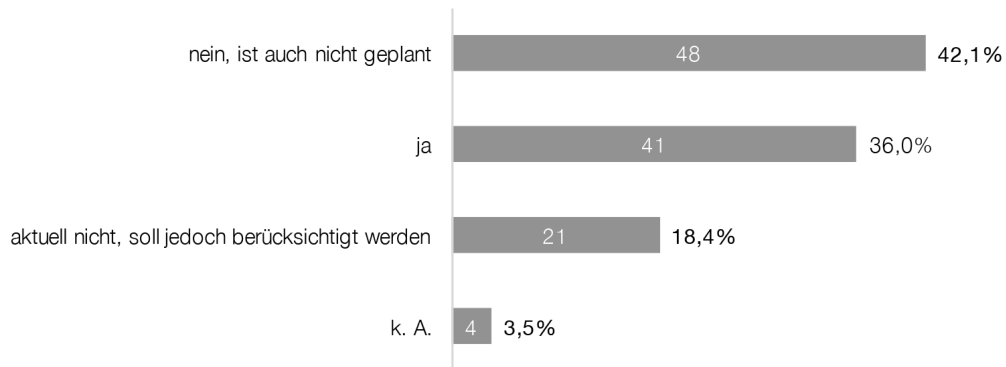


Abb. 37: Wurde die Akustik/das Raumklima hinsichtlich Gesundheit untersucht? (N = 114)

Insgesamt scheint die Untersuchung von Akustik- und Raumklima als Strukturqualität wenig entwickelt zu sein. Die Ergebnisse sind unbefriedigend, da gesetzliche Vorgaben wie die Arbeitsstättenverordnung auch für Hochschulen gelten und daher mehr erwartet werden kann.

Ergonomische Gestaltung der Möbel

Auf die Frage, ob die Möbel an der Hochschule ergonomisch gestaltet sind, meinen 39 % der Befragten (n = 44), dass dies der Fall sei. Weitere 56 % (n = 64) geben an, dass es teilweise umgesetzt ist. Die restlichen 5 % (n = 6) verneinen die Frage bzw. treffen keine Aussage. Insgesamt scheint ein Großteil der Hochschulen auf die ergonomische Gestaltung der Möbel zu achten.

Rauchverbot auf dem Campus

Nach Ansicht nahezu aller Befragten (97 %; n = 111) besteht in den Hochschulgebäuden ein Rauchverbot. Auf dem Campus-Gelände gilt das Rauchverbot bei 81 % der Befragten (n = 92).

Kursangebote zum Thema Nikotin- und Alkoholsucht für alle Hochschulmitglieder

55 % der Befragten (n = 63) sind der Ansicht, dass an ihrer Hochschule keine Kurse zum Thema Nikotin- und Alkoholsucht für alle Statusgruppen der Hochschule angeboten werden. In Baden-Württemberg ist dieser Trend noch deutlicher (n= 14 von 23), ebenso in Berlin (n = 6 von 9). 18 % der Hochschulen (n = 20) meinen, dass ein derartiges Angebot im Aufbau sei. Damit fehlt ein solches Angebot aktuell in 3 von 4 Hochschulen. Lediglich 25 % der Befragten (n = 28) verweisen auf die Existenz solcher Kursangebote.

Angebot von kostenlosem Trinkwasser in Cafeterien/Mensen

70 % der Befragten (n = 80) wissen nichts von einem kostenlosen Angebot von Trinkwasser in den Cafeterien oder Mensen ihrer Hochschule. 9 % (n = 10) sind der Ansicht, dass dies im Aufbau sei. Lediglich 18 % der Hochschulen (n = 21) geben an, dass Trinkwasser kostenlos in Mensen/Cafeterien angeboten wird. Es ist somit unstrittig, dass es zu wenig Wasserhähne zum kostenlosen Abfüllen von Trinkwasser in Mensen gibt.

9.3 Exkurs: Trinkwasser und Gesundheit

Am Beispiel Wasser lässt sich die Komplexität des Themas Bildung für nachhaltige Entwicklung exemplarisch gut darstellen. Leitungswasser ist ein gesundes Lebensmittel, teilweise gesünder als die im Handel angebotenen Mineralwässer wie Stiftung Warentest (2016) erhoben hat. Der Konsum von Leitungswasser ist also ein Beitrag zur Gesundheit von Menschen. Vor allem ist dieses Lebensmittel für die Konsument*innen deutlich kostengünstiger.

Unter Nachhaltigkeitsüberlegungen wirkt der Konsum von Wasser aus Plastikflaschen, die über lange Strecken hinweg transportiert werden und in zunehmend nicht zu recycelten Flaschen abgefüllt werden, widersinnig. Offenbar haben aber Lebensmittelkonzerne das Konsumverhalten von Verbraucher*innen dahingehend beeinflusst, dass Menschen Geld für ein notwendiges Lebensmittel ausgeben, welches in einer Verpackung verkauft wird, was allen Aspekten von Nachhaltigkeit entgegensteht.

Das Wasserbeispiel zeigt wie sehr soziale Nachhaltigkeit, Gesundheit, Ökologie, Wirtschaft und Politik miteinander verflochten sind. Der Coca-Cola Konzern beispielsweise hat die deutschen Hochschulen als Standorte entdeckt, wo er ungehindert seine Produkte vermarkten kann. Auch die Marke CHAQWA, die fair gehandelten Kaffee vertreibt, gehört zu diesem Konzern. So kann dieser mit großer Selbstverständlichkeit für seine Marke werben, indem die so gekennzeichneten Getränkeautomaten aufgestellt werden, neben denen häufig sowie scheinbar selbstverständlich die Automaten mit süßen Snacks stehen, welche ebenfalls Produkte von großen Lebensmittelkonzernen vertreiben und die wie auch die Softdrinks in hohen Dosen das gesundheitsschädigende raffinierte Zucker enthalten.

Es ist erstaunlich, dass die Studierendenwerke, als Anstalten öffentlichen Rechts, völlig ungehindert solchen Konzernen die Tür für die gezielte Beeinflussung jüngerer Menschen geöffnet haben. Warum die Länderministerien, welche die Rechtsaufsicht über die Studierendenwerke haben, hier nicht regulierend tätig geworden sind, ist schwer nachzuvollziehen. Über Verträge mit den Studierendenwerken sollte erreicht werden, dass weniger oder gar keine zuckerhaltigen Getränke in den Mensen und Cafeterien der deutschen Hochschulen verkauft werden dürfen.

An diesem Beispiel wird aber deutlich wie essenziell die nachhaltige Entwicklung von Gesundheitskompetenz und Bildung abhängig ist. Wenn Hochschulen die Möglichkeit schaffen, Wasser dort entnehmen zu können, wo sich Studierende und andere Hochschulmitglieder aufhalten, lernen, arbeiten und essen, dann geht diese Aktivität weit über eine gesundheitsfördernde Maßnahme im engeren Sinne hinaus. Sie nimmt damit Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten und Studierenden und leistet mit einer gelebten und nachhaltigen Hochschulkultur einen großen gesellschaftlichen Beitrag.

9.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Hochschulen, abgesehen von der Begrünung und den Bewegungsmöglichkeiten auf dem Campus, auf Verhaltens- und auf Verhältnisebene viel Potenzial zur Verbesserung haben.

Vor allem im Bereich Suchtprävention können Hochschulen Studierende und Beschäftigte mit gesundheitsfördernden Angeboten unterstützen. Beispielsweise können sich die Beauftragten für Gesundheitsförderung mit regionalen Arbeitskreisen zu Sucht strategisch vernetzen.

Am Trinkwasserbeispiel ist deutlich geworden, wie eng verknüpft die Themenbereiche Gesundheit und Nachhaltigkeit sind. Es zeigt, wie wichtig es ist, die Interessen von Akteur*innen, welche Einfluss auf die Hochschulen und ihre Mitglieder haben, zu analysieren.

Als Leuchtturm zum Thema Trinkwasser ist die Hochschule Magdeburg-Stendal zu nennen: Das studentische Projekt „trinkWasser!“ hat zum Ziel, freizugängliche Trinkwasserbrunnen in den Gebäuden der Hochschule zu implementieren. Diese werden durch Sponsor*innen, Langzeitstudiengebühren, etc. finanziert. Ganz im Sinne des Public Health Action Cycles wurde das Projekt evaluiert, indem das Trinkverhalten der Studierenden vor und nach der Installation des Trinkwasserbrunnens erhoben wurde. Das Ergebnis spricht für die Verhältnisprävention, denn das Trinkverhalten der Studierenden hat sich nach der Installation des Trinkwasserbrunnens signifikant verbessert. Das Projekt, welches mittlerweile seit mehreren Jahren läuft, hat dazu geführt, dass es drei freizugängliche Trinkwasserbrunnen auf dem Campus gibt (Kailer, 2016).

10 Fazit

Die Förderung von Gesundheit im Setting Hochschule durch die Politik wird dadurch erschwert, dass Gesundheit in einem anderen Ressorts verortet ist als Bildung. Das Gesundheitsministerium macht dem Wissenschaftsministerium keine Vorgaben, um das Ziel Gesundheitsförderung an Hochschulen zu verankern. Daher ist es wichtig, in interministerieller Zusammenarbeit Lösungen oder Maßnahmen für Gesundheitsförderung im Setting Hochschule voranzubringen. Auffallend ist, dass nach der Vereinbarung der SDGs (United Nations, 2015) das Thema Nachhaltigkeit an Hochschulen und in wissenschaftlichen Einrichtungen durch massive finanzielle Förderung des Wissenschaftsministeriums deutlich an Fahrt aufgenommen hat. Es fühlen sich immer mehr Hochschulen den SDGs verpflichtet, was sich unter anderem durch Berichterstattungen zeigt.

Zu keiner Zeit hat Gesundheitsförderung an Hochschulen ähnliche systematische Aufmerksamkeit und Förderung aus Bundesmitteln erfahren. Lediglich durch einzelne Krankenkassen wie die TK und die Landesunfallkasse NRW wurden Projekte sowie Arbeitskreise für gesundheitsfördernde Hochschulen (regional und bundesweit) gefördert. Diese konnten jedoch nicht annähernd die Schubkraft entwickeln wie es beim Thema Nachhaltigkeit der Fall ist. Auf der internationalen Ebene wurde durch die Verabschiedung der Okanagan Charter (2015) für gesundheitsfördernde Hochschulen die Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit hergestellt. Die Okanagan Charter (2015) zeigt auf, wie eng die Gesundheit der Bevölkerung, Umwelt und Nachhaltigkeit miteinander verzahnt sind. Beide Themen sind an Hochschulen in der Steuerungsebene zu implementieren (Faller, 2005). Auch im EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation „Horizon 2020“ sind Nachhaltigkeit und Inequality Querschnittsthemen, die berücksichtigt werden. Dies muss auch für die Forschung innerhalb der Gesundheitswissenschaften gelten und durch gezielte Anreize gekoppelt werden.

Damit Gesundheit als ein Indikator für den Erfolg sozialer Nachhaltigkeit genutzt werden kann (siehe 3. Ziel der SDGs), muss das Thema Gesundheit im Rahmen der Nachhaltigkeitsdebatte gebührende Beachtung finden. Sowohl die erprobten Methoden als auch die Ergebnisse aus der Gesundheitsforschung können dabei genutzt werden. Anders herum können auch Instrumente wie die Living Laboratories aus der Nachhaltigkeitsforschung die Gesundheit der Statusgruppen nachhaltig fördern. Dieses Instrument wird schon im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Bildung für Nachhaltige Entwicklung (BNE) erfolgreich genutzt.

11 Zusammenfassung der wichtigsten Konsequenzen und Forderungen

Aus den Ergebnissen lassen sich zwei Arten von Konsequenzen ableiten: Aktivitäten müssen a) auf der politischen Ebene und b) auf der Ebene von Qualifikationen relevanter Personengruppen an Hochschulen initiiert werden. Die Forderungen richten sich vor allem ressortübergreifend an Politiker*innen sowie an Hochschulleitungen und aktive

Personen, beispielsweise Koordinator*innen in Hochschulen, Gesundheitsmanager*innen und Expert*innen bei Unfallkassen, Krankenkassen und Gewerkschaften.

11.1 Konsequenzen für die politische Ebene (Lobbyarbeit)

Der AGH, aber auch regionale Arbeitskreise gesundheitsfördernder Hochschulen sollten weiterhin gezielt Lobbyarbeit (auf Bundes- und Länderebene) bei relevanten Akteur*innen und Veranstaltungen (beispielsweise KMK, HRK, etc.) leisten. Folgend die Punkte, die zukünftig im Fokus stehen sollten:

- Politische Verankerung von Gesundheitsförderung in den Hochschulgesetzen der Länder
- Integration des Themas Gesundheitsförderung in die Studiengänge (Studienordnung)
- Berichtspflicht gegenüber den relevanten Länder- und Bundesministerien (in Verbindung mit Nachhaltigkeit an Hochschulen)
- Obligatorische Schulungen für Führungskräfte (u.a. Präsident*innen, Rektor*innen, Professor*innen) zum Thema „Gesund führen“ und Beratung zu Pflichten wie der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (psychische Gefährdungsanalysen)"
- "Sicherstellung der Pflichten von Führungskräften (u.a. Präsident*innen, Rektor*innen, Professor*innen) hinsichtlich der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes im "Betrieb" Hochschule

Für die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes ist die Vernetzung mit Landesunfallkassen und Krankenkassen unerlässlich.

11.2 Konsequenzen in Bezug auf die Qualifikation von Beauftragten

Die Beauftragten für Gesundheitsförderung benötigen eine einheitliche Qualifizierung, welche sie mit den Kompetenzen ausstattet, die sie für eine erfolgreiche Arbeit benötigen. Zur Erreichung dieses Ziels sind folgende Punkte umzusetzen:

- Entwicklung eines Zertifikatskurses für Beauftragte der Gesundheitsförderung mit modularem Kursaufbau
- Entwicklung der Lehrinhalte und des Lehrmaterials zu
 - Marketing/Öffentlichkeitsarbeit
 - Strategische Managementmethoden
 - Umgang mit Kennzahlen
 - Anspruchsgruppen erkennen
 - Stakeholderanalysen
 - Methoden der Bedarfserhebungen mit besonderem Fokus auf Mixed-Methods und partizipativen Ansätzen

Beauftragte für Gesundheitsförderung müssen in der Lage sein, Kooperationen mit anderen Stabstellen der Hochschule zu gründen sowie Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit, vor allem innerhalb der Führungsebene, zu leisten.

Um Gesundheit im Trendthema „Nachhaltigkeit“ zu etablieren, müssen sich die Beauftragten an Netzwerken für Nachhaltigkeit an Hochschulen, wie beispielsweise Hoch-N beteiligen. Auch der Besuch von Hoch-N und BNE (Bildung für nachhaltige Entwicklung) Veranstaltungen kann dabei sinnvoll sein. Die Integration von Gesundheitsförderung in BNE ist ein wichtiges Element zur Förderung sozialer Nachhaltigkeit.

12 Schlusswort: Gesundheitsförderung an Hochschulen durch Nachhaltigkeit

Gesundheit und Nachhaltigkeit sind Querschnittsaufgaben, die zukünftig in den Hochschulen systematisch umzusetzen sind. Einzelne Hochschulen haben sich diesen Herausforderungen, häufig initiiert durch das Engagement einzelner Personen oder Gruppen, schon gestellt, bevor seitens der Gesellschaft die Forderungen an die Hochschulen herangetragen wurden. Der überwiegende Teil der Hochschulen verhält sich jedoch abwartend. Spätestens seit dem Beschluss der Vereinten Nationen vom 1. Januar 2016 zu den 17 verabschiedeten Zielen für Nachhaltige Entwicklung (SDGs) in allen Lebensbereichen müssen sich auch Hochschulen der Aufgabe stellen, Nachhaltigkeit und Gesundheit zu fördern. Die Umsetzung verlangt entsprechende nationale Aktivitäten.

Als Reaktion auf das Weltaktionsprogramm fand in Berlin vom 11. bis zum 12. Juli 2016 der erste bundesweite Agenda-Kongress „Bildung für nachhaltige Entwicklung“ statt. Ziel war unter anderem, die gemeinsame Ausarbeitung eines nationalen Aktionsplans. Da Bildung in Deutschland in den hoheitlichen Bereich der Bundesländer fällt, sind Abstimmungen zwischen den Länderministerien von enormer Bedeutung. So forderte der AGH sehr deutlich, dass sowohl Nachhaltigkeit als auch Gesundheit als Aufgaben der Hochschulen in die Ländergesetze implementiert werden müssen. Zudem müssen entsprechende Steuerungsinstrumentarien im Sinne einer Push und Pull Funktion eingesetzt werden, um die Hochschulen zur Umsetzung der Maßnahme zu bewegen.

Vom Deutschen Nachhaltigkeitsrat wurde mit dem Nachhaltigkeitskodex ein Instrument zur Verfügung gestellt, das Unternehmen ermöglicht, ihre Aktivitäten zur Umsetzung von Nachhaltigkeit über alle Handlungsfelder hinweg offen zu legen. Dieser Kodex, ursprünglich für Wirtschaftsunternehmen entwickelt, wurde von einer vom Nachhaltigkeitsrat einberufenen Expert*innenkommission für die Hochschulen adaptiert und erprobt. Die Hochschulen sind dabei aufgefordert, offen zu legen, wie sie ihre Verantwortung gegenüber Umwelt- und gesellschaftlichen Belangen realisieren. Nachhaltigkeit sollte sich im Idealfall auf ökologische, ökonomische und soziale Aspekte beziehen. Dabei kommt Gesundheit in diesem Zusammenhang eine Mediatorfunktion zu: Gesundheit und soziale Nachhaltigkeit sind untrennbar miteinander verbunden.

Soziale Nachhaltigkeit setzt Partizipation und Empowerment als zentrale Umsetzungsstrategien voraus, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation schon 1986 in der Ottawa

Charter gefordert wurden. In der Bundesrepublik wurde die Umsetzung der Ottawa Charter schrittweise in die einschlägigen Sozialgesetze eingearbeitet und zuletzt, nach jahrelangen politischen Diskussionsprozessen, im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG, http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1368.pdf) miteinander verknüpft und verabschiedet. Durch intensive Lobbyarbeit wurden in dieses Gesetz die Orte des Studierens als ein eigenes Handlungsfeld aufgenommen. Die Verabschiedung dieses Gesetzes und die daraus resultierenden Möglichkeiten und Konsequenzen blieben von den Hochschulen vorerst weitgehend unbeachtet. Ausnahme bilden Hochschulen, an denen gesundheitswissenschaftliche Fakultäten und Studiengänge vertreten sind.

Von dem durch die Ottawa Charter eingeläuteten Paradigmawechsel von der Prävention von Krankheiten hin zu einem gesellschaftlich verankerten Bewusstsein zur notwendigen Förderung der Gesundheit scheint noch ein langer kontinuierlicher Prozess von Nöten. In diesem Zusammenhang spielen Hochschulen eine besondere Rolle: Bei zahlreichen UNESCO Tagungen wurde der Stellenwert von Hochschulen in diesem gesamtgesellschaftlichen Prozess diskutiert und festgehalten. Bisher scheint es für die Hochschulen im wesentlichen eine Zuschreibung von Außen zu sein, die häufig als Zumutung und nicht als Chance begriffen wird. Um als Hochschule einen wesentlichen Beitrag zu den Zielen der Weltgemeinschaft zu leisten, bedarf es bestimmter Steuerungs- bzw. Managementmethoden auf der Governance-Ebene, damit die Ziele nicht nur Absichtserklärungen bleiben. Es gilt, das Erreichen der Ziele zu verfolgen und Fortschritte zu messen.

Wir hoffen, diese Publikation wird als Chance verstanden, den Prozess zu einer nachhaltigen und gesundheitsförderlichen Hochschule (weiter) zu entwickeln und damit gesellschaftliche Ziele zu erreichen.

13 Literaturverzeichnis

- Acemoglu, D. & Johnson, S. (2007). Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925-985.
- Allgöwer, A. (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität: Zur Gesundheitlichen Lage von Studierenden*. Opladen: Leske + Budrich.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen, dgvt.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. M. (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barro, R. J. (1996). *Determinants of economic growth: a cross-country empirical study*. Cambridge: NBER Working Paper Series.
- Beck, D & Lenhardt, U. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen*, 78(1), 56-62.
- Bloom, D. E., Canning, D. & Sevilla, J. (2001). *The effect of health on economic growth: theory and evidence*. Cambridge: NBER Working Paper Series.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Betriebliche Gesundheitsförderung - Steuerliche Vorteile*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html>
- Deutsche UNESCO-Kommission. (Hrsg.). (2013). *Hochschulen für eine nachhaltige Entwicklung: Ideen zur Institutionalisierung und Implementierung*. Abgerufen von http://www.bne-portal.de/sites/default/files/downloads/publikationen/2013_Hochschul-Broschuere.pdf
- Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. (Hrsg.). (2017). *Zwischen Studierenerwartungen und Studienwirklichkeit: Ursachen des Studienabbruchs, beruflicher Verbleib der Studienabbrecherinnen und Studienabbrecher und Entwicklung der Studienabbruchquote an deutschen Hochschulen*. Abgerufen von http://www.dzhw.eu/pdf/pub_fh/fh-201701.pdf
- Edmonton Charter. (2006). *The Edmonton Charter for Health Promoting Universities and Institutions of Higher Education*. Abgerufen von http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschu-len.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2005_Edmonton_Charter_HPU.pdf

- European Network for Workplace Health Promotion (1997). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Abgerufen von http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2011/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf
- Faller, G. (2005). Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung. Empfehlungen auf Grundlage eines deutsch-anglo-amerikanischen Vergleichs. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Faller, G. (2017). Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen. In G. Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., (S 391-401) Bern: Hogrefe.
- Faller, G. & Schnabel, P. E. (Hrsg.). (2006). Wege zur gesunden Hochschule: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Farnsworth, D. L. (1957). Mental health in college and university. Cambridge: Harvard University Press.
- Fogel, R. W. (1994). Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy. Cambridge: NBER Working Paper Series.
- Fogel, R. W. (2004). Health, nutrition, and economic growth. *Economic Development and Cultural Change*, 52(3), 643-658.
- Friczewski, F. (2012). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 2. Aufl., (S. 165-172). Huber, Bern.
- Giesert, M. & Geißler, H. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Grumbach, H. J. (2010). Arbeitsschutz – Eine Aufgabe für Führungskräfte in Hochschulen in Forschung, Lehre und Verwaltung. Abgerufen von https://www.uni-muens-ter.de/imperia/md/content/agfortbildung/10_11_11_grumbach.pdf
- Gusy, B., Lohmann, K. & Wölfel, F. (2015). Gesundheitsmanagement für Studierende - eine Herausforderung für Hochschulen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015, (S. 249-258). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Hamacher, W. & Wittmann, S. (2005). Lebenslanges Lernen zum Erwerb von Handlungskompetenzen für Sicherheit und Gesundheit. In Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Hardt, D. (2015). Das neue Präventionsgesetz – Möglichkeiten für das Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen. Vortrag auf der Tagung „20 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Gesund studieren, lehren, forschen und arbeiten“, Berlin 29.10.2015. Abgerufen von www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsbericht-te/15_10_29_Berlin/Hart_Praeventionsgesetz_291015.pdf
- Hartmann, T. & Siebert, D. (2006). Gesundheitswissen zur Gesundheitsförderung an Hochschulen. Handreichung für Gesundheitsexperten überreicht von der Techniker Krankenkasse. Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Hartmann, T., Baumgarten, K., Dadaczynski, K. & Stolze, N. (2015). Gesundheitswissenschaften / Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 10(3), 239-246.
- Hartmann, T., Greiner, K. & Baumgarten, K. (2017). Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule. Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung, 12(4), 118-130.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). Settingansatz/Lebensweltansatz. Abgerufen von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/settingansatz-lebensweltansatz/>
- Hochschulrektorenkonferenz. (2015). Hochschulen in Zahlen. Abgerufen von https://www.hrk.de/uploads/media/2015-05-13_Final_Hochschulen_in_Zahlen_2015_fuer_Internet.pdf
- Hungerland, E. (2016). Kinder- und Jugendhilfe. Eine gesundheitliche Belastung für Leitungs- und Fachkräfte? unsere jugend, 68 Jg, doi 10.2378/uj2016.art56d
- Kailer, K. (2016). Umwelt- und Gesundheitsförderung im Setting Hochschule – Leitungswassertrinken leichtgemacht. UMID Umwelt und Mensch - Informationsdienst, (2), 44-50. Abgerufen von https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/376/publikationen/umid_2_2016_solarien.pdf
- Kirch, W., Hillger, C., Koyuncu, A., Schütte, U. & Wolfram, N. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung. In K. W. Lauterbach (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine: Handbuch für Praxis, Politik und Studium, (S. 180-185). Stuttgart: Schattauer.
- 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.
- Kuhn, K. (2017). Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl., (S. 39-55). Bern: Hogrefe.

- Landesministerium Baden-Württemberg, Beamtenbund Baden-Württemberg & Deutscher Gewerkschaftsbund Baden-Württemberg. (2011). Gemeinsame Initiative zum Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung. Abgerufen von <http://bw.dgb.de/themen/++co++f618c244-e52b-11e1-89fd-00188b4dc422>
- Landesministerium Nordrhein-Westfalen. (2016). Vertrag über gute Beschäftigungsbedingungen für das Hochschulpersonal. Abgerufen von https://www.mkw.nrw/fileadmin/Medien/Dokumente/Hochschule/Vertrag_%C3%BCber_gute_Besch%C3%A4ftigungsbedingungen.pdf
- Laverack, G. (2008). Berücksichtigung des Empowerments in der Programmplanung von Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen*, 70(12), 736-741.
- Mann, J. M. (1996). Health and human rights. *British Medical Journal*, 312(7036), 924.
- Meier, S. (2007). Gesundheitszirkel im Setting Hochschule. In A. Krämer, U. Sonntag, B. Steinke, S. Meier & C. Hildebrand (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven*, (S. 71-79). Weinheim und München: Juventa.
- Meinel, H. (2015). *Betrieblicher Gesundheitsschutz* (6. Aufl.). Landsberg: Eco-med Medizin.
- Melkas, T. (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 41, 3-28.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz. (2006). *Rahmenkonzept Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung*. Abgerufen von http://cms.ukrlp.de/_media/Rahmenkonzept_BGM.pdf
- Nationale Präventionskonferenz. (2016). *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V*. Abgerufen von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf
- Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. (2002). *Kabinettsbeschluss vom 19.11.2002 zum Ausbau des Gesundheitsmanagements in der niedersächsischen Landesverwaltung*. Abgerufen von https://www.mi.niedersachsen.de/download/78362/Kabinettsbeschluss_vom_19.11.2002_zum_Ausbau_des_Gesundheitsmanagements_in_der_niedersaechsischen_Landesverwaltung.pdf
- Okanagan Charter (2015). *An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges*. Abgerufen von <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754>
- Paulus, P. & Stoltenberg, U. (2002). *Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit*. Frankfurt am Main: VAS.

- Prümper, J., Zinke, J. & Nachtwei, J. (2014). Gesundheitsmanagement in Deutschland und Österreich. *Personal manager*, 3(1), 34-37.
- Radau, W. C. (2016). Delegation von Arbeitsschutzpflichten auf Professoren. *Forschung und Lehre*, 24(12), 1082-1084.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Bern: Radix Gesundheitsförderung.
- Seibold, C., Loss, J. & Nagel, E. (2010). *Gesunde Lebenswelt Hochschule: ein Praxis- handbuch für den Weg zur gesunden Hochschule*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin. (2007). Dienstvereinbarung über das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der Berliner Verwaltung. Abgerufen von https://www.gew-berlin.de/public/media/DV_gesundheit_12.11.07.pdf
- Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C. & Krämer, A. (Hrsg.). (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa.
- Stähl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). *Health in all policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- Stiftung Warentest. (2016). *Leitungswasser und Mineralwasser*. Abgerufen von <https://www.test.de/Leitungswasser-und-Mineralwasser-Der-grosse-Wasser-check-5049737-0/>
- Straub, R., Schmitt, K., Krapf, F., Walter U. N., Mess, F., Arps, W., Hombrecher, M. & Ahlers, G. (2017). *Whatsnext - Gesund arbeiten in der digitalen Arbeitswelt*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.
- Techniker Krankenkasse. (2011). *Gesundheitsreport 2011: Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden*. Abgerufen von <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/55667/Gesundheitsreport-2011.pdf>
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities - Concept, experience and framework for action*. Abgerufen von <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108095/1/E60163.pdf>
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. (2008). *Die Zukunft unserer Hochschule gestalten – bestehende Chancen nutzen*. Düsseldorf: Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen.

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Abgerufen von http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. In First International Health Promotion Conference. Ottawa: WHO.

World Health Organization. (2017): Types of Healthy Settings. Abgerufen von http://www.who.int/healthy_settings/types/universities/en/

Anhang 1: Anschreiben

Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Sehr geehrte/r Herr/Frau ...,

im Newsflash der HRK vom 08.05.2015 wurde über eine Umfrage informiert, mit der sich der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de) an Rektorinnen und Rektoren sowie Präsidentinnen und Präsidenten der Hochschulen in der Bundesrepublik wendet. An den Hochschulen hat das Thema Gesundheitsförderung in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen nicht zuletzt, weil Gesundheitsförderung und teilweise auch Nachhaltigkeit an Hochschulen von einzelnen Länderministerien durch spezielle Fördermaßnahmen unterstützt werden. Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen begrüßt diese Entwicklungen und erachtet es für relevant, einen Überblick über den Entwicklungsstand der Gesundheitsförderung an Hochschulen zu ermitteln, um weiterhin gezielt in diesem Bereich unterstützen zu können.

Aus diesem Grund wird in Abstimmung mit der HRK und in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund erstmalig eine Befragung durchgeführt, die das Thema detailliert aufgreift. Im Fokus der Befragung stehen gesundheitsfördernde Aktivitäten an Hochschulen, die alle Zielgruppen und weitere Handlungsfelder betreffen.

Wir bitten Sie darum, sich an der Studie zu beteiligen, um den Stand der Gesundheitsförderung an Hochschulen in der Bundesrepublik möglichst umfassend abbilden und auch entsprechende Forderungen an die Politik heranzutragen zu können. Zu dem Fragebogen gelangen sie hier www.fh-dortmund.de/gesunde-hochschule

Bitte melden Sie sich vor Beantwortung unserer Fragen mit der Ihnen zur Verfügung gestellten PIN: XXX an, damit Sie den Fragebogen mehrfach aufrufen, zwischenspeichern und den Bogen zum späteren Zeitpunkt mit derselben PIN beenden können. Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Sigrid Michel (Fachhochschule Dortmund)
Wissenschaftliche Leitung

Dr. Ute Sonntag (Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.)
Koordination Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

Margareta Nasched (Fachhochschule Dortmund)
Technische Unterstützung

Anhang 2: Fragebogen

Gesundheitsförderung: Bestandsaufnahme an den Hochschulen

1. In welchem Bundesland liegt die Hochschule?

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Bayern
<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Brandenburg
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg
<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen
<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
<input type="checkbox"/> Sachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> Thüringen

2. Welchem Hochschultyp ist die Hochschule zugeordnet?

<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> Fachhochschule
--------------------------------------	---

3. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Hochschule?

<input type="checkbox"/> in staatlicher Trägerschaft	<input type="checkbox"/> in privater Trägerschaft
--	---

4. Ist die Gesundheitsförderung auf Landesebene als Aufgabe der Hochschulen im Hochschulrecht vorgeschrieben?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, jedoch geplant	<input type="checkbox"/> nein, aktuell nicht geplant	<input type="checkbox"/> weiß nicht
-----------------------------	---	--	-------------------------------------

5. Existieren Programme für die öffentliche Verwaltung hinsichtlich der Gesundheitsförderung auf der Landesebene?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, jedoch geplant	<input type="checkbox"/> nein, aktuell nicht geplant	<input type="checkbox"/> weiß nicht
-----------------------------	---	--	-------------------------------------

Bei "nein" Bitte weiter zu Frage 6

Falls "ja": Sind diese Programme für die öffentliche Verwaltung hinsichtlich der Gesundheitsförderung verpflichtend und werden diese in der Hochschule bereits angewendet?

	ja	nein	weiß nicht
--	----	------	------------

die Programme sind für die Hochschulen verpflichtend

die Programme werden in unserer Hochschule angewendet

Werden für die Umsetzung der Programme der Hochschule Mittel zur Verfügung gestellt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, jedoch geplant	<input type="checkbox"/> nein, aktuell nicht geplant
-----------------------------	---	--

6. Gibt es an Ihrer Hochschule eineN BaufragteN/eineN KoordinatorIn, die/der sich ausschließlich mit dem Thema Gesundheitsförderung befasst?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit insgesamt
-------------------------------	--

Stunden/Woche

7. Über welche Qualifikation verfügt die Beauftragte/der Beauftragte?

- ### I. Management
8. Auf welcher Weise ist die Gesundheitsförderung an Ihrer Hochschule integriert? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> im Leitbild der Hochschule
<input type="checkbox"/> in der Grundordnung
<input type="checkbox"/> in den Managementprozessen
<input type="checkbox"/> in den Dienstvereinbarungen
<input type="checkbox"/> nicht verankert

 9. Existiert eine Arbeitsgruppe/ein Steuerkreis zu Gesundheitsförderung mit Repräsentanten aller relevanten Gruppen (z.B. VertreterInnen der Statusgruppen, Personalvertretung, Betriebsärztin, Behindertenbeauftragten, Gleichstellungsbeauftragten etc.)?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Bei "nein": Bitte weiter zu Frage 10

Falls "ja": Welche Personen aus der Leitungsebene sind in der Arbeitsgruppe/dem Steuerungskreis vertreten? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Person aus dem Rektorat/Präsidium
<input type="checkbox"/> Person aus der Fakultätsleitung/dem Dekanat
<input type="checkbox"/> es sind keine Personen aus der Leitungsebene vertreten
<input type="checkbox"/> Weitere, und zwar:

 - Falls eine AG existiert:** verfügt die Arbeitsgruppe/der Steuerungskreis über ein eigenes Budget?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

 10. In welcher Weise ist die Gesundheitsförderung als Thema in die Berichts- bzw. Controlling-Prozesse Ihrer Hochschule einbezogen? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> durch Nachhalten der Ziele (interne Zielvereinbarung)
<input type="checkbox"/> durch Nachhalten der Kennzahlen
<input type="checkbox"/> durch Nachhalten der Ressourcen (Geld, Personal)
<input type="checkbox"/> durch Qualitätssicherung/Akkreditierung in den Studiengängen
<input type="checkbox"/> das Thema Gesundheitsförderung wird bisher nicht einbezogen

 11. Wird die Gesundheitsförderung im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. der (Re-)Akkreditierungsprozesse thematisiert?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------
- Bemerkungen
-

12. Werden die Verantwortlichen/Führungskräfte (z.B. Dekaninnen/Dekane, Studiengangsleitungen, Verwaltungsleitung) regelmäßig zum Thema Gesundheitsförderung fortgebildet?

ja nein

Falls "ja", in welcher Weise?

auf freiwilliger Basis
 verpflichtend

13. Welche der unterschiedlichen Zielgruppen wurde in den vergangenen zwei Jahren hinsichtlich ihrer Gesundheit und Wohlergehen an der Hochschule befragt? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Studierende
 MitarbeiterInnen in der Verwaltung
 Lehrende
 bisher wurde das Thema nicht befragt

Falls die Zielgruppen hinsichtlich ihrer Gesundheit befragt wurden: Zu welchen Maßnahmen haben die Ergebnisse geführt?

Zielgruppe: Studierende:

Zielgruppe: MitarbeiterInnen in der Verwaltung:

Zielgruppe: Lehrende:

Ergaben sich aus den Ergebnissen zielgruppenübergreifende Maßnahmen?

nein ja, und zwar folgende:

14. Existiert an Ihrer Hochschule ein Beschwerdemanagement?

ja
 aktuell nicht, ist jedoch in Planung
 nein

Bitte weiter zu Frage 15

Falls "ja": Wie wird gesichert, dass alle Mitglieder der Hochschule davon Kenntnis haben?

Falls "ja": Wie wird mit den Beschwerden verfahren?

15. Existiert an der Hochschule eine Konfliktstelle für folgende Zielgruppen?

	ja	nein, jedoch in Planung	nein, auch nicht in Planung
Studierende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MitarbeiterInnen in der Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls an der Hochschule eine Konfliktstelle existiert: Wurde das Personal auf die Aufgabe fachlich vorbereitet?

ja
 nein, jedoch in Planung
 nein, ist auch nicht geplant

Falls an der Hochschule keine Konfliktstelle existiert: Welche Stellen gibt es für die Lösung von Konflikten?

16. Welche der folgenden Aspekte werden bei gesundheitsförderlichen Aktivitäten innerhalb der Hochschule berücksichtigt? (Mehrfachnennungen möglich)

Gender
 soziale Lage
 Alter
 Behinderung
 Interkulturalität

17. Welche Aktivitäten der Hochschule sind geplant, initiiert, z. B. bestehen hinsichtlich der Gesundheitsförderung in die Kommune hinein (Gemeint sind: service learning, community campus partnership)?

Geplant sind folgende Aktivitäten:

Initiiert sind folgende Aktivitäten:

Folgende Aktivitäten wurden eingeführt:

18. Unterstützt die Hochschul-
leitung inter- und transdis-
ziplinäre Aktivitäten (z. B.
durch spezielle Gesundheits-
förderung/Nachhaltigkeit,
Priorisierung) in
- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | teils/
teils | nein |
| Lehre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forschung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderung des wiss.
Nachwuchses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Wird die Gesundheit als Querschnittsdimension bei allen
Entscheidungen (z. B. Berufung, Beschaffung etc.)
berücksichtigt?

ja teilweise nein

20. Findet eine systematische
Öffentlichkeitsarbeit nach
innen/nach außen hin zum
Thema Gesundheitsförderung
statt?

nach innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls "ja" bzw. "im Aufbau": In welcher Form?

21. Werden gesundheitliche
Auswirkungen der Bologna-
-Reformen (Arbeitsbelastung
und Arbeitsverdichtung durch
kürzere Studienzeiten,
Anwesenheitspflichten,
erhöhte Prüfungsverpflichtun-
gen) berücksichtigt?

	ja	im Aufbau	nein, ist auch nicht geplant
Arbeitssituation von Beschäftigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studienplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfungsplanung von Studierenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faktoren der Studienbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Studierende

22. Wie wird der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit erfasst?

23. In welchen Abständen?

jährlich
 alle 2 Jahre
 alle 3 Jahre
 alle 4 Jahre
 alle 5 Jahre

24. Ist Gesundheitsförderung in
die Curricula der Studien-
gänge integriert?

	ja	nein, ist jedoch geplant	nein, ist auch nicht geplant
In überfachlichen Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In Kompetenzen, die in Verbindung mit einem bestimmten beruflichen Handlungsfeld stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. Erhalten die Studierenden soziale Unterstützung und
Beratung?

ja
 nein, ist jedoch geplant
 nein, ist auch nicht geplant

26. Unterstützt die Hochschule
Studierende in besonderen
Lebenslagen wie...

	ja	nein, ist jedoch geplant	nein, ist auch nicht geplant
Studierende mit Kind(ern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Studierende mit Behinderung/ chronischer Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Studierende aus dem Ausland/ mit Migrations- hintergrund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

III. Verwaltung

27. Wie wird der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit erfasst?

28. In welchen Abständen?

jährlich
 alle 2 Jahre
 alle 3 Jahre
 alle 4 Jahre
 alle 5 Jahre

29. Werden Bewegungs- und Entspannungsangebote
am Arbeitsplatz vorgehalten?

ja
 aktuell im Aufbaustadium
 nein, sind auch nicht geplant



30. Wurden bisher Arbeitsplatz-Gefährdungsanalysen unter Beteiligung der Beschäftigten durchgeführt?

- ja
- aktuell nicht, jedoch im Aufbau
- nein, sind auch nicht geplant

Falls "ja" bzw. "im Aufbau": Wurden/werden dabei die psychische Belastung bzw. Stressbelastung berücksichtigt?

- ja
- nein

Bemerkungen

31. Wurden Personen in Führungspositionen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen geschult?

- ja
- nein

Falls "ja": Erhalten sie bei Bedarf fachliche Unterstützung?

- ja
- aktuell nicht, soll jedoch berücksichtigt werden
- nein

Bemerkungen

IV. ProfessorInnen/Personal in Lehre und Forschung

32. Wie wird der Bedarf hinsichtlich der Gesundheit erfasst?

33. In welchen Abständen?

- jährlich
- alle 2 Jahre
- alle 3 Jahre
- alle 4 Jahre
- alle 5 Jahre

34. Wird das Querschnittsthema in die Lehre integriert?

- ja
- aktuell nicht, soll jedoch berücksichtigt werden
- nein, ist auch nicht geplant

35. Erhalten die Lehrenden eine entsprechende Schulung, wenn sie an der Hochschule ihre Tätigkeit aufnehmen, damit sie ihre Aufgaben in Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung adäquat wahrnehmen können?

- ja
- aktuell nicht, soll jedoch berücksichtigt werden
- nein, ist auch nicht geplant

V. Campus

36. Inwiefern ist das Campus-Gelände gesundheitsförderlich? (Mehrfachnennungen möglich)

- durch Grün/allergene Bepflanzungen
- durch Raum/ Räume für Entspannung
- durch Sport/ Bewegung
- durch Begegnungsmöglichkeiten innen
- durch Begegnungsmöglichkeiten außen
- Sonstiges, und zwar:

37. Wurde die Akustik/ das Raumklima hinsichtlich Gesundheit untersucht?

- ja
- aktuell nicht, soll jedoch berücksichtigt werden
- nein, ist auch nicht geplant

38. Sind die Möbel ergonomisch gestaltet?

- ja
- teilweise
- nein

39. Ist Rauchen in der Hochschule/ auf dem Campus verboten?

	ja	nein, geplant	nein, nicht geplant
--	----	---------------	---------------------

In den Hochschulgebäuden

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Auf dem Campus

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

40. Werden Kurse zum Thema Nikotin-, Alkoholsucht für alle Mitglieder der HS angeboten?

- ja
- nein, jedoch im Aufbau
- nein, ist auch nicht geplant

41. Wird Trinkwasser in allen Cafeterien/Mensen kostenlos angeboten?

- ja
- nein, jedoch im Aufbau
- nein, ist auch nicht geplant

42. Sind frei zugängliche Wasserhähne in Cafeterien/ Mensen installiert?

- ja
- nein, jedoch im Aufbau
- nein, ist auch nicht geplant

Vielen Dank für Ihre Angaben!

