

Gesundheitsfördernde Hochschulen

Neue Wege der Gesundheitsförderung im Setting Hochschule
am Beispiel des Modellprojektes
„Gesundheitszirkel für Studierende“

**eingereicht als Dissertation
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld
zur Erlangung des Grades
Doctor of Public Health (DrPH)**

Sabine Meier

Bielefeld, Dezember 2008

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, danken:

- Prof. Dr. Krämer, Leiter der AG 2 Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen, der das Thema überhaupt erst ermöglicht hat.
- Prof. Dr. Stock für die geduldige Betreuung der Arbeit und ihr wissenschaftliches Vorbild.
- Der Landesunfallkasse NRW, namentlich Frau Prof. Dr. Faller, für die Unterstützung dieses Projektes.
- Allen Beteiligten am Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“ für die kreative Mitarbeit.
- Dem Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld, namentlich Frau Unnold, für die gute Kooperation.
- Dr. Anja vom Orde, Simone Milz, Melanie Grimm und Janina Kutzner für die Unterstützung in der letzten Phase der Arbeit.
- Und meiner Familie:
 - Meinem Mann Thomas, der mir des öfteren den Rücken freigehalten hat und jetzt sicherlich froh ist, das „es“ vorbei ist ...
 - Meinen Töchtern Lisa-Marline und Caroline für ihr Verständnis, wenn Mama am Wochenende wieder mal gearbeitet hat.
 - Unserer Katze Bibi für willkommene Ablenkung.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung und Fragestellung	1
2. Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Gesundheit von Studierenden	5
2.1.1 Was ist Gesundheit?	5
2.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung ein Begriffspaar?.....	7
2.1.3 Studien zur Gesundheit von Studierenden.....	9
2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden.....	13
2.1.4.1 Internationale Studien zur Gesundheit von Studierenden.....	14
2.1.4.2 Deutsche Studien zur Gesundheit von Studierenden	17
2.1.4.3 Erkenntnisse über Bielefelder Studierende.....	20
2.1.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	23
2.1.6 Studierende aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund.....	25
2.2. Gesundheitsförderung im Setting Hochschule.....	27
2.2.1 Der Setting-Ansatz.....	27
2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement	29
2.2.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	29
2.2.2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	32
2.2.3 Gesundheitsförderung an Hochschulen	36
2.2.3.1 Hochschulen im Wandel – Aktuelle Herausforderungen.....	36
2.2.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheits- management als konzeptionelle Grundlage für Gesundheitsförderung im Setting Hochschulen	41
2.2.3.3 Zu erwartende Effekte von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule	42
2.2.3.4 Netzwerke Gesundheitsfördernder Hochschulen	44
2.2.3.4.1 Die Health Promoting Universities auf der Agenda der WHO und die Europäische Vernetzungsinitiative	44
2.2.3.4.2 Vernetzung Gesundheitsfördernder Hochschulen auf internationaler Ebene	45
2.2.3.4.3 Vernetzung von Hochschulen in Deutschland.....	46
2.2.3.5 Die Praxis der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen.....	48

2.2.3.6 Kriterien zur Beurteilung gesundheitsfördernder Hochschulen	49
2.2.3.7 Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld.....	52
2.2.3.7.1 Die Universität Bielefeld	52
2.2.3.7.2 Initiative, Motive und Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld	53
2.2.3.7.3 Das 1994er Konzept und seine Umsetzung bis zum Jahr 2000...54	
2.2.3.7.4 Aktualisierung des Konzeptes im Jahr 2000 und die Entwicklung bis zum Jahr 2005.....	58
2.2.3.7.5 Der aktuelle Stand - Das Konzept 2005	61
2.2.3.7.6 Praxisbeispiel für die Gesundheitsförderung von Studierenden: Das Gesundheitslabor.....	63
2.3. Gesundheitszirkel	67
2.3.1 Das Konzept der Gesundheitszirkel	67
2.3.1.1 Einführung	67
2.3.1.2 Der Düsseldorfer Ansatz.....	68
2.3.1.3 Das Berliner Modell	69
2.3.1.4 Weiterentwicklung von Gesundheitszirkeln und Abgrenzung zu anderen Gruppendiskussionsverfahren	71
2.3.1.5 Wichtige Aspekte bei der Durchführung eines Gesundheitszirkels.....	73
2.3.1.6 Gesundheitszirkel in der Praxis	80
2.3.1.6.1 Erfahrungen mit dem Einsatz von Gesundheitszirkeln	80
2.3.1.6.2 Gesundheitszirkel im Setting Hochschule	82
2.3.1.7 Evaluation von Gesundheitszirkeln.....	85
3. Methoden	89
3.1 Das Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“	89
3.1.1 Projektübersicht	89
3.1.3 Initiatoren	92
3.1.2. Gründe einen Gesundheitszirkel für Studierende zu initiieren	92
3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen	94
3.1.5 Erwartungen an das Projekt.....	96
3.1.6 Ziele	96
3.1.7 Moderation	96
3.1.8 Zusammensetzung des Zirkels	97
3.1.9 Öffentlichkeitsarbeit.....	99

3.2 Evaluation der Zirkelarbeit: Fragebogen und Interview	101
3.3. Gesamtevaluation des Modellprojekts.....	102
4. Ergebnisse	103
4.1 Prozesse des Gesundheitszirkels: Die Zirkeltreffen.....	103
4.1.1 Die Auftaktveranstaltung (23. Mai 2001)	103
4.1.2 Die Arbeitstreffen	109
4.1.2.1 1. Arbeitstreffen (6. Juni 2001)	109
4.1.2.2 2. Arbeitstreffen (13. Juni 2001).....	115
4.1.2.3 3. Arbeitstreffen (27. Juni 2001).....	117
4.1.2.4 4. Arbeitstreffen (4. Juli 2001).....	119
4.1.2.5 5. Arbeitstreffen (11. Juli 2001).....	122
4.1.3 Abschlusstreffen (18. Juli 2001)	122
4.1.4 Nachtreffen 21. November 2001	125
4.2 Vorschläge des Gesundheitszirkels.....	126
4.2.1 I. Studium.....	126
4.2.2 II. Information	132
4.2.3 III. Lernmöglichkeiten	132
4.2.4 IV. Fehlende Ruhezeiten	134
4.2.5 V. Sitzgelegenheiten	135
4.2.6 VI. Mensa.....	136
4.2.7 VII. Hochschulsport.....	137
4.2.8 VIII. Luftqualität in der Halle	138
4.2.9 VIII. Gebäudegestaltung - Innen	138
4.2.10 X. Gebäudegestaltung - Außen.....	139
4.2.11 XI. Sonstiges.....	140
4.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen.....	142
4.3.1 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Rahmenbedingungen	142
4.3.2 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Kommunikation.....	142
4.3.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Moderation	143
4.3.4 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Protokolle	143
4.3.5 Ergebnis aus dem Fragebogen zum Thema abschließende Beurteilung.....	144
4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews	145
4.4.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme	145

4.4.2 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation	147
4.4.3 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Kommunikation.....	149
4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse	151
4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen	154
4.5 Umsetzung der Zirkelergebnisse: Arbeitsgruppe 8 und der Steuerkreis Gesundheit.....	157
4.5.1 I. Planungsphase	158
4.5.2 II. Zirkelphase	159
4.5.3 III. Umsetzungsphase	161
4.5.4 IV. Abschlussphase.....	164
4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge	166
5. Diskussion	173
5.1 Einordnung der Ergebnisse in die Lebenswelt der Studierenden und Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung.....	173
5.2 Zusammenfassende Beurteilung der Konzepte und Aktivitäten von Hochschulen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für Studierende.....	176
5.3 Diskussion der Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation.....	187
5.3.1 Diskussion der Ergebnisse zur Strukturevaluation.....	172
5.3.2 Diskussion der Ergebnisse zur Prozessevaluation	182
5.3.3 Diskussion der Ergebnisevaluation	184
5.4 Diskussion des Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“ ..	186
6. Schlussfolgerungen und Ausblick	191
7. Zusammenfassung.....	196
8. Literatur- und Quellenverzeichnis	198

Anhang

Anhang I: Fragebogen.....	217
Anhang II: Interviewleitfaden.....	221
Anhang III: Publikationsliste.....	223
Anhang IV: Vortragsliste.....	224

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Meilensteine auf dem Weg zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement	33
Abbildung 2: Ziele und Ansatzpunkte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	35
Abbildung 3: Verteilung der Statusgruppen im Setting Hochschule	38
Abbildung 4: Konzept zur Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität....	55
Abbildung 5: Struktur der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld im Jahr 2000	60
Abbildung 6: Strukturen, Prozesse, Ziele/ Ergebnisse des Gesundheitsmanagements an der Universität Bielefeld.	63
Abbildung 7: Initiatoren des Gesundheitszirkels.....	92
Abbildung 8: Zusammensetzung des Zirkels.....	99
Abbildung 9: Agenda der Auftaktveranstaltung	103
Abbildung 10: Spielregeln für die Zusammenarbeit.....	105
Abbildung 11: Spielregeln für die Visualisierung.....	106
Abbildung 12: Rückmeldung Auftaktveranstaltung (orange Punkte)	108
Abbildung 13: Themenbearbeitung während der Arbeitstreffen.....	109
Abbildung 14: Themensammlung, Übersicht über 10 von 11 Themen.....	111
Abbildung 15: Reihenfolge der Themen	112
Abbildung 16: Priorisierung der Themen	113
Abbildung 17: Rückmeldung 1. Arbeitstreffen (grüne Punkte).....	114
Abbildung 18: Problembeschreibung Studium	115
Abbildung 19: Information	116
Abbildung 20: Rückmeldung 2. Arbeitstreffen (weiße Punkte)	117
Abbildung 21: Rückmeldung 3. Arbeitstreffen (rosa Quadrate)	118
Abbildung 22: Fehlende Ruhezeiten	119
Abbildung 23: Sitzgelegenheiten	120
Abbildung 24: Mensaessen	120
Abbildung 25: Hochschulsport.....	121
Abbildung 26: Rückmeldung 4. Arbeitstreffen (gelbe Punkte).....	121
Abbildung 27: Luftqualität (in der Halle) und Gebäudegestaltung.....	123
Abbildung 28: Außengestaltung und Sonstiges.....	123
Abbildung 29: Rückmeldung Abschlusstreffen (hellblaue Kreise)	124
Abbildung 30: Probembeschreibungen Lehre	131

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Erhebungen im Rahmen der Cross-National-Students-Health-Study. Übersicht der beteiligten Länder, Darstellung in alphabetischer Reihenfolge. Die Stichproben bestanden aus Studierenden im ersten Studienjahr bzw. im dritten Studienjahr beim Follow-up (mit Ausnahme der Befragung von ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld, diese Befragung umfaßte alle Semester).	12
Tabelle 2: Beschwerden von wissenschaftlich Beschäftigten.....	40
Tabelle 3: Ressourcen und Belastungen von Studierenden, nicht wissenschaftlich und wissenschaftlich Beschäftigten	41
Tabelle 4: Ziele eines Gesundheitszirkelprojektes und deren Erhebungsmethoden	88
Tabelle 5: Übersicht über die vier Projektphasen	91
Tabelle 6: Übersicht über die Treffen AG 8	157
Tabelle 7: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Planungsphase des Modellprojektes "Gesundheitszirkel für Studierende"	158
Tabelle 8: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld während der Zirkelphase des Modellprojektes "Gesundheitszirkel für Studierende"	160
Tabelle 9: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Umsetzungsphase des Modellprojektes "Gesundheitszirkel für Studierende"	163
Tabelle 10: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Abschlussphase des Projektes zum Thema Gesundheitszirkel für Studierende	165
Tabelle 11: Stand der Umsetzung der Vorschläge bei Projektende	167
Tabelle 12: Stand der Umsetzung Sommer 2007.....	168
Tabelle 13: Gegenüberstellung: Umsetzung der Vorschläge zum Projektende und zum Sommer 2007	172

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AG	Arbeitsgruppe
AG	Aktiengesellschaft
ArbSchG	Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit; Arbeitsschutzgesetz
AStA	Allgemeiner Studierenden Ausschuss
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BIT	Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CNSHS	Cross-National-Students-Health-Study
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DM	Deutsche Mark
EAP	Employee Assistance Programs
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FGN	Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen
FH	Fachhochschule
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HRG	Hochschulrahmengesetz
HRZ	Hochschulrechenzentrum
LUK	Landesunfallkasse
NRW	Nordrhein-Westfalen
PNHPU	Pan-American Network of Health Promoting Universities
RUBIS	Ressourcen und Belastungen im Studium
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung
STIB	Studieren in Bielefeld
TAF	Treffen aller Fachschaften
TK	Techniker Krankenkasse
USA	United States of America
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
ZSB	Zentrale Studienberatung

Vorwort

Die vorliegende Arbeit versteht die Autorin als Beitrag zur Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Sie wendet sich damit zum einen an die Praktiker in den Hochschulen, die auf der Suche nach neuen Instrumenten der Gesundheitsförderung sind, die mehr Partizipation im Setting Hochschule ermöglichen. Zum anderen richtet sich die Arbeit an die Entscheidungsträger, die an der Gestaltung des Settings beteiligt sind.

Die Entscheidung, das Thema als Gegenstand einer Dissertation zu behandeln, leitet sich aus der wissenschaftlichen Arbeit der Autorin ab. Bereits die Masterarbeit „Streß – Management an der Universität. Ein multifaktorielles Interventionsprogramm für Studierende der Universität Bielefeld“ (Meier, 1999) behandelte die Fragestellung, wie Gesundheitsförderung für Studierende in Hochschulen implementiert werden kann.

Seit dem Jahr 2000 beschäftigt sich die Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG2) mit dem Forschungsgebiet der Gesundheitsfördernden Hochschulen und arbeitete hierzu in verschiedenen Forschungsprojekten. So koordinierte sie unter anderem das hier vorgestellte Modellprojekt. Darüber hinaus engagiert sich die Autorin in verschiedenen hochschulinternen (Steuerkreis Gesundheit und Arbeitskreis Umwelt der Universität Bielefeld) und hochschulübergreifenden Arbeitsgruppen (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen, Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Hochschulen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)).

Zu Beginn der Forschungsarbeiten lagen nur vereinzelte Publikationen zum Thema Gesundheitsförderung an Hochschulen vor. Die Informationslage hat sich in den letzten Jahren zunehmend verbessert. Mittlerweile liegen eine Vielzahl von Veröffentlichungen wie Bücher und Artikel in Fachzeitschriften vor, die sich mit unterschiedlichen Aspekten des Themas beschäftigen. Insbesondere wissenschaftliche Abschlussarbeiten haben sich verstärkt dem Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen zugewandt. Beispielhaft seien hier die Forschungsbeiträge von Weissinger (1996), Allgöwer (2000), Stock (2002), Gräser (2003), Rolfsmeier (2003), Faller (2005) und Milz (2005, 2007) genannt, deren Erkenntnisse Eingang in diese Arbeit fanden.

1. Einleitung und Fragestellung

Körperliche und seelische Gesundheit sowie Wohlbefinden bilden die elementare Grundlage für effiziente und gute Arbeit. Dieses kann nach Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings erreicht werden. Der Gesundheitsförderung wird deshalb in Zukunft in allen gesellschaftlichen Bereichen eine zunehmend bedeutsamere Aufgabe zukommen.

Das Setting Hochschule als Ort für Gesundheitsförderung wurde in den letzten Jahren verstärkt erschlossen. Mit einer noch nicht abzusehenden Dynamik haben sich viele Hochschulen auf den Weg gemacht, Gesundheitsförderung zu realisieren.

Im Setting Hochschule, das die Arbeits- und Lebenswelt für zweieinhalb Millionen Menschen in Deutschland (Hartmann, 2006) bildet, lassen sich drei unterschiedliche Statusgruppen identifizieren. Mit vier Fünftel stellen die Studierenden die größte Gruppe. Das restliche Fünftel bilden die Beschäftigten, welche sich in nichtwissenschaftliches und wissenschaftliches Personal unterteilen lassen. Hochschulen, die Gesundheitsförderung betreiben, verstehen sich oft als Betrieb und legen den Schwerpunkt ihrer Aktivitäten der Gesundheitsförderung auf die Beschäftigten. Die Studierenden als „Kunden“ werden weitgehend außen vorgelassen.

Doch Hochschulen sind wichtige bildungspolitische Institutionen. Hier wird Wissen generiert und junge Menschen werden zu Wissenschaftlern von morgen sowie zu Arbeitskräften in überwiegend verantwortungsvollen Stellungen, als Führungskräfte und Entscheidungsträger ausgebildet. Deshalb sollten hier gesundheitsorientierte Rahmenbedingungen und gesundheitsförderliche Strukturen selbstverständlich sein (Faller, 2005).

Hinzu kommt, dass in der Arbeitswelt in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg der Belastungen zu verzeichnen ist. Die Zahlen der psychischen Erkrankungen steigen. Auch die Studien über die Gesundheit von Studierenden zeigen einen Handlungsbedarf auf. Deshalb bedarf es neuer Wege, um diesen Phänomenen angemessen zu begegnen.

Gesundheitszirkel können, richtig durchgeführt, einen wichtigen Beitrag leisten, vorhandenes Potential voll auszuschöpfen. Sie kommen der Forderung nach Partizipation nach. Das hier vorgestellte Modellprojekt ist eine Innovation für die

Gesundheitsförderung der Studierenden.

Die zentrale Forschungsfrage, der diese Arbeit nachgeht, ist die Frage, ob Gesundheitszirkel ein geeignetes Instrument sind, um Studierende an der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen an der Hochschule zu beteiligen.

Hierfür müssen im Vorfeld weitere Fragen beantwortet werden: Besteht auf Seiten der Studierenden ein Bedarf an Gesundheitsförderung? Wenn ja, wie sieht dieser Bedarf aus? Wie gestaltet sich das Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen für Studierende? Unter welchen Rahmenbedingungen leben und studieren junge Menschen? Welche Potentiale hinsichtlich Gesundheitsförderung bestehen im Setting Hochschule? Hinter all diesen Fragen steht die Frage nach Gesundheit als Querschnittsaufgabe. Die Wissenschaft, die als zentrales Thema Gesundheit behandelt, sind die Gesundheitswissenschaften, die sich als Querschnittsdisziplin verstehen (Franzkowiak, 2003). Gesundheitswissenschaften oder der synonym verwendete Begriff Public Health bezeichnet ein Fachgebiet, welches problembezogen und interdisziplinär arbeitet. Das Erkenntnisinteresse ist zum einen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung gerichtet, zum anderen auf den Zustand und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Die Multidisziplin Gesundheitswissenschaften verbindet nicht nur mehrere Einzeldisziplinen, sondern auch die dahinter stehenden unterschiedlichen paradigmatischen Ansätze, die sich in jeweils verschiedenen Theorie- und Methodenorientierungen niederschlagen. Die Deutsche Gesellschaft für Public Health definiert Gesundheitswissenschaften als die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung des Gesundheitswesens (Hurrelmann et al., 2006).

Die Relevanz dieser Arbeit für das Fachgebiet der Gesundheitswissenschaften wird in dieser Arbeit mehrfach aufgezeigt. Zum einen in der Analyse der körperlichen, psychischen und sozialen Ausgangsbedingungen und Ursachen für Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerungsgruppe der Studierenden. Studierende können in ihrer Funktion als Multiplikatoren in der Gesellschaft wichtige Funktionen übernehmen, insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung von Versorgungssystemen, Gesundheitspolitik und -management, Gesundheitssystemen und nachhaltigem Umweltmanagement.

Darüber hinaus wird die Hochschule als Setting, in dem die Studierenden arbeiten und leben, beschrieben. Das Potential eine gesundheitsfördernde Arbeits- und Lebenswelt zu bilden wird offen gelegt, und ein neuer Weg aufgezeigt, Studierende

in Gesundheitszirkeln aktiv an der gesundheitsförderlichen Gestaltung dieses Settings partizipieren zu lassen.

Die Arbeit enthält theoretische Anteile wie die schon genannten Themen Gesundheit von Studierenden, Gesundheitsfördernde Hochschule und Gesundheitszirkel. Der empirische Teil der Arbeit stellt das Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende vor, welches von der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen (LUK NRW) und der Universität Bielefeld gefördert wurde. Zunächst wird auf der Basis eines Gesundheitsbegriffes, der sich an dem Gedanken der Salutogenese und dem Risiko-Ressourcen-Ansatz orientiert, die Gesundheit von Studierenden beschrieben. Die Darstellung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen: international, national für Deutschland und lokal für die Universität Bielefeld. Diese Beschreibung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens der Zielgruppe bietet eine Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Um ein Instrument der Gesundheitsförderung, wie den Gesundheitszirkel, gewinnbringend anwenden zu können, ist es weiterhin notwendig, das Setting in dem es eingesetzt werden soll, zu beschreiben. Deshalb widmet das sich anschließende Kapitel dem Setting Hochschule. Es gibt einen Einblick in den aktuellen Stand der Gesundheitsförderung an Hochschulen, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Universität Bielefeld gerichtet wird. Vorangestellt werden Erläuterungen zu den Begriffen Gesundheitsförderung, unter besonderer Berücksichtigung des Setting-Ansatzes, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein weiterer Abschnitt erläutert das Gesundheitszirkelkonzept als theoretische Grundlage und seine bisherigen Einsatzgebiete, insbesondere im Setting Hochschule. Im Methodenteil wird das konkrete Vorgehen des Modellprojektes sowie dessen Evaluation vorgestellt. Der Ergebnisteil stellt die Prozesse des Zirkels und seine Ergebnisse vor. So werden die Zirkeltreffen beschrieben und die daraus hervorgegangenen Vorschläge und deren Umsetzung dokumentiert. Weiterhin erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus einer Befragung der Projektteilnehmer durch Fragebogen und durch ein leitfadengestütztes Interview. Die Diskussion ordnet zunächst die Erkenntnisse über die Gesundheit der Studierenden in deren Lebenswelt ein und es werden Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung dieser Zielgruppe gezogen. Dann folgt eine zusammenfassende Beurteilung der Konzepte und Aktivitäten von Hochschulen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für Studierende. Die verschiedenen Ergebnisse aus dem Gesundheitszirkelprojekt

werden der Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation zugeordnet und diskutiert. Die Diskussion schließt mit einer Diskussion des Modellprojektes. Das letzte Kapitel beinhaltet einen Ausblick auf den noch bestehenden Forschungsbedarf und gibt Empfehlungen für die Übertragung der gewonnenen Forschungserkenntnisse auf andere Hochschulen. Eine Zusammenfassung gibt einen kurzen Überblick über das Forschungsprojekt und seine zentralen Ergebnisse.

Die Arbeit wurde nach den Regeln der neuen Rechtschreibung (gültig seit dem 01.08.2007) verfasst. Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurde, wo es möglich war, eine neutrale Ausdrucksform beispielsweise Studierende gewählt. Wo sich diese Vorgehensweise nicht anbot, kam die männliche Form zum Einsatz, wobei die weibliche immer mit gemeint ist.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Gesundheit von Studierenden

2.1.1 Was ist Gesundheit?

Gesundheit gehört zum alltäglichen Leben. Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für persönliche, soziale und ökonomische Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Trotz oder gerade wegen dieser zentralen Bedeutung von Gesundheit entzieht sich der Begriff immer wieder einer scharfen Operationalisierung (Hurrelmann und Laaser, 1993).

Früher wurde Gesundheit oft als Nichtvorhandensein von Krankheit beschrieben. Bei einigen Akteuren im Gesundheitswesen, wie bspw. den Krankenkassen, findet sich häufig noch dieses Verständnis von Gesundheit (Trojan, 2002).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), eine 1948 in Genf gegründete internationale Organisation der Vereinten Nationen, welche alle über den Rahmen nationaler Gesundheitsorganisationen hinausgehenden gesundheitspolitischen Fragen bearbeitet, erweiterte diese enge Sichtweise durch ihre Definition. Diese beschrieb Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak und Sabo, 1993, S. 60). Erstmals wurde mit dieser Beschreibung der Mensch ganzheitlich wahrgenommen und seine subjektive Sicht, das individuelle Wohlbefinden, berücksichtigt. Einer zunehmenden Orientierung an der Gesundheitsdefinition der WHO folgte eine Erweiterung der Krankheitsverhütung um die Gesundheitsförderung (Trojan, 2002).

Aufbauend auf diesem erweiterten und ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit der WHO folgt diese Arbeit dem biopsychosozialen Modell der Salutogenese. Das Konzept der **Salutogenese** geht auf den Medizinsoziologen und Stressforscher Antonovsky (1987, 1997) zurück. Er hat erstmals versucht, Gesundheit und Krankheit nicht als Zustände zu beschreiben, sondern als ein Kontinuum mit den beiden imaginären Endpunkten Gesundheit und Krankheit. Auf diesem Kontinuum bewegt sich der Mensch lebenslang und ist niemals vollständig gesund oder krank. Entscheidend für die Beschreibung seines Zustandes ist die Entfernung oder Nähe zu den Endpunkten (Bengel et al., 1998).

Der individuelle Gesundheitszustand leitet sich aus einer dynamischen Interaktion zwischen belastenden und stützenden Faktoren im Menschen und seiner Umwelt ab.

Diesem Ausgleich zwischen Risiko- und Schutzfaktoren oder Risiken und Ressourcen, entspringt der Grad der Gesundheit (Franzkowiak, 2003a). Zentrale personale Ressource im Modell der Salutogenese ist der so genannte Kohärenzsinn. Dabei unterscheidet Antonovsky drei Komponenten aus denen sich das Kohärenzerleben zusammensetzt. Das `Gefühl der Verstehbarkeit`, welches die Ereignisse in der eigenen inneren Welt und in der äußeren Umgebung im Lebensverlauf strukturiert, vorhersehbar und erklärbar macht. Das `Gefühl der Machbarkeit`, dass Ressourcen verfügbar sind, um den aus diesen Ereignissen stammenden Anforderungen zu begegnen und das `Gefühl der Sinnhaftigkeit`, dass diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, für die es sich lohnt sich zu engagieren und zu investieren (Antonovsky, 1987).

Ressourcen, die ein Mensch als Widerstand gegenüber Belastungen hat, entscheiden darüber, ob sich Belastungen in Symptomen von Beeinträchtigung des Wohlbefindens und Gesundheitsstörungen niederschlagen oder nicht (Hurrelmann, 2000). Dabei lassen sich Ressourcen durch interne (personale) oder externe (situative) Bedingungen kennzeichnen (Bamberg et al., 2003; Waller, 2002).

Interne Ressourcen unterscheiden sich in drei Aspekten: Ressourcen aufgrund von Problemlösungs- und Änderungskompetenzen, Verhaltens- und Bewältigungsstile und generalisierte Einstellungen oder Bewertungen.

Zu den externen Ressourcen zählen Ressourcen aufgrund von sozialer Unterstützung, finanzieller Absicherung, guten Arbeitsbedingungen und im Zusammenhang mit einer günstigen gesundheitlichen Versorgung.

Im gesundheitswissenschaftlichen Ansatz besitzt die soziale Unterstützung eine zentrale Bedeutung. „Soziale Beziehungen und Bindungen wirken in doppelter Hinsicht gesundheitserhaltend und gesundheitsförderlich. Sie können psychosoziale Belastungen abschirmen oder neutralisieren. Zugleich erleichtert eine hilfreiche soziale Unterstützung es, solche Belastungen erfolgreich zu bewältigen“ (Franzkowiak, 2003b, S. 217).

Als **Risiken bzw. Risikofaktoren** bezeichnen die Gesundheitswissenschaften und die Sozial- und Präventivmedizin die Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten. Durch das Einwirken von Risiken „entsteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an der nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder vorzeitig zu versterben“ (Franzkowiak, 2003c, S. 195). Unterschieden werden zum einen Risikofaktoren, die überwiegend als verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebunden angesehen werden und Risikofaktoren, die sozialstrukturell bzw. ökologisch bedingt sind. Darüber

hinaus bestehen Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, familiäre Vorbelastungen oder genetische Dispositionen, die einer Intervention nicht zugänglich sind (Franzkowiak, 2003c).

Über die Definition der WHO und dem Konzept der Salutogenese hinaus, wird Gesundheit als Handlungsfähigkeit, die nicht nur Leistungsfähigkeit, sondern auch Erlebnisfähigkeit umfasst, verstanden. Hierzu zählt insbesondere, sich eigene Ziele zu stecken und diese zu verfolgen, sich wandelnden äußeren Gegebenheiten anzupassen sowie sich aktiv an der Mitgestaltung der Vorgänge zu beteiligen (Spath et al., 2004).

2.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung ein Begriffspaar?

Sowohl in der Alltags- als auch in der Wissenschaftssprache werden die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung synonym oder als Begriffspaar verwendet.

Bei näherer Betrachtung ist festzustellen, dass bei dem Begriff der **Prävention** eine pathogene Sichtweise im Vordergrund steht. Der Begriff Prävention leitet sich vom lateinischen *praevenire* = zuvorkommen ab. Durch vorbeugende Maßnahmen soll ein Krankheitseintritt verhindert oder verzögert bzw. Krankheitsfolgen abgemildert werden (Becker-Berke und Lautwein-Reinhard, 2004). Somit ist zur Prävention das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Krankheitsursachen mit dem Ziel Krankheitsprozesse frühzeitig einzudämmen zu zählen. Weiterhin geht es um das Verhüten von Krankheiten durch die Ausschaltung von Risikofaktoren.

Je nach dem Zeitpunkt ihres Einsatzes klassifiziert sich Prävention in die Bereiche primär, sekundär und tertiär. Um der Entstehung von Krankheiten entgegen zu wirken, setzt die Primärprävention vor dem Eintreten einer Krankheit an. Die Sekundärprävention bezieht sich auf das Frühstadium einer Krankheit mit dem Ziel, einen chronischen Verlauf einzudämmen. Die Tertiärprävention hat das Ziel Folgeschäden zu vermeiden, indem sie sich auf eine manifeste Krankheit richtet (Leppin, 2004).

Bezieht sich die Prävention auf das Verhalten von Individuen, wird von Verhaltensprävention gesprochen. Veränderungen der Rahmenbedingungen werden als Verhältnisprävention bezeichnet.

Grundlage von **Gesundheitsförderung** ist ein systemisch-ganzheitliches Verständnis von Gesundheit sowie die Berücksichtigung der Mehrdimensionalität von Gesundheit und ihre Abhängigkeit von komplexen Lebensbedingungen. Dabei verfolgt Gesundheitsförderung in ihrem Ansatz die salutogenetische Sichtweise. Es überwiegt die Fragestellung wie Gesundheit entsteht.

Vom Ansatz her ist Gesundheitsförderung ein anspruchsvoller Prozess der Organisationsentwicklung, bei dem es gilt, Gesundheit als neue Grundlage für Entscheidungen und Handlungen in Institutionen einzuführen.

Die WHO verabschiedete auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Kanada die Ottawa Charta 1986. Diese sagt „[...]“, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess ziele, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Kaba-Schönstein, 2003, S. 73).

Die Ausrichtung erfolgt in fünf Bereichen: Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Grossmann und Skala, 2001). Eine Weiterentwicklung findet sich in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Gesundheitsförderung wird verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit (Kaba-Schönstein, 2003).

Gesundheitsförderung fragt danach, welche Faktoren Wohlbefinden erzeugen. Deshalb geht es in Konzepten, die diesen Ansatz verfolgen, darum, diese nachhaltig zu verstärken und zu unterstützen (Kühn und Rosenbrock, 1994).

Risikofaktoren, die als Argumentation der Prävention gelten, und Schutzfaktoren oder Ressourcen, die als Begründung der Gesundheitsförderung angesehen werden, verfolgen letztendlich das gleiche Ziel. Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften ist es deshalb nicht hilfreich, die beiden Formen isoliert voneinander zu betrachten. Beide Interventionsformen sollten integrativ verstanden werden (Hurrelmann et al. 2004, Altgeld und Kolip 2004). In der Praxis kann es sinnvoll sein, dass „... je nach Ausgangslage einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessenere und erfolgsversprechendere sein kann“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 14).

Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass sie auf die Beeinflussung von Morbidität und Mortalität bezüglich der Erzielung eines individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinns zielen (Lehmann und Töppich, 2002). Schätzungen ergaben 25-30% theoretisch erzielbare Einsparungspotenziale auf die Gesundheitsausgaben (SVR, 2001). In Zukunft ist noch eine größere Einsparung zu erwarten. Durch den demographischen Wandel in Deutschland wird der Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung immer deutlicher und notwendiger. Bis 2050 wird sich der Anteil der unter 20-

jährigen von derzeit 21% auf 16% verringern und der Anteil der über 60-jährigen, der heute bei 22% liegt, auf 37% steigen (BMFSFJ, 2005). Diese Situation stellt das Gesundheitssystem vor enorme finanzielle Herausforderungen. Es wächst der Bedarf sowohl im Alter, aber auch in jungen Jahren die Gesundheit zu fördern (Drupp, 2002).

Diesen Erkenntnissen Rechnung tragend finden sich die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung auch in der Sozialgesetzgebung wieder. In § 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V zur „Solidarität und Eigenverantwortung“ wird Prävention als die Zuständigkeit der Krankenkassen fixiert. Zwar ist jeder Einzelne für seine Gesundheit mit verantwortlich, aber die Aufgabe der Krankenversicherung ist es, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern“.

Dieses Zuständigkeits- und Tätigkeitsfeld wurde bereits 1988 um die Gesundheitsförderung im § 20 erweitert (Rosenbrock, 1993). Somit erhielt die Gesundheitsförderung durch den § 20 „legalen Einzug in das Gesundheitssystem“ (Walter und Schwartz, 2002, S. 19). Mit der Modifizierung des § 20 SGB V im Jahre 2000 wurde die Primärprävention als Soll-Leistung und die Betriebliche Gesundheitsförderung als Kann-Leistung gesetzlich fest geschrieben (Drupp 2002, § 20 SGB V). Seitdem können Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Sie sind dabei angehalten, bei der arbeitsbedingten Gefahrenverhütung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen zu arbeiten.

2.1.3 Studien zur Gesundheit von Studierenden

Das Jugendalter bzw. die frühe Adoleszenz wurden und werden immer noch in weiten Teilen der Bevölkerung als ein Lebensabschnitt gesundheitlicher Sorgenfreiheit angesehen. Jugendliche und Studierende gelten als eine gesunde Bevölkerungsgruppe, die keines verstärkten Augenmerks im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung bedarf. Im Hinblick auf die physische Gesundheit trifft dies für den Großteil der Studierenden auch zu. Forschungsergebnisse haben aber psychische und soziale Belastungen identifiziert, die den Gesundheitszustand dieser Altersgruppe beeinträchtigen (Basten et al., 1994; Holm-Hadulla und Soeder, 1997). Viele Alarmzeichen im Kindesalter (wie ein streikendes Immunsystem, die Folgen mangelhafter Ernährung, Bewegungsdefizite, Hyperaktivität, nicht bewältigte seelische Konflikte und ein verbreiteter Medikamenten- und Suchtmittelmissbrauch)

zeigen, dass Kinder an einer psychischen und sozialen Überbelastung erkranken (Hurrelmann, 2002).

Die für die Beratung von Studierenden in Krisen zuständigen Stellen verzeichnen in letzter Zeit einen ständig steigenden Bedarf (Rückert, 2006). Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention scheinen demnach auch in einem Lebens- und Arbeitsraum wie der Hochschule angemessen. Als Grundlage gezielter Gesundheitsförderung sind deshalb aktuelle Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten wichtig.

Um die Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Studierenden zu unterstreichen und Bedarfe aufzuzeigen, erfolgt im nächsten Kapitel die Darstellung von Forschungsergebnissen, die den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Studierenden widerspiegeln (vgl. 2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden).

Ausgehend von internationalen Studien, über deutsche Forschungsergebnisse, liegt der Fokus auf der Population der Bielefelder Studierenden als lokale Ebene. Bei der Auswertung der Daten lag der Schwerpunkt auf den Themenkomplexen seelische Gesundheit, somatische Beschwerden und habituelle Gesundheit sowie Ressourcen und Risiken, die im Setting Hochschule begründet sind. Den Aspekten Gender (vgl. 2.1.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede) und Migration (vgl. 2.1.6 Studierende aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund) widmet sich jeweils ein gesonderter Abschnitt.

Die hier verwendeten Daten stammen zum größten Teil aus Querschnittsstudien, die mit Hilfe schriftlicher Befragungen von Studierenden durchgeführt wurden. Die Daten der dargestellten Studien enthalten häufig selbstberichtete subjektive Gesundheitseinschätzungen. Diese weisen im Vergleich zu Diagnosen, die von Experten des Gesundheitssystems erstellt werden, einen höheren Interpretationsspielraum auf. Nach Erkenntnissen der Gesundheitsforschung besteht jedoch eine hohe Übereinstimmung zwischen selbstberichteten Daten und medizinisch abgesicherten Diagnosen. In Bezug auf die Angaben zum körperlichen Gesundheitszustand kann deshalb von einer hohen Validität und Reliabilität der Daten ausgegangen werden (Brunner und Bachmann, 1999).

Im Rahmen von Längsschnittstudien erfolgte die mehrmalige Befragung von Individuen aus denen Aussagen über die Entwicklung im Laufe des Studiums abgeleitet werden können (Bachmann und Berta, 1999; Stock und Krämer, 2000).

Im Folgenden werden exemplarisch einige der verwendeten Studien vorgestellt.

Auf der **internationalen Ebene** fließen beispielsweise Daten aus folgenden Studien mit ein:

- Der **European Health and Behaviour Survey** hat Studierende europäischer Länder hinsichtlich ihres Risikoverhaltens mit dem Ziel Zusammenhänge zwischen Gesundheitseinstellungen und Verhalten zu eruieren, verglichen (Wardle and Steptoe, 1991).
- Die **RUBIS** Studie (**R**essourcen **u**nd **B**elastungen im **S**tudium) befragte Studierende von zwei Hochschulen in Zürich. Im Zentrum der Befragung standen das Wohlbefinden und die psycho-physische Gesundheit von Studierenden. Schwerpunkt war die Phase des Studienbeginns. Um die potentiell gesundheitsbeeinträchtigende Transitionsphase des Studienbeginns erfassen zu können, begann die Befragung bereits vor Beginn des Studiums. Im Oktober 1994 erfolgte der erste Einsatz eines standardisierten Fragebogens. Eine Längsschnittsuntersuchung erfolgte nach zwei Studiensemestern (n=1.382). Diese erfasste die Veränderungen der Einstellungen und Erwartungen, die Entwicklung der Persönlichkeit sowie des Gesundheitszustandes der Studierenden. Repräsentative Stichproben erlaubten die Einbeziehung späterer Phasen des Studiums (n=318) (Bachmann und Berta, 1999).
- Die internationalen Vergleichsstudien des **CNSHS** (**C**ross-**N**ational-**S**tudents-**H**ealth-**S**tudy) sind hervorgegangen aus dem **Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende** (vgl. lokale Ebene). Hochschulen aus verschiedenen europäischen Ländern (vgl. untenstehende Tabelle) haben auf der Grundlage des Bielefelder Fragebogens Studierende befragt. Ziel dieses Zusammenschlusses ist es, Unterschiede in Gesundheit und Determinanten, die die Gesundheit beeinflussen, zu analysieren, um jeweils zielgruppenspezifische Programme in den verschiedenen Einrichtungen zu etablieren (CNSHS, 2006; El Ansari et al., 2007). Die Tabelle 1 zeigt eine Übersicht aller vom Bielefelder Forschungsteam in Kooperation mit europäischen Hochschulen bereits durchgeführten Studien.
- Das **National College Health Assessment** ist eine seit 1998 regelmäßig wiederholte nationale Erhebung an amerikanischen Hochschulen zur Gesundheit von Studierenden. Der Fragebogen beinhaltet gesundheitsbezogene Fragestellungen. So wird unter anderem auch die Akzeptanz von präventiven und gesundheitserzieherischen Maßnahmen abgefragt (Zimmer, 2002).

Tabelle 1: Erhebungen im Rahmen der Cross-National-Students-Health-Study. Übersicht der beteiligten Länder, Darstellung in alphabetischer Reihenfolge. Die Stichproben bestanden aus Studierenden im ersten Studienjahr bzw. im dritten Studienjahr beim Follow-up (mit Ausnahme der Befragung von ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld, diese Befragung umfasste alle Semester (Tabelle erstellt auf der Grundlage von Meier et al. 2006a).

Land	Hochschule	Erhebungs-Zeitpunkt	Stichprobengröße
Bulgarien	Universität Sofia	SS 2005	709
Dänemark	University of Southern Denmark	SS 2005	571
Deutschland	<u>Universität Bielefeld:</u>		
	- Baseline	WS 1994/95	650
	- Follow-up	WS 1997/98	166
	- Ausländische Studierende	WS 1997/98	204
	- Survey 2005	SS 2005	814
	- Survey NRW	SS 2006 - SS 2007	3.311
Litauen	Universitäten Kaunas	WS 1999/00	1.031
Polen	Katholische Universität Lublin	SS 2005	591
Spanien	Staatliche Universität Navarra in Pamplona	WS 1997/98	622
Türkei	Hacettepe University of Ankara	SS 2004	1.043

Auf nationaler Ebene:

- **Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes.** Seit 1951 führt das Deutsche Studentenwerk Sozialerhebungen durch. In dieser mit Unterstützung des Bundesministers für Bildung und Forschung durchgeführten Studie werden Studierende alle drei Jahre schriftlich befragt. Das Ziel dieser Erhebungen ist es, aktuelle Informationen über die soziale und wirtschaftliche Lage der Studierenden zu ermitteln. Ende der 80er Jahre enthielt diese Repräsentativerhebung erstmals Angaben über den Gesundheitszustand von Studierenden (BMBF, 1986).
- Befragungen an Hochschulen wie beispielsweise die Befragung aller Statusgruppen an der **Hochschule Magdeburg-Stendal**. Die Rücklaufquote betrug 39%. Der Anteil der Studierenden unter den Befragten lag bei 74% (Göbel et al., 2001).

Daten über die Bielefelder Studierenden (**lokale Ebene**):

- Informationen über die Ressourcen und Risiken von Bielefelder Studierenden entstammen dem **Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende**. Ursprung

des Surveys war die Fragestellung, ob und welche Risiken und Ressourcen in der Zielgruppe der Studierenden bestehen. Hierfür wurde angelehnt an den Jugendgesundheitssurvey, ein Fragebogen erstellt. Der Jugendgesundheitssurvey, erstmals 1993 durchgeführt, befragt Jugendliche im Alter von 12-16 Jahren (Hurrelmann et al., 2003). Die Ziele der beiden Studien sind identisch. Bei beiden geht es darum, auf methodisch gesicherter Basis durch Surveytechniken ein präzises Bild des Gesundheits- und Krankheitszustandes der jeweiligen Zielgruppen zu erheben. Auch lagen über die in den Surveys befragten Bevölkerungsgruppen (Jugendliche und Studierende) im Vorfeld der Befragungen die gleichen Annahmen vor. Beispielsweise die Meinung, dass, verglichen mit anderen Bevölkerungsgruppen, die Morbiditäts- und Mortalitätsraten im Jugendalter als auch im jungen Erwachsenenalter relativ niedrig sind.

Beide Surveys geben Auskunft über den körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheits- und Krankheitsstatus und über gesundheitsrelevante Einstellungen, Gesundheitskonzepte und Muster gesundheitlichen Verhaltens.

Ein weiteres Ziel des Bielefelder Gesundheitssurvey ist es, vergleichende Untersuchungen zu ermöglichen. Deshalb kam das Instrument an Universitäten in anderen europäischen Ländern zum Einsatz (s. Tabelle 1). Die Universität Bielefeld verfügt somit durch den Gesundheitssurvey für Studierende über eine vergleichsweise genaue Beschreibung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens ihrer Studierenden als auch über direkte Vergleiche mit anderen europäischen Ländern (Allgöwer, 2000). Diese Form der international vergleichenden Studie kann den Blick für Merkmale der nationalen Situation schärfen, die ohne den externen Vergleich gar nicht, oder weniger deutlich erkennbar gewesen wären (Pflanz und Schach, 1976).

- Weitere Einblicke in die Problemlagen Bielefelder Studierender liefern die **Jahresberichte der Zentrale Studienberatung** der Universität Bielefeld.

2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden

Die unter 2.1.3 Studien zur Gesundheit von Studierenden bereits vorgestellten und die im Folgenden erwähnten Studien, beleuchten die Gesundheit von Studierenden auf zum Teil sehr unterschiedliche Art und Weise. So sind die Fragestellungen unterschiedlich und dementsprechend die erhaltenen Ergebnisse.

Was als Ressource und was als Risiko angesehen werden kann, hängt von der Betrachtungsweise ab. Ein Fehlen von Ressourcen birgt Risiken. Reduzierte Risiken können eine Ressource bilden. Unter diesem Aspekt ist die folgende Zusammenstellung von Forschungsergebnissen zu verstehen.

2.1.4.1 Internationale Studien zur Gesundheit von Studierenden

Vergleiche mit Nicht-Studierenden zeigen, dass Studierende weltweit über schlechtere Gesundheit, insbesondere im mentalen Bereich verfügen. Eine in England durchgeführte Studie zeigte, dass Studierende im Vergleich zu nicht-studierenden jungen Erwachsenen der gleichen Altersgruppe schlechtere Werte in allen abgefragten Bereichen der Befindlichkeit aufwiesen (Stewart-Brown et al., 2000). Eine schwedische Studie berichtet über Studierende, die eine geringer wahrgenommene Lebensqualität angeben und die selbstberichteten Daten zur Gesundheit wiesen ebenfalls schlechtere Werte auf (Vaez et al., 2004). Eine Schweizer Studie stellte fest, dass Probleme der mentalen Gesundheit bei Studierenden häufiger auftreten als in der Gruppe der Nicht-Studierenden (Etter und Perneger, 1997).

Einen Hinweis auf die Relevanz dieser Ergebnisse gibt eine Studie mit ungarischen Studierenden. Das psychische Befinden wurde hier als stärkster Einflussfaktor für den subjektiven Gesundheitszustand identifiziert (Piko, 2000).

Insbesondere depressive Verstimmungen und Depressionen scheinen bei Studierenden häufig aufzutreten. Hierzu finden sich in Studien aus unterschiedlichen Ländern Hinweise (Adewuya et al., 2006; Apfel, 2004; Bostanci et al., 2005; Eller et al., 2006; Kadison und DiGeronimo, 2004; Khawaja und Bryden, 2006; Ovuga et al., 2006). Hohe Raten von Depressionen fanden sich auch in der europaweiten Studie von Steptoe und Wardle (2001), hier schienen insbesondere osteuropäische Studierende betroffen zu sein. Depressionen (20%) und das abgefragte Item Depressionen, Angsterkrankungen, jahreszeitlich bedingte Gemütsschwankungen (16%) finden sich auch unter den amerikanischen Studierenden (American College Health Association, 2005; Maxwell und Krämer, 2006). Weiterhin leiden die Studierenden in den USA unter Schlafstörungen (25%), 18% machen sich Sorgen um Freunde und Familienmitglieder, 16% haben Beziehungsprobleme und 13% geben Angstzustände an. Dies alles sind Faktoren der mentalen Gesundheit, die die Leistungsfähigkeit von Studierenden beeinträchtigen.

Zu diesen Faktoren ist mit einer Verbreitung von fast einem Drittel (32%) auch Stress zu zählen (ebd.). Hinweise auf Befindlichkeitsstörungen, die mit Stress assoziiert

sind, gibt auch die Studie aus der Schweiz. Hier sind Stress- und Erschöpfungssymptome, Verspannungen sowie Magen-Darmbeschwerden unter Studierenden weit verbreitet. (Brunner und Bachmann, 1999). 16% der Studierenden leiden unter so gravierenden psychischen Beeinträchtigungen, dass sie professioneller Hilfe bedurften (Holm-Hadulla und Soeder, 1997).

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Forschungsergebnisse aus der Schweiz besonders brisant. In der RUBIS-Studie gab es Hinweise darauf, dass sich der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand im Gegensatz zur physischen Gesundheit im Laufe des Studiums verschlechtert. So schätzten Studienanfänger ihren Gesundheitszustand als deutlich besser ein, als Studierende im zweiten Studienjahr und Studierende in der Abschlussphase (Brunner und Bachmann, 1999). Insgesamt konnte in dieser Studie festgestellt werden, dass sich die psychophysische Gesundheit der Studierenden wie Vitalität, Ausgeglichenheit und Depressivität im Durchschnitt signifikant während des ersten Studienjahrs verschlechterte (Hornung und Fabian, 2001).

Als Ressource zu werten ist die Tatsache, dass Studierende im internationalen Kontext ihren Gesundheitszustand trotzdem als positiv einschätzen (Knoch, 2001). Die Schweizer Studierenden beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut und im Verlauf des Studiums besserte sich sogar das physische Befinden (Brunner und Bachmann, 1999). Befragt nach körperlichen Beschwerden berichtete fast die Hälfte der amerikanischen Studierenden von Rückenschmerzen (48%) und Allergien (47%). Weitere von dieser Zielgruppe häufig genannte Gesundheitsprobleme waren Nasennebenhöhlenentzündungen (30%), Mandelentzündungen (13%) und Asthma (11%). Darüber hinaus identifizierten die Forscher weitere Faktoren, die die akademische Leistungsfähigkeit der amerikanischen Studierenden beeinträchtigen. Darunter befanden sich körperliche Beschwerden wie Erkältungen und grippale Infekte (26%) (American College Health Association, 2005; Maxwell und Krämer, 2006). Es ist auffällig, dass die meisten der häufig auftretenden physischen Beschwerden mit Stress assoziiert sind. Einen Hinweis hierauf ergab eine Studie in der Slowakei. Die Forscher dort fanden in einer Kohorte von Studierenden signifikante Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und psychologischem Wohlbefinden (Katreňiakova et al., 2006).

Eine wichtige Ressource für die Studierenden sind soziale Kontakte. So schätzen 74,1% der Hongkonger Studierenden ihre zwischenmenschlichen Beziehungen als bedeutsam und erfüllend ein (Lee und Loke, 2005). Ein guter Kontakt zu den Mitstu-

dierenden, sowie die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung stellte sich in der RUBIS-Studie ebenfalls als wichtigste Ressource heraus (Bachmann et al., 1999). Insbesondere zu Beginn des Studiums bildet der Kontakt zu den Eltern eine wichtige Ressource (Hornung und Fabian, 2001).

Darüber hinaus berichtete über die Hälfte (50,6%) der befragten Hongkonger Studierenden über positive persönliche Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Studium und annähernd die Hälfte (42,5%) verfügen über Stressmanagement - Techniken (Lee und Loke, 2005). Weitere wichtige Determinanten der Gesundheit von Studierenden sind eine befriedigende Wohnsituation, sowie ein sinnhaftes Studium (Hornung und Fabian, 2001).

Was das Verhalten betrifft, zeigte eine interkulturelle Studie zwischen amerikanischen und deutschen Studierenden zur körperlichen Aktivität von Studierenden, dass lediglich 30% der Gesamtstichprobe der internationalen Empfehlung der WHO zur körperlichen Aktivität entsprechen (Baumgarten und Dietrich, ohne Jahresangabe). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer Studie unter chinesischen Studierenden. Nur 31,2% berichteten über körperliche Aktivitäten während der Woche und nur 13,8% gab an, regelmäßig Sport zu treiben. Die gleiche Studie zeigte, dass nur 35,2% der chinesischen Studierenden jeden Tag Früchte essen und nur knapp die Hälfte (48,9%) jeden Tag Gemüse zu sich nimmt (Lee und Loke, 2005). Eine vergleichende Studie zwischen dänischen und koreanischen Studierenden zeigte, dass in beiden Ländern die Studierenden mangelnde Zeit angaben, warum sie sich nicht regelmäßig gesund ernähren würden (Gry, 2006).

Auch bei den Risikofaktoren Alkohol und Rauchen gibt es in internationalen Studien Hinweise auf riskantes Verhalten von Studierenden. In einer englischen Studie überschritten 61% der Männer und 48% der Frauen kritische Werte für Trinkmengen. 28% der Studierenden wurden als exzessive Gelegenheitstrinker eingestuft (Webb et al., 1996). Eine slowakische Studie identifizierte als Hauptmotiv für das Rauchen unter Studierenden Angst (Sarkova et al., 2006).

Darüber hinaus fanden sich weitere Hinweise auf gesundheitsschädigendes Verhalten oder Belastungen von Studierenden. 14% der amerikanischen Studierenden wiesen ein riskantes Nutzungsverhalten des Internets bzw. von Computerspielen auf (American College Health Association, 2005). In der Schweiz stellten sich Defizite und Probleme mit dem eigenen Arbeitsstil als Belastung heraus (Hornung und Fabian, 2001).

Ein Ost-West-Vergleich zwischen Österreich, Belgien, BRD, den Niederlanden und

der Schweiz gegenüber Studierenden aus der DDR, Ungarn und Polen zeigte, dass osteuropäische Studierende einen weniger gesunden Lebensstil führen und nicht über ausreichend Informationen über Gesundheit und Verhalten verfügen (Steptoe und Wardle, 2001). Ein ähnliches Ergebnis zeigte die Hongkonger Studie, wo nur wenige Studierende (6,5-27,1%) ein Verantwortungsgefühl für ihre Gesundheit aufwiesen (Lee und Loke, 2005).

Neben Risikoverhalten untersuchte die RUBIS-Studie Risiken und Belastungen, die im Setting Hochschule begründet sind. So scheint die gewählte Studienrichtung einen Einfluss auf die Befindlichkeit zu haben. Darüber hinaus empfinden Studierende es als Belastung, wenn der Inhalt des Studiums für sie keinen Sinn macht oder sich nicht mit ihren persönlichen Interessen deckt. Als besondere Belastungen in der Studieneingangsphase wurden Selektionsdruck und hohe Studienanforderungen sowie unklare Studienbedingungen zum einen und zu wenig Freizeit auf der anderen Seite identifiziert. Somit scheinen Studierende sowohl ein zu wenig an Struktur, als auch ein zu wenig an Freizeit als Belastung zu erleben (Hornung und Fabian, 2001).

2.1.4.2 Deutsche Studien zur Gesundheit von Studierenden

Die Umfrage einer Krankenkasse hat ergeben, dass deutsche Studierende gesund leben und gute Chancen haben, dauerhaft leistungsfähig zu bleiben. Insgesamt stellte sich heraus, dass Bildung an sich eine Ressource zu sein scheint. Unter 1.002 Befragten zwischen 18 und 29 Jahren waren diejenigen mit höherem Bildungsabschluss (Abitur/Studium) bei den gesundheitsfördernden Lebensweisen stärker vertreten (Cassone, 2006).

Im Gegensatz dazu finden sich Hinweise auf zunehmende psychische Belastungen bei deutschen Studierenden bereits vor 20 Jahren in der Literatur. In der 11. Repräsentativerhebung des Studentenwerks gab die große Mehrheit der Studierenden (87%) psychische Beschwerden an. Besonders häufig nannten die Befragten Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten (BMBF, 1986). Eine fast ebenso alte Studie unter Göttinger Studierenden fand heraus, dass 10% der Studierenden psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen und ebenso viele einen Bedarf nach fachlicher Beratung angaben (Schuergers und Kuda, 1988).

Eine andere Studie nennt eine Zahl von 14% aller Studierenden, die sich bei gravierenden psychischen Belastungssituationen ratlos und überfordert fühlen (Krüger et al., 1986).

Aktuelle Erhebungen des BMBF zeigen, dass 27% aller Studierenden psychische

Schwierigkeiten haben. Die am häufigsten genannten Probleme waren Leistungsstörungen, mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen, Labilität, Prüfungsängste und allgemeine Ängste. Diese Probleme nehmen mit dem Alter und der Semesterzahl weiter zu. Zum Teil erreichen sie das Doppelte der Anfangsbelastung, wobei Leistungsschwierigkeiten und Prüfungsängste im Zeitverlauf den größten Anstieg verzeichnen. Besonders problematisch erscheint die Tatsache, dass Prüfungsängste und Arbeitsschwierigkeiten als ein (notwendiger) Bestandteil des Studiums angesehen werden. Während der Hochschulzeit verdoppelt sich die Anzahl der Studierenden, die unter mangelndem Selbstwertgefühl leiden. Ein Hinweis darauf, dass Probleme durch die Hochschulen mit verursacht werden. (Hahne et al., 1999). Heutzutage scheinen Ängste das Studium zu prägen. Mehr als die Hälfte (55%) aller Studierenden hat Angst durch Prüfungen zu fallen, 42% haben Angst den Anforderungen des Studiums nicht zu genügen und 18% haben Angst das falsche Fach zu studieren (BMBF, 2007).

Dieser Trend schlägt sich auch in anderen Studien nieder. So verzeichnet der DAK-Gesundheitsreport 2005 einen überproportionalen Anstieg bei den psychischen Erkrankungen. Besonders junge Menschen scheinen auf berufliche und private Anforderungen mit psychischen Problemen zu reagieren. Der Bericht nennt Angststörungen und Depressionen die Volkskrankheiten der Zukunft. Die Altersgruppen, in denen sich auch die Studierenden einordnen lassen, sind besonders stark betroffen. Ein Teil der psychischen Konfliktlagen ist zwar als typisch für diese Lebensphase einzuschätzen, wirkt sich aber negativ auf die Studienleistungen der betroffenen Studierenden aus (DAK, 2005). Ähnlich wie in den internationalen Studien, bringen auch deutsche Forscher die hohe Prävalenz psychischer Probleme bei Studierenden unter anderem mit Stress während der Studieneingangsphase in Zusammenhang (Weissinger, 1996). Aufgrund der Aktualität des Themas beschäftigte sich der Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen am 27.01.2006 in Hannover mit der psychischen Gesundheit von Studierenden an Hochschulen. Ein Vortrag widmete sich der psychosozialen Situation von Studierenden. Als "ewige" Studierendenprobleme wurden Identitätsprobleme, spätadoleszente Krisen, Ablösung von der Familie, Sinn- und Orientierungsfragen, Beziehungsprobleme sowie Arbeits- und Leistungsstörungen benannt. Als Ressourcen wurden die noch nicht gefestigte Persönlichkeit, Entwicklungswünsche, Neugier sowie berufliche und soziale Chancen gesehen. Krisen seien in diesem Alter zwar spektakulär, aber meist vorübergehend (Schumann, 2006).

Neben den psychischen Beschwerden leidet eine steigende Zahl von Studierenden in Deutschland an einer chronischen Erkrankung und/oder ist durch eine Behinderung eingeschränkt: 1997 waren es noch 10% (BMBF, 1998), im Jahre 2000 bereits 13% (BMBF 2001) und die letzte Erhebung im Jahr 2006 wies einen Anteil von 19% aus. Wobei die Allergien/Atemwegserkrankungen mit 60% einen Großteil dieser Einschränkungen ausmachen (BMBF, 2007).¹

Auch in der Magdeburger Studie fanden sich am häufigsten Erkrankungen der Atemwege (Göbel et al., 2001). In Potsdam identifizierten die Forscher Schulter- und Nackenschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen sowie Verspannungen und Müdigkeit als häufig auftretende Beschwerden unter den befragten Studierenden (Degener, 2000). Diese Sammlung subjektiv wahrgenommener Gesundheitsbeschwerden deutet auf ein erhöhtes Risiko der Studierenden hin.

Als Ursache für ein hohes Maß an gesundheitlicher Beeinträchtigung von der in Potsdam 3% von Problemstudenten berichten, fanden sich starke private und universitäre Belastungen sowie der häufige Konsum von Suchtmitteln (Arbeitskreis Gesundheit an der Universität Potsdam, 2001).

Eine Ressource, die ein Drittel der deutschen Studierenden nutzt, ist Sport. 32% treiben 3-7-mal in der Woche Sport. Ein weiteres Drittel treibt lediglich 1 x pro Woche Sport. Als Risikogruppe zu werten, sind die Studierenden (36%), die sich im Wochenverlauf an keinem Tag bewegen (Baumgarten und Dietrich, ohne Jahresangabe).

Die DAK Studie fand heraus, dass junge Erwachsene gegenüber anderen Altersgruppen mehr Sport treiben. 62% derjenigen Befragten mit Abitur/Studium gaben an regelmäßig Sport zu treiben. Grundvoraussetzung Sport zu betreiben, ist für diese Zielgruppe neben der Hoffnung fit und gesund zu bleiben (78%), der Spaßfaktor (77%). Als ein weiteres Motiv Sport zu treiben, stand bei der Hälfte der Befragten Energie tanken (51%) und die Figur verbessern und erhalten (49%) im Vordergrund. Immerhin 17% nutzen den Sport um soziale Kontakte zu pflegen.

Ein weiterer Pluspunkt im Verhalten derjenigen mit Abitur/Studium ist die Ernährung. 64% dieser Kategorie achteten auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung. 61% essen ausgewogen mit viel Gemüse und Vollkornprodukten. Die Hälfte (48%) kauft hauptsächlich günstige Produkte aus dem Discounter.

61% sorgen für ausreichend Schlaf. Fast die Hälfte dieser Kategorie (49%) versucht

¹ In der 17. Erhebung aus dem Jahr 2003 finden sich keine Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Stress zu vermeiden und ein kleiner Anteil von 7% achtet nicht besonders auf seine Gesundheit (Cassone, 2006).

Diesen gesunden Verhaltensweisen der Studierenden stehen belastende Faktoren im Setting Hochschule gegenüber. Gleich zwei Studien identifizierten Anonymität, Lärm und Hektik als Beeinträchtigung des Wohlbefindens der Studierenden (Franzkowiak, 1998; Gastorf und Neukirchen, 2000). Als Ursache von Beschwerden werden von Studierenden darüber hinaus häufig die Sitzgestaltung in Hörsälen und Seminarräumen genannt (Weissing, 1996; Franzkowiak, 1998; Degener, 2000; Gastorf und Neukirchen, 2000; Arbeitskreis Gesundheit an der der Universität Potsdam, 2001).

Der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten wird durch den Wunsch der Studierenden nach mehr Entspannung- und Erholungsmöglichkeiten deutlich. In der Magdeburger Studie unterbreiteten die Befragten Vorschläge wie „Aufstellen weiterer Bänke auf dem Campusgelände“, „Austausch der Steinbänke gegen Holzbänke oder geeignete Auflagen“, „gemütliche Sitzeinheiten in den Häusern“ sowie die Etablierung von Entspannungskursen in das bestehende Lehrangebot. Insgesamt beurteilen die Magdeburger Studierenden ihre Arbeits- und Studienbedingungen jedoch als „zufrieden stellend“ oder „sehr zufrieden stellend“ (85%) (Göbel et al., 2001).

Eine weitere Belastung deckte eine Gruppendiskussion an einer Hochschule in Hannover auf. Der fehlende Dialog wurde als Ursache für das schlechte Verhältnis zu den Dozenten verantwortlich gemacht. Auch der Kontakt zu den Kommilitonen sei nur durch Hartnäckigkeit zu erreichen (Schwarz et al., 1995).

Ein schützender Faktor für psychische Probleme ist das Wohnen bei den Eltern. Studierende, die alleine in einer Mietwohnung leben, geben die meisten Probleme an, ebenso Studierende, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Hahne et al., 1999).

Positiv zu werten ist die Tatsache, dass die Idee einer „Gesundheitsfördernden Hochschule“ bei Studierenden auf eine positive Resonanz stößt. Der Großteil der Befragten findet sie „sehr gut“ oder „gut“ (90%). Dieses Ergebnis ist evtl. auch darauf zurückzuführen, dass sich die Mehrheit der Befragten (63%) „sehr häufig“ oder „häufig“ mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigen (Göbel et al., 2001) und 67% der jungen Menschen mit Abitur/Studium sind der Meinung, dass Gesundheit für den beruflichen Erfolg wichtig ist (Cassone, 2006).

2.1.4.3 Erkenntnisse über Bielefelder Studierende

Ähnlich wie im internationalen und nationalen Vergleich, schätzt die Mehrheit (80%)

der Studienanfänger in Bielefeld ihren Gesundheitsstatus positiv ein.

Trotzdem berichtet die Hälfte der befragten Studierenden (50,1 %) über Rücken-, Kreuz- oder Schulterschmerzen (Allgöwer et al., 1998). Im internationalen Vergleich mit Studierenden an Hochschulen in Spanien und Litauen weisen die Bielefelder Studierenden die höchsten Raten von Rücken- und Nackenschmerzen auf (Stock et al., 2003).

Zustände der Unruhe geben 38,7% an und über gastrointestinale Beschwerden wie Magenbeschwerden und/oder Appetitlosigkeit berichten 33,5% der Befragten (Allgöwer et al., 1998). Die Untersuchung der psychischen Gesundheitssituation der Studienanfänger ergab bei 19,1% depressive Verstimmungen und 13,1 % litten unter häufigen Angstgefühlen (Allgöwer, 2000). Depressive Verstimmungen sowie Konzentrationsproblemen gehörten neben Ängsten (Versagensängste, Prüfungsängste) zu den Themen von Häufigkeit und Bedeutung, mit denen die Bielefelder Studierenden die Zentrale Studienberatung (ZSB) aufsuchen (ZSB, 1997a). 2006 belegten die Themen Versagensangst, Prüfungsangst und Konzentrationsprobleme aufgrund der Einschätzung der Berater die ersten Plätze einer Schwerpunktgewichtung. Weiterhin von Relevanz waren depressive Verstimmungen, Redeängste und Schlafstörungen (ZSB, 2006). (21,4% der Studierenden bewerten ihre allgemeine psychosoziale Belastung als "hoch" oder "sehr hoch", wobei das Ausmaß der allgemeinen psychosozialen Belastung mit der Summe aller selbstberichteten Beschwerden korreliert. Darüber hinaus stellte sich psychosozialer Stress durchgängig als ein Risikofaktor für das Auftreten von Beschwerden dar (Allgöwer et al., 1998). Die Aktualität dieser Ergebnisse zeigt eine Online-Befragung, die ebenfalls feststellte, dass Studierende unter einer Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens durch Stress leiden (Hampe et al., 2006).

Auf der Suche nach den Ursachen untersuchten die Bielefelder Forscher Faktoren, die mit Rückenschmerzen bei Studierenden assoziiert sind. Als höchste Signifikanz ließ sich psychosozialer Stress identifizieren. Die Bielefelder Studie konnte somit nachweisen, dass wahrgenommenes Stresserleben und Beschwerden bei Studierenden im Zusammenhang stehen (Sobhan-Sarbandi et al., 2000).

Die Mehrheit der Studierenden gibt an, nicht durch Krankheiten belastet zu sein. Der Anteil an schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen ist niedrig. Mit 33,4% stellen die Allergien, bezogen auf eine 12-Monats-Prävalenz der Erkrankungen, die häufigsten Erkrankungen dar (Allgöwer et al., 1998). Die Relevanz dieser Erkrankung zeigt die Allergiegruppe der Zentralen Studienberatung der Universität Bielefeld

(Grüter, 1995)

Dass auch Infektionskrankheiten eine, wenn auch vergleichsweise geringe Rolle spielen, zeigt die Tatsache, dass bei Bielefelder Studierenden 5,8% der weiblichen und 2,2% der männlichen Studierenden eine Chlamydien Infektion aufwiesen, im Gegensatz zu spanischen Studierenden, bei denen diese Infektion überhaupt nicht nachgewiesen werden konnte (Stock et al., 2001 a).

Wie auch die internationalen und nationalen Studien feststellten, ist auch bei den Bielefelder Studierenden ein hohes Maß an sozialer Unterstützung eine wichtige Ressource. Weitere Gesundheitspotentiale finden sich in der sportlichen Aktivität der Studierenden und der gesunden Ernährungsweise (Allgöwer, 2000).

Als riskante Verhaltensweisen ließen sich bei den Bielefelder Studierenden ungeschützter Verkehr mit einem neuen Partner, Rauchen, psychosozialer Stress und Alkoholgefährdung identifizieren (Allgöwer et al., 2000)

9,4% der männlichen Erstsemester-Studierenden sind als alkoholabhängig einzustufen und 10,4% stehen an der Grenze zum süchtigen Trinkverhalten (Stock et al., 2001b). Ein kleiner Teil der Studierenden zeigt riskantes Gesundheitsverhalten durch häufigen Drogenkonsum (1,4%) (Allgöwer, 2000).

Einen Hinweis auf Essstörungen vermuten die Bielefelder Forscher in der Tatsache, dass 15% der männlichen Studierenden übergewichtig und 21% der weiblichen Studierenden untergewichtig sind. Deshalb fordern sie Angebote an gesundem Essen und Bewegungsangebote im Setting Hochschule (Stock et al., 2004).

Studienbedingte Belastungen wie die fachliche Belastung im Studium und/oder der fehlende Praxisbezug werden von 77,9% der Studierenden genannt und stellen die stärkste psychosoziale Belastungsquelle dar. Studienspezifische Belastungen wie die fachliche Belastung im Studium stellen gegenüber Belastungen aus anderen Lebensbereichen die größten Belastungsquellen für Studierende im ersten Hochschulsemester dar. Insgesamt identifizierten die Bielefelder Forscher, die mit dem Studium assoziierten Faktoren als die größten Belastungsquellen für die Studierenden. So ist das Stresserleben der Studierenden signifikant mit der Orientierungslosigkeit im Studium, einer geringen Lebensqualität und geringer sozialer Unterstützung verknüpft, wobei der Anteil der Studierenden, die sich belastet fühlen im Studienverlauf weiter ansteigt (Allgöwer et al., 1998).

77% aller befragten Bielefelder Studierenden haben Zweifel am Studium, fühlen sich orientierungslos (74%) und durch die Kommilitonen nicht ausreichend unterstützt (73,7%). Unter der mangelnden Organisation des Studiums leiden 73,8% der

Studierenden, 40% vermissen Möglichkeiten zur Partizipation im Setting Hochschule (Stock und Krämer, 2000).

Eine weitere Belastung im Setting Hochschule ist die Anonymität. Ein hoher Anteil von Studierenden leidet unter Hektik und Lärm im Gebäude (Allgöwer et al., 1998).

Doch auch die schlechte Luftqualität sowie das Fehlen von Rückzugs- und Entspannungsmöglichkeiten, die unfreundliche Gebäudegestaltung sowie die mangelnde Arbeitsplatzergonomie werden häufig von den Bielefelder Studierenden als Belastung erlebt (Allgöwer, 2000; Faller und Meier, 2002; Hampe et al., 2006).

Trotz dieser scheinbar widrigen Studienbedingungen hat die überwiegende Mehrheit der Studierenden Spaß am Studium (81%) und ein gutes Verhältnis zu den Dozenten (76%) (Stock und Krämer, 2000).

Als weitere Ressource ist zu werten, dass über 60% der Studierenden „eher mehr“ bis „sehr“ auf ihre Gesundheit achten. Dies könnte der Grund dafür sein, dass weit über die Hälfte der Bielefelder Studierenden (58,7%) Interesse an einer individuellen Gesundheitsberatung hat. Insbesondere die Themen Stressbewältigung, Ernährung und sexuell übertragbare Erkrankungen sind nachgefragt. Ebenfalls über die Hälfte der Befragten (51,8%) ist daran interessiert an mindestens einem Gesundheitskurs teilzunehmen. Hier sind die Bereiche Rückengesundheit, Entspannung und Ernährung besonders interessant. Eine Erweiterung der Nichtraucherzonen trifft bei Nichtrauchern (81,9%) aber auch bei Gelegenheitsrauchern (47,9%) auf Zustimmung (Allgöwer et al., 2000).

2.1.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Europäische Kommission hat in ihrem Vierten Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern das Gender Mainstreaming als zentrale Strategie aufgenommen. Ziel ist die Erreichung der Gleichstellung der Geschlechter durch das Konzept des Gender Mainstreaming (Council of Europe, 1998).

Die strukturellen Rahmenbedingungen an Hochschulen sind jedoch „nach wie vor durch eine Geschlechtshierarchie gekennzeichnet.“ (Sonntag et al., 2000, S. 38). Es bestehen deutliche Hinweise darauf, dass trotz formaler Gleichstellung und Gleichberechtigung weiterhin geschlechtsspezifische Handicaps an Hochschulen bestehen.

Wie auch schon Mädchen häufiger als Jungen von psychosomatischen Beschwerden berichten, ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen und eine geringere Lebenszufriedenheit angeben (Langness et al., 2005), so beurteilen auch weibliche

Studierende ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter als Männer. Ebenso werden die meisten Beschwerden von Frauen signifikant häufiger erlebt (Allgöwer, 2000). Mehr Frauen (31%) als Männer (24%) geben an, dass sie durch psychische Beeinträchtigungen Schwierigkeiten im Studium haben. Insgesamt geben Frauen (49%) häufiger Probleme an als Männer (34%) (Hahne et al., 1999). Und obwohl eine Studie zeigte, dass sich die körperlichen Beschwerden im Verlauf des ersten Semesters tendenziell bei allen Studierenden verringern, war dieser Trend bei den Männern deutlicher zu beobachten als bei den Frauen. In der gleichen Studie zeigte sich eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit bei den Studentinnen im ersten Studienjahr. Schon nach zwei Semestern leiden weibliche Studierende stärker unter depressiven Symptomen als ihre männlichen Kommilitonen (Brunner und Bachmann, 1999). Während bei weiblichen Studierenden dieser Trend im Laufe des Studiums signifikant zunahm, war bei den männlichen Kommilitonen ein Stillstand oder sogar ein Rückgang psychischer Beschwerden zu verzeichnen (Hornung und Fabian, 2001). Ein ähnlicher Trend zeigte sich auch bei einer Untersuchung im Rahmen des Bielefelder Gesundheitssurveys (Meier et al., 2006a). Darüber hinaus stellten die Forscher fest, dass weibliche Studierende häufiger Studien- und Lebenskrisen erleben. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bestanden besonders im Hinblick auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote. Es stellt sich hierbei jedoch die Frage, inwieweit es sich um Prävalenzunterschiede handelt. Dieses Verhalten könnte auch dadurch bedingt sein, dass Frauen über eine ausgeprägtere Selbstwahrnehmung und Sensibilität gegenüber psychophysischen Vorgängen des eigenen Körpers verfügen, sowie die Bereitschaft, wahrgenommene Befindlichkeitsbeeinträchtigungen eher mitzuteilen und deshalb in solchen Fällen auch leichter Hilfe in Anspruch nehmen (Fabian, 1999). Auch in Deutschland (Hahne et al., 1999) und speziell an der Universität Bielefeld (ZSB, 2006) finden Frauen leichter den Weg zu einer Beratung. Die Baselinebefragung des Bielefelder Gesundheitssurveys ergab, dass Studentinnen mehr auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung achten. Die Ernährung der weiblichen Studierenden ist gekennzeichnet durch den Verzehr von viel Obst und Gemüse sowie dem Verzicht auf fettreiche Nahrungsmittel (Allgöwer et al., 2000). Demgegenüber ernährt sich ein Drittel der Männer laut DAK-Studie hauptsächlich von Pizza (Cassone, 2006).

Bei Frauen findet sich darüber hinaus ein ausgeprägteres Vorsorgeverhalten. Sie nehmen häufiger an Untersuchungen zur Zahnvorsorge und Impfungen teil. Die männlichen Studierenden zeigen dagegen ein großes Interesse an bewegungsbezo-

genen Aktivitäten (Allgöwer et al., 2000). Es findet sich bei der männlichen Population aber auch eine starke Verbreitung gesundheitsgefährdenden Risikosports (Steinert, 1995), wohingegen Frauen sich eher für Gesundheitsprogramme zu interessieren scheinen (Allgöwer, 2000).

Drogen werden von Männern deutlich stärker konsumiert, wobei Alkohol den ersten Platz einnimmt (Allgöwer et al., 2000).

Die Forscher in der Schweiz stellen fest, dass das Phänomen des so genannten "gelernten Schweigens" in den Vorlesungen bei Frauen besonders ausgeprägt ist und sich im Verlauf des Studiums sogar noch steigert, wohingegen Männer eher unter dem Fehlen einer Liebesbeziehung zu leiden scheinen (Hornung und Fabian, 2001).

Bezogen auf das Setting zeigte der Bielefelder Gesundheitssurvey, dass Männer signifikant mehr Zweifel am Studium haben, sich orientierungslos fühlen und keine ausreichende Unterstützung durch die Kommilitonen erfahren (Stock und Krämer, 2000). Frauen leiden unter fehlenden Rückzugsmöglichkeiten, Hektik und Lärm im Gebäude (Allgöwer et al., 1998).

Die Autoren der RUBIS Studie kommen zu dem Schluss, dass der Lebensraum Hochschule eher auf die Bedürfnisse von Männern zugeschnitten ist (Brunner und Bachmann, 1999).

2.1.6 Studierende aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund

Bei der Erstellung von Gesundheitsberichten von Hochschulen sollen benachteiligte Gruppen und ethnische Minoritäten besondere Berücksichtigung erfahren (Tsouros et al., 1998).

Über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Studierenden, die nicht in ihrem Heimatland oder Geburtsland studieren, liegen jedoch vergleichsweise wenige Studien vor. Folgende allgemeine Erkenntnisse über Gesundheitsprobleme von Migrantinnen und Migranten in Deutschland liegen vor. So bestehen bei Migranten Gesundheitsprobleme, die ihre Wurzeln im Herkunftsland haben wie Import von Krankheiten, beispielsweise Infektionskrankheiten mit Folgekrankheiten oder chronische Krankheiten durch unzureichende medizinische Versorgung in den Herkunftsländern sowie genetisch vererbte Krankheiten mit höherer Prävalenz in den Herkunftsländern. Hinzu kommen seelische und körperliche Traumatisierungen, der Verlust von Angehörigen und gesundheitliche Probleme durch Gewalteinwirkung.

Nach einer Übersiedlung nach Deutschland können körperliche und seelische Ge-

sundheitsstörungen auftreten, deren Gründe in einer nicht ausreichenden Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgung im Aufnahmeland liegen. Und/oder es bestehen Integrationsprobleme, Gewalt gegen Ausländerinnen und Ausländer, Konflikte zwischen ausländischen Populationen, Verarmung und psychosozialer Stress. Auch die Adaption eines westlichen Lebensstils kann zu gesundheitlichen Störungen führen (Hoffmann, 1978, Lazaridis, 1987; Williams, 1993).

Ein Forschungsprojekt, welches sich dieser Thematik angenommen hat, stammt aus dem Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende. Die Gruppe der ausländischen Studierenden wurde untersucht. Es zeigte sich ein insgesamt guter Gesundheitszustand bei den ausländischen Studierenden. Im Vergleich zu den deutschen Studierenden fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Bereich der relevanten selbstberichteten Krankheiten. Bei den Beschwerden nannten die Migrantinnen und Migranten signifikant häufiger als die deutschen Studierenden depressive Verstimmungen, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten.

Die Studie konnte nachweisen, dass diese erhöhten Prävalenzen im Zusammenhang mit erhöhtem Stress, den diese Population erlebt, stehen. Die Studie zeigte weiterhin bei weiblichen ausländischen Studierenden Defizite im Bereich der Gesundheitskompetenzen. Bei den männlichen ausländischen Studierenden wurden deutliche Gesundheitsrisiken nachgewiesen. So wies diese Population die höchste Raucherprävalenz auf (Krämer et al., 2000). Diese Ergebnisse decken sich mit denen anderer Forscher. In einer Studie, welche die gesundheitlichen Auswirkungen von Migration untersuchte, wurde festgestellt, dass die Länge des Aufenthaltes in einem westlichen Industrieland verbunden mit der Adaption eines westlichen Lebensstils negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen aus Asien hatte (Williams, 1993). Eine hohe Raucherprävalenz bei Studierenden mit Migrationshintergrund könnte somit Ausdruck einer solchen Adaption westlichen Lebensstils sein. Kinder von Menschen mit Migrationshintergrund suchen verstärkt Beratungsstellen aufgrund von Identitätsproblemen auf (ZSB, 1998).

2.2. Gesundheitsförderung im Setting Hochschule

2.2.1 Der Setting-Ansatz

Wie schon im Kapitel 2.1.1 Was ist Gesundheit? aufgezeigt werden konnte, orientiert sich das Verständnis von Gesundheit, welches dieser Arbeit zu Grunde liegt, an komplexen Lebensverhältnissen. Aufbauend auf diesem Verständnis von Gesundheit, sowie dem Gedanken der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta (vgl. 2.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung ein Begriffspaar?) entwickelte die WHO den Setting-Ansatz, der wörtlich übersetzt soviel wie Rahmen oder Schauplatz bedeutet. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass Gesundheitsprobleme der Bevölkerung aus einer Wechselwirkung zwischen der ökonomischen, sozialen und organisatorischen Umwelt resultieren. Die WHO hatte ebenso wie viele nationale Regierungen erkannt, dass Organisationen eine große Bedeutung und Verantwortung für die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden zukommt. Die WHO beschreibt ihre Vorstellung von einem Setting folgendermaßen: „Setting is the place or social context in which people engage in daily activities, in which environmental, organisational and personal factors interact to effect health and well being.“ (WHO, 1998) Die Konzeption adressiert das „Setting“ also als den alltäglichen Lebensraum, als einen Ort, in dem Interventionen greifen, denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO, 1986) Beispiele für Settings sind Städte, Schulen, Krankenhäuser, Kindergärten, Gefängnisse und auch kleinere Einheiten wie Familien oder Vereine. Diese Betrachtung von Settings als Umwelten eröffnet die Chance, Einfluss auf diese Umwelten nehmen zu können, in dem Sinne, sie so zu gestalten, dass sie den Mitgliedern des Settings Wohlbefinden ermöglichen (Grossmann und Skala, 1999). Die Lebensräume die ein Setting beschreibt, sind soziale Einheiten, die sich für Projektarbeit besonders eignen und sind nicht allein als räumliche Abgrenzung gedacht (Grossmann und Scala, 1994). Durch diese Betrachtungsweise kann durch das einzelne Setting ein großer Querschnitt der Bevölkerung erreicht werden. In der Praxis bedeutet dies jedoch auch vielfach Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des Rahmens für die geplante Intervention. Um jedoch mit und in einem Setting zu arbeiten, ist es wichtig das soziale System, welches ein Setting immer auch darstellt, abzugrenzen. Sowohl die soziale als auch die sachliche Ebene bedarf einer Definition.

Die theoretische Grundlage für den Setting-Ansatz bildet die Organisationsentwicklung. Organisationen bilden im Alltag von Menschen relevante und einflussreiche Umwelten. Durch ihre jeweiligen Strukturen und internen Kommunikationsprozesse nehmen sie Einfluss auf die Gesundheit von Menschen. Besonders bedeutungsvoll für Interventionen in Organisationen ist die Kommunikation in deren sozialen Systemen. Diese sozialen Strukturen sind oft schwer durchschaubar und untereinander ähnlich einem Netz verflochten. Hinzu kommt, dass Organisationen Gesundheit oft nicht thematisieren und nicht als ihr Aufgabengebiet erkennen, obwohl sich der Gesundheitszustand ihrer Mitglieder auf die Funktionen der Organisation auswirkt. Ziel von Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in einem Setting ist es deshalb, die Organisation durch die Dimension Gesundheit zu erweitern. Es hat sich gezeigt, dass bisherige Projekte nach dem Setting-Ansatz, die seit Mitte der 80er Jahre Kernstrategie der WHO sind, sich günstig auf diese Dimension auswirken (Hering, 2002).

Einige der oben genannten Beispiele für Settings blicken auf eine längere Tradition zurück. Die bisher angewandten Methoden der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung erreichten jedoch nicht dauerhaft alle Mitglieder der Zielgruppe, waren oft nicht weit reichend genug und zu wenig nachhaltig (Baric und Conrad, 1999; Brösskamp-Stone et al., 1998).

Der Setting-Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht in erster Linie um die Vermeidung und Reduktion von Risikofaktoren geht, sondern um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip (Bauch, 2002). Deshalb soll Gesundheit als Entscheidungskriterium in alle relevanten Bereiche und Ebenen eines Settings eingeführt werden (Grossmann und Scala, 1994). Dabei zielt diese Methode der Gesundheitsförderung auf Individuen im Setting ab und nicht nur auf Einzelindividuen.

Dazu muss Gesundheitsförderung in einem Setting auf zwei unterschiedlichen Ebenen aktiv werden. Zum einen auf der institutionellen Ebene. Das ist die Ebene der Entscheidungsträger und derjenigen, die direkt an der Gestaltung des Settings beteiligt sind. Die zweite Ebene ist die der Konsumenten. Darunter sind die Nutzer von Leistungen eines Settings, sowie derjenigen, die unmittelbar von Entscheidungen des Settings betroffen sind, zu verstehen (Baric und Conrad, 1999).

Der Setting-Ansatz ist durch drei Schlüsselemente gekennzeichnet. Die gesunde Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt, die Integration von Gesundheitsförderung in die alltäglichen Abläufe der Institution und eine Ausstrahlung der gesundheitsfördernden Aktivitäten in die Stadt bzw. Region hinein, in der sich die Institution befin-

det.

Durch die Ausrichtung vieler Projekte am Setting-Ansatz avancierte dieser zu einer „Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung.“ (Grossmann und Scala, 2003, S.206). Darüber hinaus dokumentiert die Ausbreitung des Netzwerkgedanken die steigende Akzeptanz dieses Ansatzes (Grossmann und Scala, 2003).

Dem Verständnis eines Settings, welches dieser Arbeit zu Grunde liegt, orientiert sich an den Vorstellungen von Baric und Conrad (1999). Danach zeichnet sich ein „gesundheitsförderndes Setting“ dadurch aus, dass es im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting nicht nur die Einführung einzelner Maßnahmen beinhaltet, sondern durch die volle Partizipation aller Menschen im Setting sowie der Evaluation der Maßnahmen (Baric und Conrad, 1999).

2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Begriffe Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement finden oft als Synonym Verwendung. Da beide gleiche Instrumente nutzen, ist dies sicherlich zum Teil berechtigt. Bei genauer Betrachtung der Ideen, die hinter den beiden Ausdrücken stehen, wird jedoch deutlich, dass Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen bestehen. Deshalb werden in dieser Arbeit beide getrennt voneinander, in den jeweiligen zeitlichen Kontext eingebettet, vorgestellt.

2.2.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitswelt unterlag schon immer einem stetigen Wandel, der sich in der heutigen Wahrnehmung immer schneller vollzieht. So spielen heutzutage die Globalisierung und der damit einhergehende Trend in Richtung Dienstleistungsgesellschaft eine immer wichtigere Rolle.

Begleitend zu den sich verändernden Arbeitsbedingungen entwickelten sich Strukturen die den negativen Folgen entgegen wirken sollten. Die Arbeitsbedingungen der Frühindustrialisierung ließen den **Arbeitsschutz** entstehen, der sich zunächst auf die Bekämpfung von Unfallursachen und Berufskrankheiten konzentrierte. Hier finden sich die Wurzeln der Gesundheitsförderung in Betrieben. Aufgabe des Arbeitsschutzes heute sind „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ (§ 2 Abs. 1 ArbSchG., 1999). Im Arbeitssicherheitsgesetz, besonders in § 3 SGB VII finden sich weitere gesetzliche

Bestimmungen. Seit den 70er Jahren gehören die Ursachenanalyse und die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen, neben traditionellen Maßnahmen zum Schutz vor Berufskrankheiten zu den Aufgaben der **Betriebsärzte**. Den **Berufsgenossenschaften** obliegen die Verfahrensweisen zur Unfallverhütung. Durch diese gesetzlichen Regelungen waren in der Vergangenheit alle gesundheitserhaltenden Bestrebungen in die Hände von Experten gelegt. Ein weiterer Personenkreis, der in Betrieben für andere Teilaspekte der Gesundheit zuständig ist sind **Sozialarbeiter**, die im Rahmen von Suchtprävention aktiv sind. Die Alkoholprävention in Betrieben lässt sich bis zum Jahr 1890 zurückverfolgen.

Im Jahr 1988 entstand die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Diese erweiterte den oben beschriebenen Personenkreis und die damit verbundene traditionelle Sichtweise. Die Luxemburger Deklaration von 1997 definiert Betriebliche Gesundheitsförderung folgendermaßen: „Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen, ...“ (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten und die Arbeitenden zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu befähigen und zu motivieren, ist somit das erklärte Ziel Betrieblicher Gesundheitsförderung (Demmer, 1995). Deshalb zielt Betriebliche Gesundheitsförderung in der heutigen Praxis darauf ab Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass aufgrund der durch die Globalisierung an Unternehmen und Organisationen gestellten Herausforderungen, zunehmend eine Beachtung und Ausschöpfung des Humankapitals notwendig wird. Die Firmen erkennen zunehmend, dass ohne gesunde, qualifizierte, kreative und leistungsmotivierte Mitarbeiter ein Bestehen auf dem Markt nicht möglich ist. Die Investition in die Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten wird deshalb ein immer wichtiger Wettbewerbsfaktor. Durch die Zunahme der Bedeutung von so genannten „weichen Faktoren“ wie Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima finden bei Unternehmensbewertungen durch Kapitalanalysten neben ökonomischen Faktoren vermehrt auch soziale Faktoren Berücksichtigung (BAuA, 2004).

Vor Ort geht die Betriebliche Gesundheitsförderung von zwei Ansätzen aus. Der in der Vergangenheit überwiegend durchgeführten (Lenhardt, 2004) Verhaltenspräven-

tion, welche die Förderung der subjektiven Kompetenzen wie Handlungs-, Entscheidungs- und Selbstwahrnehmungskompetenzen durch Beratung, Qualifizierung und Motivation meint und der weniger häufig angewandten (Udris und Frese, 1999) Verhältnisprävention, welche die Optimierung von Arbeitsbedingungen durch eine Veränderung der Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsorganisation einschließt. Es hat sich gezeigt, dass Maßnahmen erfolgreicher sind, wenn Verhaltensprävention und Verhältnisprävention Hand in Hand gehen (Bamberg und Metz, 1998). Weiterhin zeigte die Praxis, dass Maßnahmen, die speziell den Strukturen der Einzelunternehmen angepasst werden, wie z.B. Arbeitszeiten, Art der anfallenden Arbeit und Organisationsstrukturen, erfolgreicher sind. Ein weiterer Erfahrungswert ist es, dass gesundheitsförderliche Angebote eher von den Personen in Anspruch genommen werden, die geringere gesundheitliche Gefährdung auf der einen Seite, und einen höheren sozialen Status auf der anderen Seite aufweisen. Durch gezielte Projekte wird versucht, mögliche finanzielle und zeitliche Hemmnisse auszuräumen und so allen Mitarbeitern einen leichten Zugang zu den Angeboten zu ermöglichen (Bundesverband der Unfallkassen und Diagnose & Transfer, 2004).

Viele Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen gefördert. Sie dienen oft als Impulsgeber und unterstützen den Aufbau einer systematischen Gesundheitsförderung. Trotzdem bleibt die langfristige Einbindung die Hauptaufgabe der Arbeitgeber. Diese sind immer noch durch die Kosten, die kranke Mitarbeiter verursachen, motiviert Projekte durchzuführen. Handlungsfelder, welche die Krankenkassen per gesetzlichen Auftrag in den Unternehmen wahrnehmen sind: 1. Arbeitsbedingte körperliche Belastungen, 2. Bedarfsgerechte Betriebsverpflegung, 3. Stressmanagement, 4. Gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung und 5. Sucht- und Genussmittelkonsum (§ 14 SGB 1 und § 1 SGB 1). Bisher lag die inhaltliche Ausrichtung der betrieblichen Aktivitäten vor allem in der Reduktion körperlicher Belastungen. Der gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, der gesundheitsgerechten Gemeinschaftsverpflegung, dem Stressmanagement und Maßnahmen zur Reduktion von Genuss- und Suchtmittelmissbrauch wurde in der Vergangenheit weniger Aufmerksamkeit geschenkt (Lenhardt, 2004).

Kritisch anzumerken ist, dass in der Vergangenheit Betriebliche Gesundheitsförderung sich bisher auf zumeist einzelne, unsystematische Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation und/oder insgesamt auf zeitlich befristete Interventionen beschränkt hat, deren Effektivität zudem in den meisten Fällen keine Überprüfung erfahren hat (Schrader, 2002).

2.2.2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Als Antwort auf diese Beschränkungen hat sich Mitte der 90er Jahre ein neuer Denk- und Handlungsansatz herausgebildet. Ein wichtiger Impuls hierfür ging von dem schon erwähnten Modell der Salutogenese (vgl. 2.1.1 Was ist Gesundheit?) aus. Einem ganzheitlichen Verständnis des Arbeitsverhaltens folgend, findet sich der Grundgedanke Antonovskys in der Arbeitswelt wieder. Demnach kann eine Person auch schwierigste Situationen bestehen, wenn sie den Anforderungen mit dem Gefühl begegnen kann, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt zu bewegen.

Drei unterschiedliche geschichtliche Entwicklungen bilden die Wurzeln des Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) (vgl. Abb. 1 Meilensteine auf dem Weg zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement). Die *erste und älteste Säule* bildet der Arbeitsschutz. 1884 entstanden das erste Unfallversicherungsgesetz und Unfallverhütungsvorschriften. 1911 folgte die Reichsversicherungsordnung (RVO). Diese bildete eine erste allgemeine gesetzliche Grundlage für die Regelung der Sozialversicherungen mit dem Ziel, Arbeitern ein menschenwürdiges Dasein zu sichern. Die RVO fasste ältere, aus der Ära Bismarck stammende, Sozialversicherungsgesetze zusammen. Zuvor hatte es keine allgemeine Absicherung für diejenigen gegeben, die aufgrund einer Krankheit, eines Arbeitsunfalls oder wegen ihres Alters nicht mehr arbeiten konnten. In späteren Jahren (1989) folgte die Europäische Richtlinie 391, welche die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit beschrieb. 1996 folgte im Arbeitsschutzgesetz die Schaffung des siebten Sozialgesetzbuches. Hier werden die Aufgaben der Unfallkassen um den Schutz der Arbeitnehmer vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erweitert.

Die *zweite Säule* entwickelte sich aus der Sozialberatung und Suchtprävention. Hier sind die ersten Grundlagen 1890 durch die Alkoholprävention im Betrieb gelegt worden. 1904 folgte die Betriebsfürsorge bzw. die Betriebliche Sozialarbeit. In den Vereinigten Staaten von Amerika entstanden in den Jahren 1947 – 1972 Alkoholprogramme bzw. EAP-Programme. Hinter dem Kürzel EAP, die Abkürzung steht für Employee Assistance Programs, verbirgt sich eine Vielzahl unterschiedlicher Programme, die sich auf Alkoholprobleme und andere Suchtprobleme sowie psychosoziale Problemfaktoren spezialisiert haben (Roman und Blum, 1993; Klepsch und Fuchs, 1998).

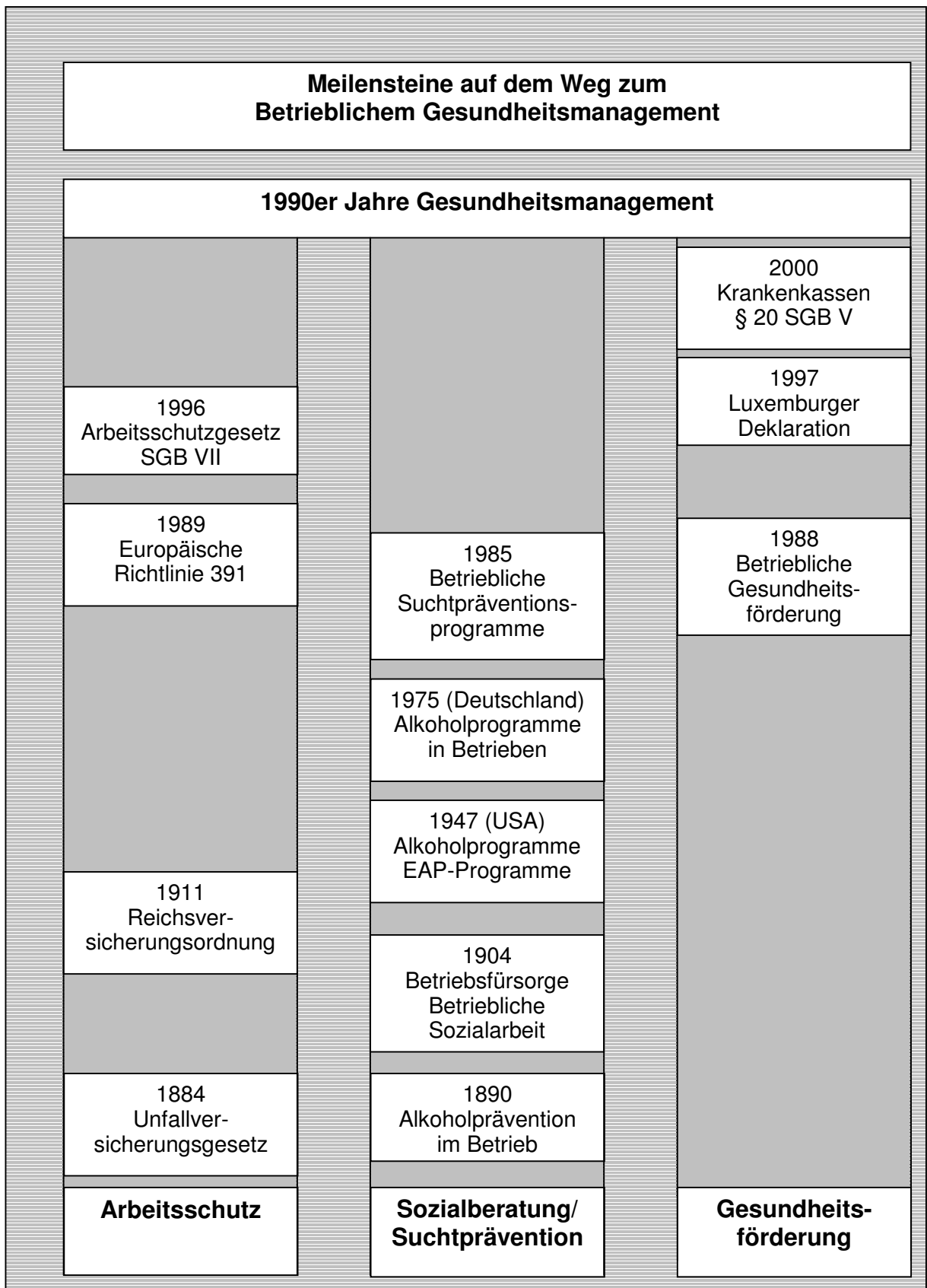


Abbildung 1: Meilensteine auf dem Weg zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, nach Wiennemann (2002)

1975 wurden spezielle Alkoholprogramme auch in deutschen Betrieben aufgelegt, die 1985 in den betrieblichen Suchpräventionsprogrammen mündeten.

Die *dritte Säule* etablierte sich erst wesentlich später. Wie oben schon beschrieben wurde, kann ab 1988 die Betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. 2.2.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung) datiert werden. Ein wichtiger Meilenstein hierfür war zum einen die Luxemburger Deklaration (1997), welche Rahmenziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung enthält. Hierzu sind die Aspekte Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern, zu subsumieren.

Einen weiteren Meilenstein bilden die Änderungen in der Gesetzgebung im Jahr 2000 (Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V), welche den Krankenkassen ein Engagement im Rahmen von Betrieblicher Gesundheitsförderung ermöglichte. Aus den drei Säulen Arbeitsschutz, Sozialberatung/Suchtprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelte sich in den 1990 Jahren das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

Wie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wird auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement davon ausgegangen, dass qualifizierte, motivierte und gesunde Mitarbeiter eine wichtige Ressource für die Leistungsfähigkeit einer Organisation bilden. Deshalb ist es der Leitgedanke des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Gesundheit in das Leitbild, in die (Führungs-) Kultur, in die Strukturen und in die Prozesse einer Organisation einzubeziehen.

Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement wird ein System von Programmen, Maßnahmen und Methoden des Arbeitsschutzes und der Personalpflege im Unternehmen verstanden, welches der Gesundheit der Beschäftigten dient. Im Fokus stehen dabei die Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen sowie die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter (Rudow, 2004). Betriebliches Gesundheitsmanagement wird als „...die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ beschrieben (Badura et al., 1999, S. 17). Oft wird Betriebliches Gesundheitsmanagement auch als Change Management oder Human Resources Development verstanden.

Unterschiedliche Faktoren zeichnen für den Erfolg eines Unternehmens verantwortlich. Die Bereiche, auf die das Betriebliche Gesundheitsmanagement Einfluss nehmen kann, lassen sich in Sozial-, Human- und Sachkapital unterteilen. Die Abbildung

2 Ziele und Ansatzpunkte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verdeutlicht dies. Unter Sozialkapital werden die sozialen Beziehungen unter den Mitarbeitern subsumiert. Weiterhin zählen die Führungskultur, gemeinsame Werte und Überzeugungen, die in einem Unternehmen vorherrschen sowie Vertrauen dazu. Dies alles wirkt sich auf das Humankapital, die Menschen, die in einer Organisation arbeiten, aus. Deren Qualifikation, deren Motivation, aber auch deren individuelles (Wohl-) Befinden und Gesundheit sind Faktoren, die wiederum Einfluss nehmen auf den Unternehmenserfolg. Ein weiterer Faktor, der das Humankapital bestimmt, ist das Vertrauen der Mitarbeiter in die eigenen Fähigkeiten und in die Firma.

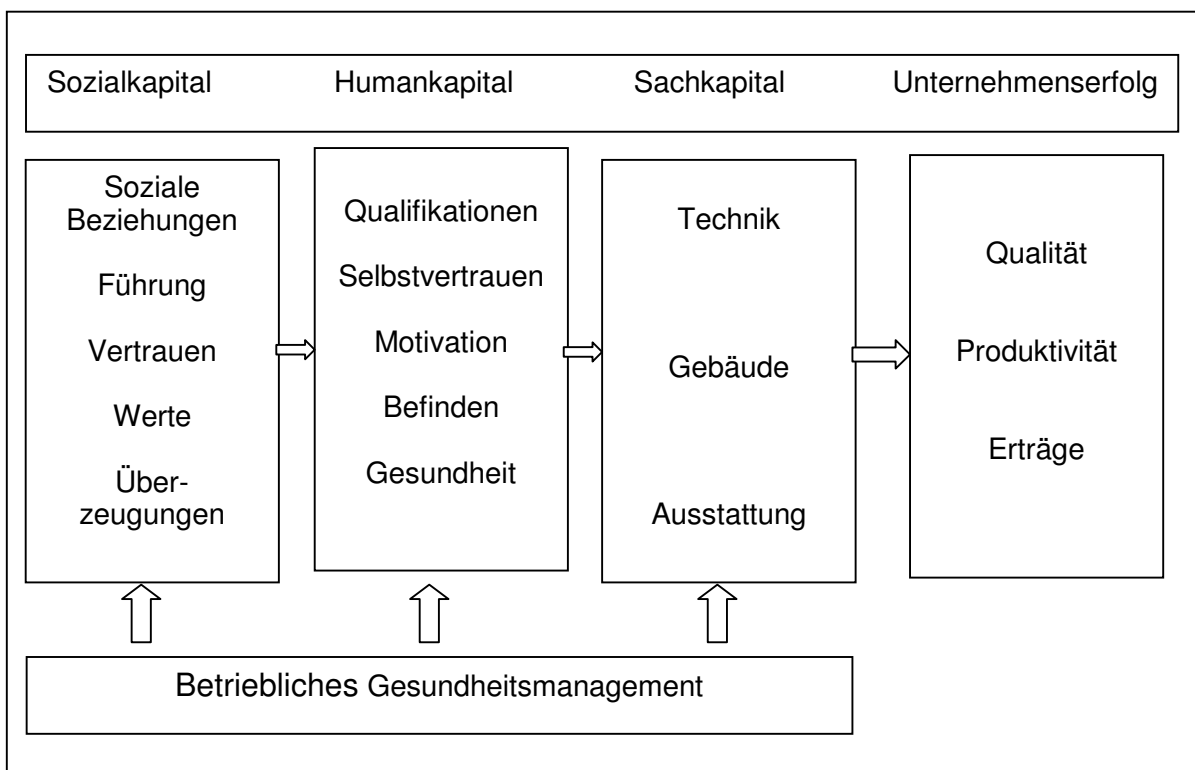


Abbildung 2: Ziele und Ansatzpunkte des Betrieblichen Gesundheitsmanagement, bearbeitet nach BIT Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung (BIT) (ohne Jahresangabe).

Das Sachkapital, bestehend aus Technik, Gebäude und Ausstattung, kann durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement ebenfalls beeinflusst werden. Sozial, Human- und Sachkapital bestimmen die Qualität, die Produktivität und schließlich die Erträge einer Firma und somit auch den Unternehmenserfolg. Insbesondere das Sozialkapital ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Forschung gerückt. Welchen Einfluss die Unternehmenskultur auf das Betriebsklima und das Sozialverhalten hat, die ihrerseits wiederum von hoher Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden sind, war Gegenstand der Forschung. Eine Studie zeigte, dass Kollegialität ein wichtiger

Faktor für gute Arbeit ist. Dies ist besonders interessant vor dem Hintergrund, dass gegenseitige Wertschätzung und Rücksicht, die eine wesentliche Grundlage für eine gute Zusammenarbeit bilden, durch Vorgesetzte beeinflusst werden können (Sedlat-schek, 2007). Eine weitere Studie konnte mit Hilfe von Fragebögen und betriebswirt-schaftlichen Kennzahlen nachweisen, dass die Mitarbeiterorientierung eines Unter-nehmens sich positiv auf das Wohlbefinden der Belegschaft auswirkt und somit auch das Betriebsergebnis positiv beeinflusst (Pressemeldung Bielefeld bewegt 128/2007).

Im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement verfolgen Unternehmen verschiedene Zielsetzungen: Senkung der Kosten durch Reduzierung von Fehlzei-ten, Erhöhung der Mitarbeitermotivation, Flexibilität und Kreativität der Mitarbeiter, Vermeidung chronischer Krankheiten sowie Wiedereingliederungsmanagement nach Krankheit und Rehabilitation (Eberle, 2002). Inwieweit diese Ziele erreicht werden, zeigt eine Befragung zum wirtschaftlichen Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförde-rung aus Unternehmersicht. Folgende „weiche Faktoren“ nannten die Unternehmen als wesentlichen Erfolg: Erhöhung der Motivation der Belegschaft, verbesserte Kommunikation und Information, erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit, verbessertes Be-triebsklima und verbesserte Führung (Eberle et al., 2004).

2.2.3 Gesundheitsförderung an Hochschulen

2.2.3.1 Hochschulen im Wandel – Aktuelle Herausforderungen

Nach dem Hochschulrahmengesetz ist es die Aufgabe der Hochschulen durch Lehre und Studium die Studierenden auf ein berufliches Tätigkeitsfeld vorzubereiten und ihnen die dafür erforderlichen fachlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Methoden zu vermitteln (§ 7 Hochschulrahmengesetz HRG). Dabei unterliegen die Hochschulen einem stetigen Wandel. Ursachen für die Veränderungen finden sich in den Verände-rungen der Gesellschaft. Zu nennen sind hier der fortschreitende wirtschaftliche Strukturwandel, die damit einhergehende Globalisierung, Einsparungen in Folge von Kostendruck, fehlende Ressourcen und Infrastrukturen bei gleichzeitig erhöhtem Modernisierungsdruck und verschärftem (internationalem) Wettbewerb sowie der demographische Wandel. Hochschulen sind der Ort, wo in Lehre und Forschung wichtige Impulse und wissenschaftliche Erkenntnisse beispielsweise zur Weiterent-wicklung des Setting-Ansatzes geschaffen werden sollten und Innovationen hervor-gebracht werden. Die Hochschulen werden dazu aufgerufen, die anstehenden Ge-sundheitsprobleme der Gesellschaft aktiv als Thema aufzugreifen und Lösungsmög-

lichkeiten zu entwickeln. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass an den Hochschulen die Fachleute (auch des Gesundheitssystems) für die Zukunft ausgebildet werden. Bereits im Rahmen des WHO-Programms „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ wurden die Hochschulen aufgefordert eine aktive Rolle in den Veränderungsprozessen einzunehmen (Guerra de Macedo, 1985).

Folgen dieser zahlreichen Veränderungen wirken sich auf alle Mitglieder der Organisation Hochschule aus und führen zu mehr Flexibilisierung, Zeit- und Leistungsdruck, Zunahme von Verantwortung und geänderten Anforderungsprofilen.

Die Globalisierung findet ihren Ausdruck beispielsweise im Bologna-Prozess, der im Rahmen einer Studienreform eine Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master fordert. Auch treffen im Bereich der Lehre immer mehr Studierende auf immer weniger Lehrende. Technologische Entwicklungen im Bereich der EDV verändern das Studium (Simm und Unnold, 2000). Die Themen Studienabbruch, Studienversagen und überlanges Studieren sind relevante Probleme im Setting Hochschule. In Deutschland verlässt ein Viertel der Studierenden die Hochschule ohne Abschluss (Hahne et al., 1999).

Eine weitere Reaktion der Hochschule auf Veränderungen ist die Verschärfung des Wettbewerbes. Hochschulen bemühen sich verstärkt um eine Profilbildung. Diese wiederum zieht Schwerpunktsetzungen in Forschung und Lehre nach sich. Weiterhin wird versucht, mit der Einführung des Globalhaushaltes auf die Herausforderungen zu reagieren. Diese notwendigen Anpassungen können jedoch bei den Betroffenen auch Widerstände, Unsicherheit oder Resignation hervorrufen und so auf Dauer zu Beeinträchtigungen in Wohlbefinden und Gesundheit führen.

Von diesen Veränderungen sind in Deutschland 391 Hochschulen betroffen. Diese Zahl setzt sich zusammen aus 184 Fachhochschulen, 104 Universitäten, 52 Kunsthochschulen, 31 Verwaltungshochschulen, 14 Theologischen Hochschulen und 6 Pädagogischen Hochschulen (Stand Wintersemester 2007/2008, Statistisches Bundesamt für Bildung und Kultur, 2008).

Die Personengruppen, für die die Hochschulen den Arbeits- und Lebensraum im Sinne des Settinggedankens bilden, lassen sich in drei Statusgruppen unterteilen: Studierende, wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Beschäftigte. Die Statusgruppen sind jedoch nicht gleichmäßig verteilt. Wie die Abb. 3 Verteilung der Statusgruppen im Setting Hochschule eindrucksvoll zeigt, bilden die Studierenden die mit Abstand größte Gruppe.

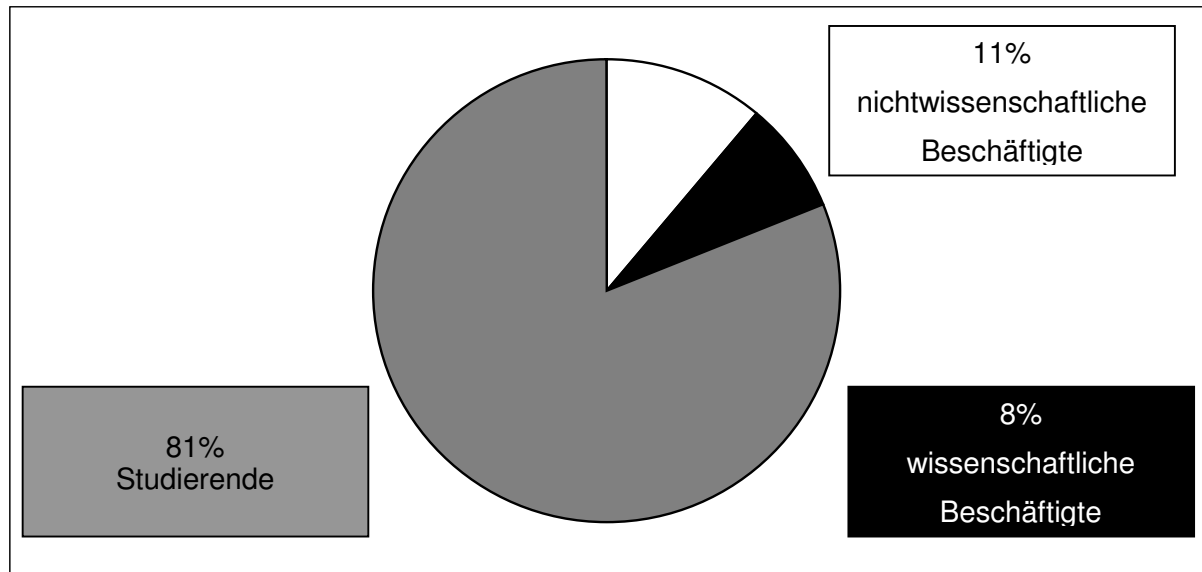


Abbildung 3: Verteilung der Statusgruppen im Setting Hochschule

Die Verteilung der Statusgruppen an den einzelnen Hochschulen variiert stark. Sie ist unter anderem abhängig von der Art der Hochschule und/oder deren geographischen Lage. So verteilen sich auch die insgesamt 1,9 Millionen eingeschriebenen Studierenden recht ungleichmäßig auf die verschiedenen Hochschularten. Die überwiegende Mehrheit (67%) der Studierenden sind an den Universitäten eingeschrieben. An den Fachhochschulen studieren 28% der deutschen Studierenden. Die restlichen 5% verteilen sich auf die übrigen Hochschularten. Im Wintersemester 2007/2008 waren 48% der eingeschriebenen Studierenden weiblich (Statistisches Bundesamt für Bildung und Kultur, 2008).

Die Beschäftigten unterteilen sich in die Gruppe der nichtwissenschaftlich Beschäftigten, die beispielsweise in der Verwaltung, den Bibliotheken, den technischen Diensten oder den Pflegediensten tätig sind und den wissenschaftlichen Beschäftigten, die wissenschaftlich oder künstlerisch tätig sind. Über die Hälfte (52%) der Beschäftigten an deutschen Hochschulen sind dem nichtwissenschaftlichen Bereich zuzuordnen. Der Anteil der Professoren an den wissenschaftlichen Mitarbeitern beträgt 7,5%. Etwas über die Hälfte aller Beschäftigten (51%) an Hochschulen sind Frauen, wobei sich die Geschlechter unterschiedlich auf die Statusgruppen nichtwissenschaftliche und wissenschaftliche Beschäftigte verteilen. Mit 70% bilden Frauen den Großteil des nichtwissenschaftlichen Personals. Bei den wissenschaftlichen Beschäftigten sind sie nur mit 31% vertreten (Informationsdienst Wissenschaft, 2006).

In der Literatur finden sich folgende Hinweise auf Beeinträchtigungen des Wohlbefin-

dens und mögliche Ressourcen der Statusgruppen. Die Arbeitsplätze an Hochschulen sind zum größten Teil Büroarbeitsplätze. Deshalb ist anzunehmen, dass die aktuellen Ergebnisse einer Studie über Bürofach- und Bürohilfskräfte sich mit Einschränkungen auch auf die Statusgruppen der Hochschulen übertragen lassen. Bei den Bürofach- und Bürohilfskräften fand sich ein Anteil von 10.5% an psychischen Erkrankungen. Ein Großteil dieser Zielgruppe (76%) gab an, darunter zu leiden, eine begonnene PC-Arbeit unterbrechen zu müssen. Über die Hälfte (53,3%) kann nach Feierabend nicht mehr abschalten. Annähernd die Hälfte der Männer (48,6%) und ein Drittel der Frauen (34,2%) gaben an, oft bis sehr oft unter Zeitdruck zu stehen. Insgesamt fühlt sich fast ein Drittel durch E-Mails mit Informationen überflutet (Grabbe et al., ohne Jahresangabe). Die Auswertung von Studien zur Gesundheit der Studierenden gaben, was die psychischen Beeinträchtigungen betrifft, ähnliche Hinweise (vgl. 2.1 Gesundheit von Studierenden). Eine Befragung von wissenschaftlichen Beschäftigten einer Universität zu ihrer gesundheitlichen Situation am Arbeitsplatz kam zu folgenden Ergebnissen: Die Befragten nannten folgende Befindlichkeitsstörungen, die in Verbindung mit den Belastungen am Arbeitsplatz gebracht wurden. Die Befindlichkeitsstörungen lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Störungen der Organe, psychovegetative Störungen und emotionale Störungen. Mehrfachnennungen waren möglich. Einen Überblick über die Beschwerden gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 2: Beschwerden von wissenschaftlich Beschäftigten nach Schnabel, 2007 (eigene Darstellung)

Organebene	<ul style="list-style-type: none"> - 44,5 % Nacken- und Schulterbereich - 37% Rückenschmerzen - 21,7% Augenbrennen - tränende Augen - 15,9% Kopfschmerzen - 9,7% Druck/Schmerzen in der Magengegend - 4,6% Schmerzen in der Herzgegend
Psychovegetative Störungen	<ul style="list-style-type: none"> - 51,2% Müdigkeit/Abgespanntheit - 46,5% Probleme abzuschalten - 30,1% Unruhe/Nervosität - 22,9% Schlafstörungen (insbesondere Einschlafstörungen) - 22,5% zeitweise auftauchende Konzentrationsstörungen - 14,6% Gedankenabrisse
Emotionale Störungen	<ul style="list-style-type: none"> - 24,3% Gefühle von Verärgerung - 21,2% emotionale Erschöpfung - 18,2% Gereiztheit - 15,9% Niedergeschlagenheit - 11,9% Hoffnungslosigkeit - 11,5% Traurigkeit

Während sich bei den Befindlichkeitsstörungen ähnliche Bilder zwischen den Statusgruppen finden lassen, scheinen die Belastungen, denen die Beschwerden zu Grunde liegen, für die Statusgruppen sehr unterschiedlich zu sein und auch die Ressourcen, die Belastungen zu bewältigen, unterscheiden sich deutlich. Tabelle 3 Ressourcen und Belastungen von Studierenden, nicht wissenschaftlich und wissenschaftlich Beschäftigten stellt die unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen der drei Statusgruppen nebeneinander.

Tabelle 3: Ressourcen und Belastungen von Studierenden, nicht wissenschaftlich und wissenschaftlich Beschäftigten (modifiziert nach Unnold, 2005)

	Ressourcen	Belastungen
Studierende	<ul style="list-style-type: none"> • jung • motiviert • engagiert • aufgeschlossen • gesund 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Schlüsselqualifikationen • fehlende Arbeitsplätze • starre Hierarchie, • mangelnde Studienbetreuung • Orientierungslosigkeit • Informationsdefizite • unausgewogenes Verhältnis von Studieninhalten u. Regelstudienzeit • Mehrfachbelastungen (durch bspw. Arbeit, Familie, Kinder)
Wissenschaftlich Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Motivation • hohes Engagement • flexible Arbeitszeiten • großer Handlungsspielraum • Aufgabenvielfalt • Beruf = Berufung • Arbeitsplatz = Lebensraum 	<ul style="list-style-type: none"> • befristete Arbeitsverhältnisse • breites Aufgabenspektrum • unbezahlte Arbeitszeit • Arbeitsplatz = Lebensraum • fehlende Weiterbildungsangebote (Schlüsselqualifikationen) • mangelhafte Raumausstattung • fehlende Erholungsmöglichkeiten • mangelhaftes Essensangebot • ungenügendes Bewegungsangebot
Nichtwissenschaftlich Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • gute Kenntnisse der Hochschulstruktur • gute Zusammenarbeit • Kollegialität/Solidarität • Kontinuität von Personal u. Aufgaben • gute Fachkenntnisse (Erfahrungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • wenig unterstützende interne Hochschulkultur • problematisches Führungsverhalten • wenig Handlungs- und Entscheidungsfreiraum • mangelnde Qualifikation für neue Aufgaben • hohe Arbeitsmenge • fremdbestimmte Zusatzaufgaben • unklare Zuständigkeiten • fehlende Wertschätzung

2.2.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement als konzeptionelle Grundlage für Gesundheitsförderung im Setting Hochschulen

Die Konzepte zur Förderung der Gesundheit an Hochschulen leiten sich aus Erfahrungen, die in der Wirtschaft gemacht wurden ab. Grundlage hierfür sind die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement (vgl. 2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement).

Im Zusammenhang von Gesundheitsförderung an Hochschulen fällt oft der Begriff des Hochschulinternen Gesundheitsmanagements. Darunter ist die bewusste Steuerung und Integration der hochschulinternen Konzepte und Aktivitäten, aller Prozesse zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten, der Lehrenden und der Studierenden zu verstehen. Dabei verfolgt das Hochschulinterne Gesundheitsmanagement folgende Ziele: Entwicklung und Implementation eines Leitbildes „Gesunde Hochschule“, Schutz des Menschen bei der Arbeit und im Studium, gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Studienbedingungen, Förderung der aktiven Beteiligung aller Mitglieder der Hochschule an der Erhaltung der Gesundheit/des Wohlbefindens, Übernahme von Verantwortung für zielgerichtete Maßnahmenentwicklung, den Einsatz geeigneter Instrumente und die Einrichtung von einschlägigen Fachdiensten. Darüber hinaus sorgt Hochschulinterne Gesundheitsmanagement für die Beteiligung der Hochschule an Netzwerken zum Handlungsbereich Gesundheit.

Das Setting Hochschule zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus. Hochschulen sind durch dezentrale Organisationsformen gekennzeichnet und haben den Vorteil, ihre eigenen Innovationspotentiale und Fachkompetenzen für sich selbst nutzen zu können. Die Verweildauer von Studierenden liegt im Durchschnitt bei 5-6 Jahren. Die Eltern sind im Gegensatz zu anderen Settings wie Kindergarten oder Schule von der Lebenswelt Hochschule in der Regel ausgeschlossen.

2.2.3.3 Zu erwartende Effekte von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule

Gesundheitsförderung an Hochschulen sollte die gesamte Organisation und alle Mitglieder der Hochschule in diesen Prozess mit einbeziehen (Gräser und Belschner, 2001a). Wie schon gezeigt wurde, setzt sich das Setting Hochschule aus verschiedenen heterogenen Gruppen zusammen. So unterschiedlich wie die Statusgruppen sind, können auch die Zielgruppen einer Gesundheitsfördernden Hochschule sein: Studierende oder bestimmte Zielgruppen unter den Studierenden, Beschäftigte oder bestimmte Zielgruppen der Beschäftigten, die lokale Gemeinde oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Gemeinde (Gräser und Belschner, 2001b). Von der Förderung der Gesundheit an Hochschulen erwarten die Verantwortlichen viele unterschiedliche Effekte. Die angestrebten und zu erwartenden Effekte gleichen zum großen Teil denen, die Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Beschäftigte allgemein ausübt. Als ein Ziel ist die Steigerung des Wohlbefindens zu nennen. Die Mini-

mierung von Konflikten in der Kommunikation, sowie deren Optimierung wird angestrebt, so dass es zu einer Verbesserung der Beziehungen der dort arbeitenden Menschen untereinander, sowohl auf horizontaler als auch auf vertikaler Ebene führt. Was wiederum zu mehr Freude an der Arbeit führen kann. Der Einzelne hat die Möglichkeit, Wissen und Fähigkeiten zur Umsetzung von gesundem Verhalten während der Arbeit und in der Freizeit zu erwerben. Insgesamt soll die Arbeitszufriedenheit gesteigert und die Krankenstände gesenkt werden (Schumann, 2004).

Für die Studierenden stellt der Wechsel von der Schule zur Hochschule eine große Veränderung in den Lebensumständen dar. Oft beziehen sie ihre erste eigene Wohnung. Sie sind erstmals für alle Bereiche ihres Lebens selber verantwortlich und treffen Entscheidungen selbständig. Dies alles geschieht zumeist entfernt von dem geregelten Elternhaus. In dieser Situation entscheiden die jungen Erwachsenen sich für Verhaltensweisen, die ihre Gesundheit fördern oder beeinträchtigen, ohne von Autoritätspersonen beeinflusst zu werden (Stock, 2002).

Während des Studiums kommt der Hochschule ein hoher Stellenwert im Leben der Studierenden zu. Sie verbringen einen Großteil ihrer Zeit dort und knüpfen in diesem Rahmen soziale Kontakte. Somit sind Hochschulen nicht nur Ausbildungsinstitutionen, die Wissen und Kompetenzen vermitteln. Hochschulen sind auch ein bedeutender Sozialisationsraum (Bargel et al, 1996). Trotzdem werden die Hochschulen bisher eher als Lehr- und Forschungseinrichtung gesehen, denn als Lebensraum.

Wichtige Indikatoren, die Aufschluss über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe geben, sind die Morbidität und Mortalität. Die vorhandenen Studien zeigten, dass sowohl die Mortalität als auch die Morbidität altersbedingt, eine zu vernachlässigende Rolle spielen. Die Daten geben dafür deutliche Hinweise darauf, dass Studierende unter Beschwerden leiden (vgl. 2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden). Für einen eng gefassten Präventionsbegriff wird diese Zielgruppe durch bestehende Strukturen des Gesundheitssystems zum größten Teil abgedeckt. Interessant ist die Zielgruppe deshalb für Gesundheitsförderung (vgl. 2.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung ein Begriffspaar?).

Besondere Bedeutung erhält das Setting Hochschule als Ausbildungsstätte von zukünftigen Führungskräften. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Gesundheit als Querschnittsthema in der Studentenschaft zu implementieren. Studierende sollen ein gesundheitsbezogenes Bewusstsein erwerben. Zum einen der eigenen Gesundheit wegen, zum anderen, weil sie so in Zukunft den Gedanken der Gesundheitsförde-

rung in die Gesellschaft tragen. So gesehen sind Studierende als zukünftige Entscheidungsträger ideale Multiplikatoren und Botschafter für den Gedanken der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung an Hochschulen zu betreiben bedeutet letztendlich effektives Lernen zu fördern (O`Donnel und Gray, 1993). „Gesündere“ Lernbedingungen lassen zudem erwarten, dass sie sich positiv auf den Studienverlauf und die Abbrecherquote auswirken. So soll bei den Studierenden eine Steigerung der Studienzufriedenheit sowie eine Senkung der Abbrecherquote erreicht werden.

Für die Hochschulen als Arbeitgeber ist Gesundheitsförderung ein Mittel der Personalentwicklung, um Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität aller Statusgruppen im Setting Hochschule zu erhöhen. Verbunden hiermit sind ein Rückgang von Krankheitsständen und Fluktuation sowie die Verbesserung der Arbeitsleistung und der innerbetrieblichen Kooperation. Darüber hinaus erhoffen sich die Hochschulen eine größere Identifikation mit der Hochschule, eine Erhöhung der Corporate Identity.

Wenn die Menschen sich in einem Setting wohl fühlen, profitiert auch das Setting. Die Effekte auf die Hochschulen sind besonders in Zeiten steigenden Wettbewerbs interessant. So dient die Gesundheitsförderung auch der Profilbildung sowohl auf lokaler als auch auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Viele Hochschulen, die Gesundheitsförderung betreiben, streben eine Verbesserung ihres Images an, um so die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen.

2.2.3.4 Netzwerke Gesundheitsfördernder Hochschulen

2.2.3.4.1 Die Health Promoting Universities auf der Agenda der WHO und die Europäische Vernetzungsinitiative

Wie in 2.2.1 Der Setting-Ansatz ausgeführt wurde, entstammt der Begriff Setting dem Vokabular der WHO. Hierzu legte die WHO Programme auf. Beispielsweise entstanden in der Vergangenheit europäische Netzwerke wie „Healthy Prisons“, „Healthy Homes“, „Healthy Islands“ und „Healthy Villages“.

Die ersten Versuche, den Setting Gedanken an Hochschulen zu implementieren, startete die University of Central Lancashire im Jahr 1995 (Dooris, 1997). Viele englische Hochschulen entwickelten in der Folge gesundheitsfördernde Aktivitäten: University of Newcastle (White, 1998), University College of St. Martin (Beattie, 1998), Lancaster University (Dowding und Thompson, 1998) und University of Portsmouth (Peterken, 1998). Auf Einladung der WHO traf sich in Lancaster 1997 ein „Runder Tisch“, bestehend aus Vertretern englischer Hochschulen und einem Vertreter aus

Deutschland. Die Teilnehmer erarbeiteten Kriterien und Strategien für ein stark verpflichtendes Europäisches WHO Netzwerk „Health Promoting Universities“ (WHO, 1997b). Im gleichen Jahr nahm die WHO die Gesundheitsfördernden Hochschulen im Rahmen des „Healthy City“ Projektes offiziell in ihr Arbeitsprogramm auf. Als Aufgabenfelder für gesundheitsfördernde Hochschulen wurde die Schaffung gesunder Arbeits-, Lern- und Umgebungsbedingungen für Studierende und Beschäftigte, der verstärkte Einsatz von gesundheitsfördernden Elementen und Themen in Lehre und Forschung und die Entwicklung von Bündnissen für Gesundheitsförderung sowie die Integration der Gemeinde konkretisiert (Gräser, 1998). Das Setting Gesundheitsfördernde Hochschulen auf der Agenda der WHO hat zum Ziel, die gesundheitliche Lage aller Hochschulangehörigen zu verbessern. Hierzu zählt die Schaffung eines gesunden Lebens- und Arbeitsumfelds. Um dieses Ziel zu erreichen, soll die Gesundheitsförderung in den Leitlinien der Hochschulen verankert werden, so dass bei allen Veränderungen von Strukturen und allen Abläufen in Hochschulen der Aspekt der Gesundheitsförderlichkeit berücksichtigt wird (Tsouros et al., 1998).

Veranstaltet von der WHO und der University of Central Lancashire fand im Jahr 2000 ein weiteres Treffen interessierter Hochschulen statt. Unter der Überschrift „Universities, Colleges and Sustainable Health: A 21st Century Investment“ zogen die Teilnehmer ein erstes Resümee und entwickelten den Ansatz weiter (Stock, 2000).

Das auf diesen beiden Tagungen angestrebte Europäische WHO-Netzwerk wurde bisher nicht eingerichtet. Und obwohl es auf europäischer Ebene in England die ersten modellhaften Umsetzungen einer Gesundheitsfördernden Hochschule gegeben hat (s. o.), wurden diese Aktivitäten nicht weiter verfolgt (Doherty, 2005). Heute finden sich in England 10 Hochschulen, die sich als gesundheitsfördernd begreifen (Gräser, 2005).

2.2.3.4.2 Vernetzung Gesundheitsfördernder Hochschulen auf internationaler Ebene

Nachdem die Aktivitäten auf europäischer Ebene zum Stillstand gekommen waren, kann die zweite internationale Konferenz der Gesundheitsfördernden Hochschulen, welche unter internationaler Beteiligung 2005 in Edmonton (Kanada) stattfand, als neuer Meilenstein für die gesundheitsfördernden Hochschulen betrachtet werden. Mit der Edmonton Charta, die dort verabschiedet wurde, legten die Teilnehmer ein Dokument vor, welches Gütekriterien und Leitlinien für gesundheitsfördernde Hoch-

schulen beinhaltet (vgl. 2.2.3.6 Kriterien zur Beurteilung gesundheitsfördernder Hochschulen) (University of Alberta (Canada) and Pontificia Universidad la Catolica de Chile, 2005).

Neben dem deutschen Netzwerk, welches im Folgenden noch vorgestellt werden wird (vgl. 2.2.3.4.3 Vernetzung von Hochschulen in Deutschland), finden sich auf internationaler Ebene weitere Zusammenschlüsse. In Amerika gibt es Bestrebungen ein Pan-Amerikanisches Netzwerk gesundheitsfördernder Hochschulen (Pan-American Network of Health Promoting Universities (PNHPU)) zu etablieren, ebenso wie ein Netzwerk Gesunder Universitäten aus Lateinamerika und den karibischen Staaten (Network of Healthy Universities for Latin America and Caribbean) (Lange und Skillen, 2005). In Nordamerika setzt sich das American Network of Health Promoting Universities mit 72 Hochschulen für die Vernetzung der Universitäten und deren Gesundheitszentren ein (Gräser et al., 2007). In China setzte die WHO an sechs Hochschulen ein Setting-Projekt Gesundheitsfördernde Hochschule um und evaluierte es (Xiangyang et al., 2003).

2.2.3.4.3 Vernetzung von Hochschulen in Deutschland

Im Juni des Jahres 2005 feierte der *Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen* mit einer Jubiläumsveranstaltung sein 10-jähriges Bestehen. Die Gründung dieses Arbeitskreises erfolgte zwei Jahre bevor die WHO die Gesundheitsfördernden Hochschulen in ihre Agenda aufnahm. Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen ist ein Zusammenschluss von Mitarbeitern aus Hochschulen, die auf dem Weg sind, eine gesundheitsförderliche Hochschule zu werden oder sich auf den Weg machen wollen. Mittlerweile umfasst der Arbeitskreis 222 Personen aus mehr als 70 Hochschulen oder weiteren relevanten Institutionen (Stand: Ende 2007) (Milz et al., 2008). Damit ist das deutsche Netzwerk der zahlenmäßig größte Zusammenschluss von Hochschulen weltweit.

Dieser Zusammenschluss wurde 1995 als 'Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule' durch die Landesvereinigung für Gesundheit e.V., den Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) und die Universitäten Bielefeld, Oldenburg und Osnabrück gegründet. Die Koordination der Aktivitäten des Arbeitskreises übernahm die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. In den ersten Jahren setzte sich der Arbeitskreis aus ständigen Mitarbeitenden der drei genannten Hochschulen, einem Vertreter des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur und einer Vertreterin der Landesvereinigung für Gesundheit zu-

sammen. Bereits im Jahr 2003 waren Mitglieder aus vielen Hochschulen aus ganz Deutschland vertreten. Eine Umbenennung in `Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen´ erschien sinnvoll.

Ziel des Arbeitskreises ist es, gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen an Hochschulen zu initiieren und zu unterstützen. Darüber hinaus sieht er seine Aufgabe darin, bestehende Projekte miteinander zu vernetzen. Wichtig ist dem Arbeitskreis dabei, dass alle Statusgruppen, die an Hochschulen arbeiten, lernen oder lehren, beteiligt werden. Weiterhin nennt der Arbeitskreis zwei für ihn zentrale Fragestellungen: „Welches sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen an der Hochschule?“ und „Wie wird Gesundheit im Setting Hochschule hergestellt und aufrechterhalten?“.

Um diese Ziele zu erreichen, treffen sich die zusammengeschlossenen Hochschulen regelmäßig zu Arbeitstreffen. Diese Arbeitstreffen dienen dem Informationsaustausch, um mögliche Synergieeffekte zwischen den Hochschulen auszuloten. Darüber hinaus werden regelmäßig themenspezifische Veranstaltungen in Form von Workshops und Tagungen organisiert. Diese finden oft in Kooperation mit einer dem Arbeitskreis angeschlossenen Hochschule statt. Von diesen Veranstaltungen sollen Impulse ausgehen, die dazu geeignet sind, eine strukturelle, aber auch individuelle Förderung von Gesundheit im Arbeits- und Lebensraum Hochschule zu ermöglichen. Ein Arbeitsergebnis sind die selbst entwickelten Gütekriterien für Gesundheitsfördernde Hochschulen, die in 2.2.3.6 Kriterien zur Beurteilung gesundheitsfördernder Hochschulen vorgestellt werden.

In seiner Arbeit orientiert sich die Gruppe an der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und versteht sich selbst als Setting-Projekt im Sinne der WHO. Der am salutogenen Paradigma ausgerichtete Arbeitskreis steht allen interessierten Hochschulen offen. Ebenso sind potentiell unterstützende Institutionen, Träger von Gesundheitsförderung sowie Vertreter der verschiedenen Interessengruppen und Entscheidungsträger an Hochschulen eingeladen mit zu arbeiten (Gräser et al., 2007).

Eine Erweiterung hat das Netzwerk auch durch die Gründung von regionalen Netzwerken erfahren, die dem nationalen Arbeitskreis zuzuordnen sind. In Nordrhein-Westfalen (Faller, 2007) und in Bayern (Beck-Dossler, 2007) fanden sich jeweils Hochschulen zusammen, die stärker mit Landesbezug arbeiten.

Eine Netzwerkevaluation im Jahr 2007 bescheinigte dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, dass die Idee eines Netzwerkes voneinander zu lernen, als erreicht betrachtet werden kann. Die Mitglieder des Arbeitskreises erfahren durch die

Komplexität und die Verbundenheit des Arbeitskreises sowie durch vertrauensvolle Beziehungen, bestehende Kontakte und die Verwirklichung des Gesetzes der Gegenseitigkeit Unterstützung. Die Implementation des Gedankens der Gesundheitsförderung an Hochschulen, als Zukunftsaufgabe für die Gesellschaft, ist auf einem guten Wege der Umsetzung. Auch scheint die Netzwerkarbeit positive Auswirkungen in den Hochschulen zu entfalten. In der Wahrnehmung der Arbeitskreismitglieder zeigen sich positive Effekte der Netzwerkarbeit bei allen Statusgruppen im Setting Hochschule. Entwicklungsbedarf sah die Evaluation unter anderem in der Integration von Hochschulen aus dem Osten in Deutschland und in der Stärkung der horizontalen Kommunikation zugunsten eines Abbaus der Zentralität. Studierende sollten stärker einbezogen werden und gesundheitsförderliche Bedingungen für Studierende stärker in den Vordergrund treten (Milz et al., 2008).

Im Jahr 2000 gründete sich im Fachbereich III Prävention und Gesundheitsförderung der *Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)* eine *Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Ziel der Arbeitsgruppe ist es Wissenschaftlern eine Möglichkeit zum Informationsaustausch und Wissenstransfer sowie zum wissenschaftlichen Diskurs zu bieten. Darüber hinaus strebt die Gruppe an, das Thema Gesundheitsfördernde Hochschulen in Gesundheitsexpertenkreisen bekannter zu machen. Die Gruppe tagt einmal jährlich im Rahmenprogramm der Jahrestagungen der DGSMP. Darüber hinaus unterstützt sie weitere Veranstaltungen zum Thema.

2.2.3.5 Die Praxis der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

Eine erste zusammenfassende Übersicht über den Stand der Aktivitäten der Gesundheitsförderung an Hochschulen erfolgte im Auftrage des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (vgl. 2.2.3.4.3 Vernetzung von Hochschulen in Deutschland). Die im Jahr 2002 durchgeführte Befragung von Hochschulen ergab einen ersten quantitativen Überblick über die Aktivitäten im Rahmen von Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland. Die nicht repräsentative Studie lieferte nur eine Momentaufnahme, aber Sie vermittelt einen Eindruck über Entwicklungen und Strukturen an deutschen Hochschulen. Durchgeführt wurde diese Befragung von dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Die Umfrage richtete sich mit einem Fragebogen gezielt an 92 Personen aus 60 Hochschulen. Diese waren dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen als an Themen der Gesundheitsförderung im Set-

ting Hochschule Interessierte bekannt und/oder Mitglieder des Arbeitskreises. Der Rücklauf betrug 38 Fragebögen, wovon 34 beantwortet waren.

Von den Hochschulen, die antworteten, gaben 20 an über gesundheitsförderliche Strukturen zu verfügen. 16 Hochschulen berichteten über Projekte mit Ideen zur gesundheitsfördernden Hochschule. Ein Drittel der Hochschulen hat regelmäßig stattfindende (Lehr) -veranstaltungen zum Thema „Gesundheitsfördernde Hochschule“, wobei sich die Hälfte der angebotenen Gesundheitskurse an Mitarbeiter richtet. Neun Hochschulen führten regelmäßig Gesundheitstage durch. Drei Hochschulen gaben an, ein Leitbild zur Gesundheitsförderung zu haben. Weitere drei Hochschulen konnten eine Dienstvereinbarung zur Gesundheitsförderung vorweisen (Hartmann et al. 2003; Hartmann, 2002).

Eine Synopse aus dem Jahr 2004 wertete Studien aus, die sich mit der Gesundheit der Statusgruppen beschäftigten. Das Forschungsprojekt konnte zeigen, dass von 12 deutschen Hochschulen, die Befragungen durchführten, 11 sich an die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten wendete, die Hälfte der Befragungen hatte die Studierende als Zielgruppe im Blick. Neun Hochschulen wendeten sich mit ihren Befragungen an das wissenschaftliche Personal (wissenschaftliche Mitarbeiter bzw. Hochschullehrer) (Hildebrand et al, 2007).

2.2.3.6 Kriterien zur Beurteilung gesundheitsfördernder Hochschulen

Um zu beurteilen, inwieweit eine Hochschule als gesundheitsförderlich zu bezeichnen ist, müssen Kriterien, an denen eine Gesundheitsfördernde Hochschule zu messen ist, vorliegen. Als erstes formulierte die WHO Erfolgskriterien für Hochschulen (Tsouros et al, 1998). Im Jahr 2005 folgten drei weitere Vorschläge an denen sich gesundheitsfördernde Hochschulen orientieren können. Auf internationaler Ebene formulierte die 2. Internationale Konferenz der Gesundheitsfördernden Hochschulen in der Edmonton Charta Charakteristika einer gesundheitsfördernden Hochschule und auf nationaler Ebene stellte der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen auf seiner 10 Jahres Jubiläumstagung selbst entwickelten Gütekriterien vor (Gräser et al., 2007). Ein Qualitätskriterienmodell schlug ein Bewertungsschema zur Beurteilung von Qualitätsaspekten im Setting Hochschule vor (Faller, 2005).

Mit den *neun Kernzielen der WHO* wird ein Rahmen abgesteckt, an dem sich konkrete Projekte an Hochschulen orientieren können. Zu diesen Kernzielen gehört an erster Stelle das klare Bekenntnis der Hochschule zu Zielen der Gesundheitsförderung und der nachhaltigen Entwicklung (Ziel 1). Dies kann durch die Entwicklung und

Verabschiedung eines Leitbildes geschehen. Des Weiteren fordert die WHO die Schaffung einer umwelt- und gesundheitsverträglichen Lebens- und Arbeitswelt, in der gesundheitliche Gefahren für die Menschen und Schäden für die ökologische Umwelt minimiert werden (Ziel 2). Die Einrichtung eines Unterstützungs- und Beratungsservices für gesundheitliche Fragen, der auf die Bedürfnisse von Studierenden und Beschäftigten ausgerichtet ist (Ziel 3) gehört ebenso zu den Kernzielen wie die Schaffung von Möglichkeiten für alle Studierenden und Beschäftigten, ihre persönlichen Fähigkeiten und gesundheitlichen Ressourcen zu erweitern (Ziel 4). Doch auch die Schaffung von Sport-, Kultur und Freizeitangeboten, die die unterschiedliche Zusammensetzung der Studierenden berücksichtigen und einen gesunden Lebensstil fördern (Ziel 5) gehört dazu. Die Studierenden und Beschäftigten sollen sich an Entscheidungen, die ihre Lern- und Arbeitsbedingungen oder ihre sozialen Bedürfnisse betreffen, beteiligen (Ziel 6). Anreize sollen von Seiten der Hochschule geschaffen werden, um den Gedanken der Gesundheitsförderung in den Lehr- und Forschungsinhalten aller Disziplinen und Fakultäten zu verankern (Ziel 7). Zuletzt legt die WHO Wert auf die Schaffung von horizontalen und vertikalen Kommunikationsstrukturen zwischen Studierenden und Beschäftigten und unter den Studierenden bzw. unter den Beschäftigten (Ziel 8). Die Hochschulen sollen sich zu einer wertvollen Ressource zur Förderung der Gesundheit in der Region entwickeln (Ziel 9) (Tsouros et al., 1998).

Die 2. Internationale Konferenz der Gesundheitsfördernden Hochschulen formulierte in der *Edmonton Charta* folgende Charakteristika einer gesundheitsfördernden Hochschule:

- 1 settingbasierter Ansatz
- 2 gemeinsame Vision in der Gesundheitsförderung
- 3 Integration der Konzepte ‚Gesundheit für Alle‘ und einer nachhaltigen Entwicklung
- 4 langfristige Integration von Gesundheitsförderung in das alltägliche Leben auf dem Campus und in die universitäre Kultur
- 5 Einwerbung von Mitteln, um individuelle und institutionelle Gesundheit zu fördern
- 6 Integration von Gesundheitsförderung in strategische Überlegungen der Institution Hochschule, die die Entwicklung institutioneller Politik, Vorgehensweisen, Systeme und Praktiken einschließt, um eine gesunde Lern-, Arbeits- und Lebenswelt zu schaffen
- 7 Beförderung individuellen und institutionellen Wissens zu gesunden Umwelten

und Wahlmöglichkeiten (Gräser et al., 2007)

Die *Gütekriterien des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen*, die auf der Tagung „Zehn Jahre Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen“ verabschiedet wurden, lauten folgendermaßen: Eine gesundheitsfördernde Hochschule

1. arbeitet nach dem Setting Ansatz
2. orientiert sich am Konzept der Salutogenese und nimmt Bedingungen und Ressourcen für Gesundheit in den Blick.
3. integriert das Konzept der Gesundheitsförderung in ihre Hochschulpolitik (z. B. Leitbild, Führungsleitlinien, Zielvereinbarungen, Dienstvereinbarungen oder andere Vereinbarungen).
4. berücksichtigt Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe bei allen hochschulinternen Prozessen und Entscheidungen sowie in Lehre und Forschung.
5. beauftragt eine hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe mit der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen, in der die relevanten Bereiche der Hochschule vertreten sind.
6. betreibt ein transparentes Informationsmanagement und formuliert Ziele und Maßnahmen auf der Grundlage einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung in Form von verständlichen, transparenten und zugänglichen Informationen und Daten. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen werden während und nach der Umsetzung im Sinne einer Qualitätssicherung evaluiert.
7. führt gesundheitsfördernde Maßnahmen durch, die sich sowohl an einer Verhaltens- als auch Verhältnisdimension orientieren und partizipativ ausgerichtet sind.
8. verpflichtet sich dem Prinzip der Nachhaltigkeit. Dies bedeutet, dass bei der Gesundheitsförderung gleichermaßen soziale, ökologische, ökonomische und kulturelle Aspekte einschließlich der globalen Perspektive zu berücksichtigen sind.
9. integriert Gender Mainstreaming, Cultural Mainstreaming sowie die Gleichbehandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen als wesentliche Teile in das gesundheitsfördernde Konzept.
10. vernetzt sich sowohl mit anderen Hochschulen als auch mit der Kommune/Region (Gräser et al., 2007)

Den Status Quo der Qualität von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule misst ein *Qualitätskriterienmodell* anhand der vier Kriterien Bedarfsgerechtigkeit, Sachangemessenheit, Nachhaltigkeit und Effektkongruenz. Unter Bedarfsgerechtigkeit wird die Orientierung an der unmittelbaren Lebenswelt und den Erfahrungen der Adres-

saten verstanden. Dabei sollen deren Veränderungspotenziale nicht überfordert werden. Gesundheitsbezogene Bedürfnisse sowie Ansatzmöglichkeiten für Gesundheitsförderung sollen unter dieser Bedingung identifiziert werden. Für die Hochschulen bedeutet das, um Erkenntnisse und Handlungsleitlinien zu entwickeln, müssen sich die Planer erst einmal mit den verschiedenen Zielgruppen der hochschulbezogenen Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Sachangemessenheit bedeutet, dass die Akteure auf bereits erfolgreich evaluierte Maßnahmen zurückgreifen und diese bei nachgewiesenen Problemlagen so einsetzen, dass sie sich für die Lösung eignen. Bei der Nachhaltigkeit steht die Frage im Vordergrund, wie Maßnahmen gestaltet werden können, um Strukturen zu sichern. Dabei sollen zum einen sich selbst tragende Strukturen entwickelt, aber auch Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden. Die Frage, welche Vorteile für die Hochschule entstehen, wenn sie nachhaltig Gesundheitsförderung verankern, steht hinter der Effektkongruenz, die sicherstellen will, dass die Effekte der Gesundheitsförderung mit den Zielen der Hochschule übereinstimmen. Der regelmäßige Einsatz dieses Qualitätskriterienmodells könnte Grundlage für ein Qualitätsmonitoring hochschulbezogener Gesundheitsförderung sein (Schnabel, 2003; Faller 2005).

2.2.3.7 Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld

Für das im Methodenteil vorgestellte Modellprojekt (vgl. 3.1 Das Modellprojekt "Gesundheitszirkel für Studierende") stellten die Aktivitäten der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld eine tragfähige Struktur dar, die zum Gelingen beitrug. Andererseits unterstützte das Projekt den Prozess, die Studierenden stärker in den Fokus der Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld zu rücken. Deshalb werden im Folgenden die Strukturen und Entwicklungsschritte der Universität Bielefeld auf dem Weg zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule, seit ihrer Initiierung bis heute skizziert.

2.2.3.7.1 Die Universität Bielefeld

Die 1968 gegründete Universität Bielefeld ist die größte Hochschule in Ostwestfalen-Lippe. Zum Wintersemester 1969/70 haben die Fakultäten für Mathematik, Rechtswissenschaften und Soziologie Lehre und Forschung aufgenommen. Mittlerweile ist die Hochschule auf 14 Fakultäten angewachsen. Sie ist Arbeitgeber für 989 nichtwis-

senschaftliche Beschäftigte und 972 wissenschaftliche Mitarbeiter². 294 Professoren betreuen 17.554 Studierende (Statistisches Jahrbuch der Universität Bielefeld 2007). Die Universität Bielefeld ist bis heute eine der wenigen Hochschulen in Deutschland, die Gesundheitsförderung auf konzeptioneller Basis betreibt (Unnold et al., 2005).

2.2.3.7.2 Initiative, Motive und Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld

In einer gemeinsamen Initiative von Personaldezernat, Personalräten und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften erfolgten in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts erstmals Überlegungen für einen integrierten Ansatz zur Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. Vor dem Hintergrund einer unternehmerischen Gesamtverantwortung bestand seitens der Universitätsleitung ein Interesse an Personalförderung und optimierter Arbeitsorganisation sowie an Kostenminimierung unter Berücksichtigung der Interessen der Beschäftigten an sicheren und gesundheitsgerechten Arbeitsplätzen (Simm und Unnold, 2000, Unnold et al. 2005). Vier Erkenntnisse standen bei den Vorüberlegungen zum Konzept Pate: 1. Gesundheitsförderung kann nur mit integrierenden Konzepten funktionieren, 2. Gesundheitsförderung benötigt Koordination und Steuerung, 3. Zielgruppen müssen beteiligt werden und 4. es bedarf des Engagements der Leitungsebene (Unnold und Walter, 2007).

Als Voraussetzung bestanden zum Zeitpunkt dieser Planungen bereits folgende Strukturen an der Universität Bielefeld:

- die *Abteilung Arbeitssicherheit* und der *betriebsärztliche Dienst*, zuständig für die Erkennung und Abwehr gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz
- die *Schwerbehindertenvertretung* als Ansprechpartner für Menschen mit Behinderungen
- die *Gleichstellungsbeauftragte* für die Gleichstellungsfragen
- die *Suchtpräventionshilfegruppe*, die sich Ende der 80er Jahre selbst organisiert an der Universität zusammengeschlossen hat und für Informationen und für Betroffene als Anlaufstation zur Verfügung steht.

Weiterhin existierte eine *Dienstvereinbarung* für den Bereich *Sucht* und die *Personalentwicklung*, in der Personalabteilung, die die Aus- und Weiterbildung steuert (Rolfmeier, 1999). Weitere wichtige Strukturen bilden die *Personalräte*, die *Zentrale*

² Ohne studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte.

Studienberatung (ZSB) und der Hochschulsport.

2.2.3.7.3 Das 1994er Konzept und seine Umsetzung bis zum Jahr 2000

Eine Vorbereitungsgruppe erarbeitete, unter Einbeziehung fachlicher Expertise aus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, ein Konzept. Aus dieser Gruppe, die sich aus der Universitätsleitung, den Personalräten, der Personalabteilung, den Fachleuten für Gesundheits- und Arbeitsschutz, Vertretern der Fakultät für Gesundheitswissenschaften sowie weiteren Mitarbeitern der Hochschule zusammensetzte, erwuchs der Arbeitskreis Gesundheit (s.u. Baustein 1 Steuerungsgremium 1994-2000). Das Konzept band die Betriebliche Gesundheitsförderung in die Rahmenkonzepte der Personalentwicklung, der Qualifikation und der Organisationsgestaltung ein. Es zielte darauf ab, an der Universität Bielefeld gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen. Die Implementierung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollte dazu beitragen, die Arbeitsumgebung in der Hochschule kontinuierlich zu verbessern. Folgende drei Aspekte fanden bei der Entwicklung des Konzeptes besondere Berücksichtigung:

Partizipation aller Beschäftigten an den Angeboten des Gesundheitsschutzes und der Arbeitsgestaltung.

- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der Beschäftigten durch verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen.
- Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation und Kooperation.

Eine Besonderheit des Konzeptes ist es, dass keine spezifischen Einzelaktivitäten vorgeschlagen wurden, sondern sieben Bausteine, die als unterstützende Infrastruktur den Aufbau, die Koordination und die Steuerung von Gesundheitsförderung ermöglichen sollten. (Eine Übersicht über die sieben Bausteine gibt Abbildung 4 Konzept zur Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld von 1994.) Ende des Jahres 1994 beschloss das Rektorat, auf Grundlage dieses Konzeptes, die Etablierung eines Gesamtansatzes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen (Simm und Unnold, 2000; Rolfmeier, 1999). Mit diesem Vorgehen wurde erstmals in Deutschland im universitären Bereich das Thema „Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ zu einem zentralen Zielbereich der Organisationskultur gemacht (Unnold und Walter, 2007, S. 143/144).

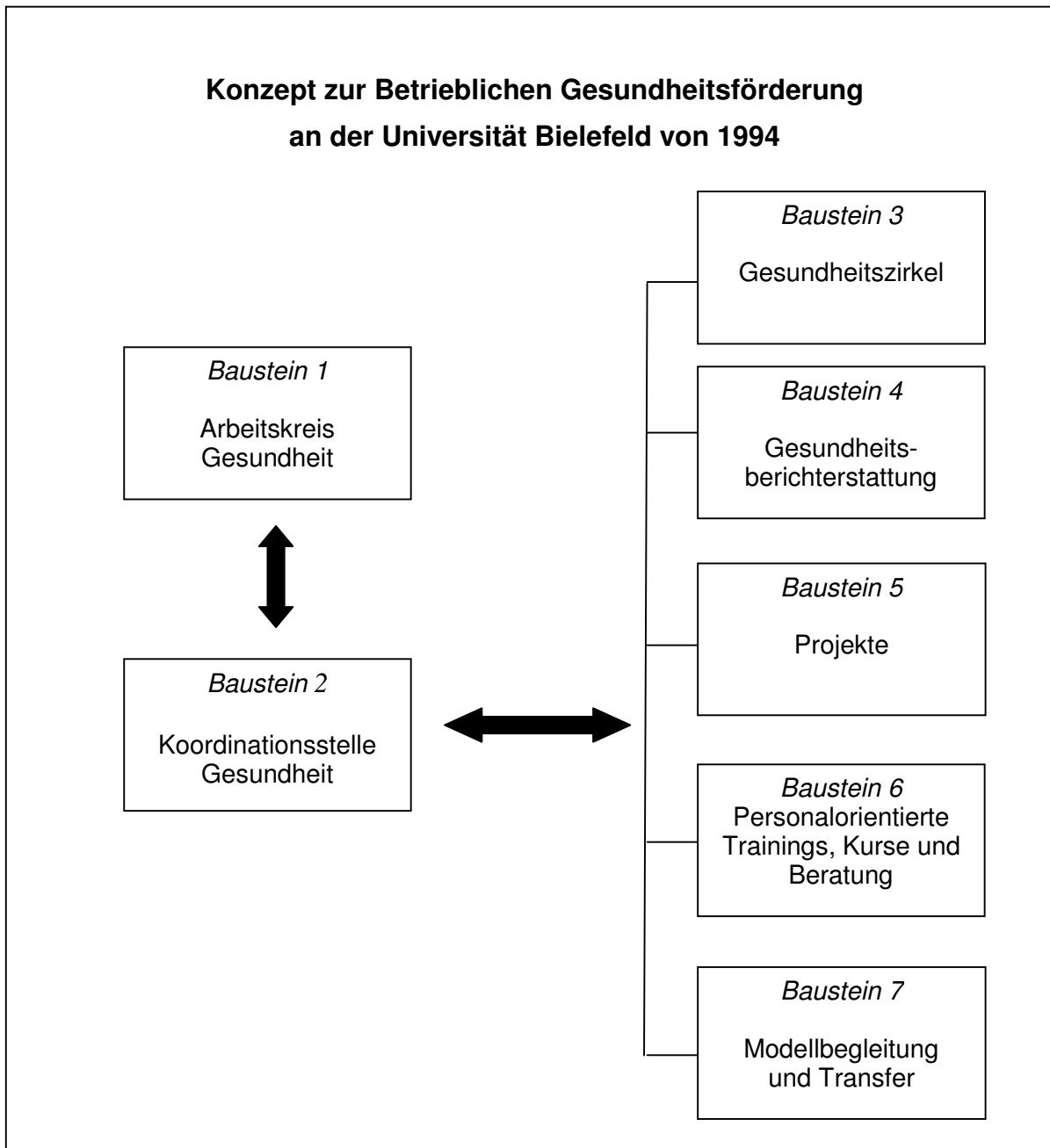


Abbildung 4: Konzept zur Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld von 1994 (eigene Darstellung)

Baustein 1: Steuerungsgremium (1994-2000)

Die Schaffung eines Gremiums, welches die bestehenden Potentiale an Initiativen und Ressourcen optimal nutzt, ist zentrales Element des 1994er Konzeptes. Mit der Einrichtung dieser Gruppe sollte die Tradition der Kooperation und Selbstregulierung in der Hochschule fortgeführt werden. Gleichzeitig wurde ein fachlich-organisatorischer Rahmen für Anregungen und Zusammenarbeit geschaffen. Ziel war es, den an der Hochschule vorhandenen Sachverstand für Gesundheitsaktivitä-

ten zu bündeln. Von 1994-2000 waren folgende Hochschuleinheiten im Arbeitskreis Gesundheit vertreten: Abteilung für Personalentwicklung mit Gesundheitsförderung und Fortbildung, Betriebsarzt, Arbeitssicherheit, Hochschulsport, Personalräte und Vertreter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Moderiert wurde die Gruppe von der Abteilungsleitung der Personalentwicklung bzw. der Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld. Der Arbeitskreis Gesundheit tagte in der Regel einmal pro Monat. In fast 70 Sitzungen diskutierten die Mitglieder gesundheitsbezogene Themen und setzten die daraus resultierenden Projektideen um.

Baustein 2: Koordination (1994-2000)

Die Geschäftsführung des Arbeitskreises erfolgte in den ersten Jahren durch die Leitung der Abteilung Personalentwicklung. Seit dem Jahr 1999 durch die Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Baustein 3: Gesundheitszirkel (1994-2000)

An der Universität Bielefeld wurden bis zum Jahr 2000 Gesundheitszirkel für nicht-wissenschaftliche Beschäftigte in drei unterschiedlichen Bereichen durchgeführt, die durch den Arbeitskreis Gesundheit begleitet wurden (vgl. 2.3.1.6.2 Gesundheitszirkel im Setting Hochschule).

Baustein 4: Gesundheitsberichterstattung (1994-2000)

Das Konzept richtete sich zunächst an die Mitarbeiter der Hochschule. Handlungsleitende Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der nichtwissenschaftlichen Beschäftigten entnahm die Universität Bielefeld aus der Analyse allgemeiner Daten sowie aus Erkenntnissen, die in der Universität aus verschiedenen Bereichen vorlagen (z.B. Personalrat) und zu denen die durchgeführten Gesundheitszirkel beitrugen. Eine Erhebung in der Universität Bielefeld kam aufgrund von Bedenken der Personalräte nicht zustande. Diese befürchteten, dass hochschulintern zusammengestellte Daten zu Kontrollzwecken genutzt werden könnten und zu einer individualisierten Betrachtung des Themas Krankheit und Gesundheit am Arbeitsplatz führen könnten. Es wurde und wird weiterhin nach datenschutzrechtlich abgesicherten Wegen für aussagekräftige Informationsgrundlagen gesucht.³

³ Durch den Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende lagen schon frühzeitig Daten über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Bielefelder Studierenden vor (vgl. 2.4.3 Erkenntnis

Baustein 5: Projekte (1994-2000)

Unter dem Baustein Projekte entwickelten sich verschiedene Aktivitäten. Zum einen wurden Gesundheitstage eingeführt, die sich manchmal einem Themenschwerpunkt widmeten. Das Projekt „Sitzen – Stehen – Gehen am Arbeitsplatz“ unterstützte die Mitarbeiter im Rahmen von Verhaltens- (Übungsanleitungen) und Verhältnisprävention (Hinweise zur ergonomischen Gestaltung des Arbeitsplatzes).

Baustein 6: Personalorientierte Trainings, Kurse und Beratung (1994-2000)

Seit 1996 wird jährlich ein Kursprogramm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten.

*Baustein 7: Transfer und Modellbegleitung (1994-2000)*Europäisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Hochschule“

Im Jahr 1996 hat die Weltgesundheitsorganisation die Gesundheitsfördernden Hochschulen offiziell als Setting aufgenommen und plante in Folge dessen ein europäisches Netzwerk einzurichten. Die Universität Bielefeld erhielt im Jahr 1998 ein Aufforderungsschreiben der WHO einen aktiven Part in diesem Netzwerk zu übernehmen. Daraufhin beauftragte das Rektorat der Universität Bielefeld die AG 2 Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften einen Antrag für eine Beteiligung der Universität Bielefeld am WHO-Netzwerk zu formulieren (Universität Bielefeld, ohne Jahresangabe a). Im Jahr, nach der Fertigstellung des Antrages, erfolgte die Zurückstellung bis zur offiziellen Ausschreibung⁴ (s. auch 2.2.3.4.1 Die Health Promoting Universities auf der Agenda der WHO und die Europäische Vernetzungsinitiative).

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

Die Universität ist Gründungsmitglied des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (vgl. 2.2.3.4.3 Vernetzung von Hochschulen in Deutschland) und dort durch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften und seit 1999 durch die Koordinationsstelle der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld vertreten (Simm und Unnold, 2000; Unnold und Walter, 2007).

über Bielefelder Studierende), fanden in der Betrieblichen Gesundheitsförderung aber erst ab dem Jahr 2000 Beachtung (vgl. 3.3.7.4 Aktualisierung des Konzeptes im Jahr 2000 und die Entwicklung bis zum Jahr 2005).

⁴ Die offizielle Ausschreibung ist bis heute nicht erfolgt.

Analyse der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen des Berufsfeldorientierten Studiums

Ist-Soll-Zustandsbericht im Auftrag des Rektorates

Im Rahmen eines *Abschlussberichtes des Berufsfeldorientierten Studiums* zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurden die Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld als Fallbeispiel analysiert. Das Resümee bestätigte der Universität Bielefeld, im Bereich der Gesundheitsförderung intensiv und auf den unterschiedlichsten Ebenen tätig zu sein (Rolfmeier, 1999).

Im Auftrag des Rektorates der Universität erfolgte im Jahr 2000, ebenfalls von der AG 2 der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, ein Bericht, der über *den Ist-Soll-Zustand* der gesundheitsfördernde Potentiale und deren Entwicklungsmöglichkeiten an der Universität Bielefeld Auskunft gibt. Diese Analyse orientierte sich an den Kernziele der WHO (vgl. Tsouros et al. 1998). In folgenden Bereichen sahen die Forscher Handlungsbedarf: Implementation des Themas „Gesundheit“ im Leitbild, Einrichtung eines Gesundheitszentrums/ einer Gesundheitsberatung, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und Partizipation der Studierenden, Einbindung des Themas Gesundheit in Lehre und Forschung aller Disziplinen und Schaffung gesunder Kommunikationsstrukturen. Die Forscher empfahlen Strukturen in den Bereichen gesunde Sport-, Kultur- und Sozialangebote zu schaffen sowie die Partizipation der Beschäftigten zu stärken und Verbindungen zur Region zu gestalten. Bereits in der Umsetzungsphase befanden sich zum Zeitpunkt der Analyse die Themen gesunde Arbeitsplätze/Ökologie und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten (Stock et al., 2000).

2.2.3.7.4 Aktualisierung des Konzeptes im Jahr 2000 und die Entwicklung bis zum Jahr 2005

Im Jahr 2000 erfolgte eine erste Veränderung des Konzeptes von 1994. Hatte sich die Betriebliche Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld bisher an die Beschäftigten der Hochschule, mit dem Fokus auf nichtwissenschaftlich Beschäftigte, gerichtet, erfolgte im Jahr 2000 die Einbeziehung der Studierenden. In diesen Zeitraum fällt auch die Initiierung des Modellprojektes Gesundheitszirkel für Studierende.

Baustein 1 Steuerungsgremium (2000-2005)

Das steuernde Gremium, der Arbeitskreis Gesundheit, veränderte aufgrund der

Bandbreite der Themen und der Zunahme der beteiligten Personen seine Zusammensetzung und Arbeitsweise. Der Mitgliederkreis erweiterte sich um das Umweltforum, die Zentrale Studienberatung, die Suchtprävention, den Allgemeinen Studierenden Ausschuss, die Schwerbehindertenvertretung, die Gleichstellungsstelle, die Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, das Studentenwerk und die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen. Die Leitung des Arbeitskreises Gesundheit übernahm die Personaldezernentin und die Moderation erfolgt durch die Koordinatorin der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Aufgaben, die vorher die monatlich tagenden Gruppenmitglieder übernahmen, wurden in Arbeitsgruppen ausgelagert. Die Arbeitsgruppen setzten sich aus Mitgliedern des Arbeitskreises und aus Vertretern der betroffenen oder hinzugezogenen Experten zusammen.

Hauptaufgabe des neuen Gremiums wurde neben dem Austausch, der Diskussion und Kooperation die Formulierung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen im Bereich von Gesundheitsförderung an der Hochschule. Das Gremium wurde folgerichtig in Steuerkreis Gesundheit umbenannt. Der Steuerkreis tagt 2-4-mal jährlich. Obwohl die Gruppe auch weiterhin keine Entscheidungskompetenz hat, erleichtert und ermöglicht sie die Zusammenarbeit. Die Gruppe lotet Erfordernisse und Handlungsmöglichkeiten aus und gibt Empfehlungen an das Rektorat weiter, initiiert neue Projekte und setzt sie um. Abbildung 5 Struktur der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld im Jahr 2000 zeigt die neuen Strukturen und gibt insbesondere einen Überblick über die Arbeitsfelder, der im Jahr 2000 eingerichteten Arbeitsgruppen.

Baustein 2 Koordination (2000-2005)

Im Jahr 2003 erfolgte die dauerhafte Einrichtung einer Geschäftsführung im Bereich der Gesundheitsförderung (Unnold und Walter, 2007).

Baustein 3: Gesundheitszirkel (2000-2005)

Im Jahr 2001 wurde erstmals ein Gesundheitszirkel initiiert, der nicht das nichtwissenschaftliche Personal als Zielgruppe hatte, sondern sich an die Studierenden wendete (vgl. 4.2 Das Modellprojekt "Gesundheitszirkel für Studierende").

Baustein 4: Gesundheitsberichterstattung (2000-2005)

Eine Befragung der wissenschaftlichen Beschäftigten, zu ihrer gesundheitlichen Situation, erfolgte im Jahr 2001/2002 (Schnabel, 2006).

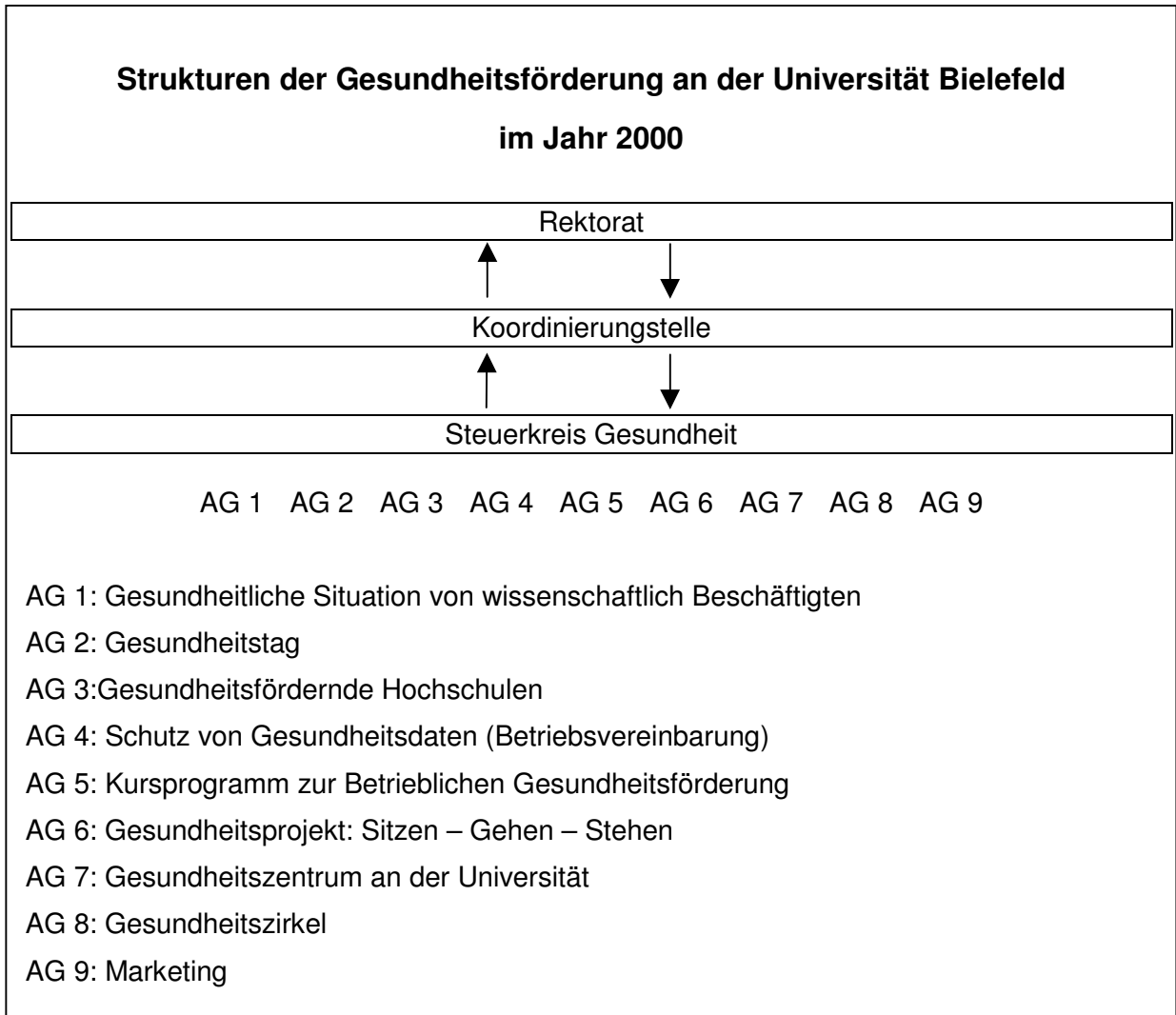


Abbildung 5: Struktur der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld im Jahr 2000 (eigene Darstellung)

Baustein 5: Projekte (2000-2005)

Neben den bereits bestehenden Projekten wie Gesundheitstage oder Ergonomie am Arbeitsplatz bildete der Nichtraucherschutz einen weiteren Themenschwerpunkt.

Baustein 6: Personalorientierte Trainings, Kurse und Beratung (2000-2005)

Für das Gesundheitsprogramm steht seit 2004 ein eigener Raum für die Angebote zur Verfügung. In das Fortbildungsprogramm der Personalentwicklung für Führungskräfte aus Technik und Verwaltung wurden Führungskräftebildungen zum Thema gesundheitsförderliches Führungsverhalten integriert. Zudem enthält das Angebot Schulungen zum Umgang mit psychischen Störungen. 2005 erfolgte die Einrichtung eines internen psychosozialen Beratungsangebotes für alle Mitarbeiter und Füh-

rungskräfte.

Baustein 7: Modellbegleitung und Transfer (2000-2005)

In diesem Zeitraum verstärkte sich die Kommunikation innerhalb der Universität. Neben den Gesundheitstagen und hausinternen Zeitungen und Aushängen trugen Vorträge in Lehrveranstaltungen und die Internetpräsenz, die in Kooperation mit dem Studiengang Bachelor in Health Communication im Rahmen eines Projektes entwickelt wurde, dazu bei (Unnold et al., 2005). Außerhalb der Hochschule nahm die Koordinatorin der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld an zahlreichen Tagungen u. a. Veranstaltungen zum Thema Gesundheit an Hochschulen teil. Neben tragfähigen Netzwerkstrukturen konnten zahlreiche Synergieeffekte erzielt werden (Unnold und Walter, 2007). Im Jahr 2001 führte der Steuerkreis Gesundheit in Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften eine Tagung zum Thema „Gesundheitsfördernde Hochschule“ an der Universität Bielefeld durch.

2.2.3.7.5 Der aktuelle Stand - Das Konzept 2005

Im Jahr 2005 konnte die Universität Bielefeld auf eine 10-jährige Tradition in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zurückblicken. Aufgrund von neuen Herausforderungen (vgl. 2.2.3.1 Hochschulen im Wandel – Aktuelle Herausforderungen) und wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. 2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement) wurde im Jahr 2005 eine Fortschreibung des Konzeptes von 1994 notwendig. Die Abbildung 5 Strukturen, Prozesse, Ziele/ Ergebnisse des Gesundheitsmanagements an der Universität Bielefeld zeigt das neue konzeptionelle Vorgehen.

Das oberste Ziel des Gesundheitsmanagements an der Universität Bielefeld war und ist der Erhalt und die Verbesserung der psychischen, sozialen und körperlichen Gesundheit ihrer Mitglieder als maßgebliche Voraussetzung für ihre Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit (Unnold, 2005). Oberster Zielwert war nunmehr jedoch die gesunde Organisation/gesunde Hochschule. Dazu zählen die Akteure, die nachhaltige Förderung gesundheitsförderlicher Potentiale in der Hochschule sowie die Förderung von persönlichen Gesundheitspotenzialen ihrer Mitglieder. Operationalisiert werden sollen diese Ziele durch die Förderung des Vertrauens in die Organisation, Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie Förderung einer Kultur gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung. Weiterhin soll dieses Ziel durch die Verbesserung von Transparenz und Zusammenarbeit, Ent-

wicklung vertrauensvoller sozialer Beziehungen und die Verhinderung von körperlichen, sozialen oder psychischen Beschädigungen erreicht werden. Neben der Förderung salutogener Potentiale in der Hochschule sollen auch die persönlichen Gesundheitspotenziale aller Statusgruppen an der Hochschule entwickelt werden. Es besteht auf Seiten der Hochschule die Erwartung, dass ein wirksames Gesundheitsmanagement sich in einer Verbesserung der Ergebnisse der Organisation niederschlägt. Hierzu zählen beispielsweise ein verbessertes Arbeits- und Studienverhalten, eine gesteigerte Qualität der Arbeits- und Forschungsergebnisse sowie die Senkung von Kosten. Somit soll dem doppelten Interessenzusammenhang: dem Interesse der Hochschulleitung an Personalförderung und optimierten Arbeitsorganisation zum einen und dem Interesse der Beschäftigten und Studierenden an gesundheitsgerechten Arbeits- und Studienbedingungen zum anderen Rechnung getragen werden.

Die bisherigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung, die sich an der Universität Bielefeld entwickelt haben (vgl. 2.2.3.7.3 Das 1994er Konzept und seine Umsetzung bis zum Jahr 2000), sollen beibehalten und dauerhaft in die universitären Strukturen und Prozesse integriert werden. Veränderungen und Verstärkungen werden insbesondere in folgenden Bereichen angestrebt:

- Die direkte Einbindung der Hochschulleitung in den Steuerkreis Gesundheit.
- Die Wahrnehmung von Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe.
- Die Partizipation der verschiedenen Statusgruppen durch systematische Beteiligung der Personalräte und Studierendenvertretung sowie durch Gesundheitszirkel und Rückmeldebögen des Gesundheitsprogramms.
- Vernetzung mit anderen Querschnittsaufgaben wie beispielsweise Personal- und Organisationsentwicklung durch die Erweiterung und effektive Nutzung bestehender Kommunikationsstrukturen (Unnold et al., 2005).

Konzeption für eine gesunde Hochschule Bielefeld		
Salutogene Perspektive Organisationsbezogen Systematisch im Vorgehen		
Strukturen	Prozesse	Ziele/Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Steuerkreis Gesundheit mit operativen Arbeitsgruppen • Koordinationsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Routinegemäße Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Aspekte im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation • Wahrnehmung von Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe • Partizipation der Organisationsmitglieder • Vernetzung mit anderen Querschnittsaufgaben • Internes Marketing • Systematische Durchführung der Kernprozesse: Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt und Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Organisationsmitglieder • Verbessertes Arbeits- und Studienverhalten und gesteigerte Qualität der Arbeits- und Forschungsergebnisse • Gesundes Arbeiten und Studieren in der Hochschule

Abbildung 6: Strukturen, Prozesse, Ziele/ Ergebnisse des Gesundheitsmanagements an der Universität Bielefeld (Unnold und Walter, 2007)

2.2.3.7.6 Praxisbeispiel für die Gesundheitsförderung von Studierenden: Das Gesundheitslabor

Aus Amerika stammt die Idee der Health Center: Einrichtungen auf dem Hochschulgelände, die Anlaufstelle für die Studierenden in allen Fragen der Gesundheit sind. Der Leiter der AG biomedizinische Grundlagen und Bevölkerungsmedizin verbrachte einige Jahre in den Vereinten Staaten und gewann dort einen Einblick in die Möglichkeiten, die eine Gesundheitsberatung auf dem Campus eröffnet. Mit dem Ruf an die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld wurde gleichzeitig das Gesundheitslabor gegründet. Die offizielle Inbetriebnahme erfolgte im Wintersemester 1996/1997.

Die Universitätsleitung unterstützte das Projekt und schaffte so die Voraussetzungen bevölkerungsmedizinische Forschung mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention für Studierende umsetzen zu können (Simm, 1996). Das Gesundheitslabor selbst versteht sich als Projekt im gesundheitswissenschaftlichen Praxis-

feld. Es ist eine infrastrukturelle Maßnahme zur Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld.

Zu den Zielen des Gesundheitslabors zählt die Verknüpfung von Forschungsansätzen mit einem Informations- und Serviceangebot für Studierende. Im Rahmen einer Bottom-up Forschung zählt die Einrichtung die Erhebung gesundheitsbezogener Daten der Studierenden zu seinen Aufgaben. Gesundheitsprobleme in der Population der Studierenden sollen identifiziert und an den spezifischen Ressourcen der Zielgruppe orientierte Präventionsansätze entwickelt und evaluiert werden. Übergeordnete Ziele des zeitweise bestehenden Beratungs- und Kursangebotes bestanden deshalb auch darin, zielgruppenspezifisch im Sozialisationsraum Hochschule über individuelles Gesundheitsverhalten zu informieren. Zudem sollten körperliche Risiken frühzeitig erkannt sowie Perspektiven in kritischen Situationen aufgezeigt werden. Im Sinne der Ottawa-Charta soll die persönliche Kompetenz der Studierenden im Umgang mit Gesundheit gestärkt werden. Das Gesundheitslabor besteht aus verschiedenen Räumen, die den unterschiedlichen Funktionen des Gesundheitslabors dienen und entsprechend ausgestattet sind. Zu den Aktivitäten des Gesundheitslabors ist an erster Stelle der *Gesundheitssurvey für Studierende* zu nennen (vgl. 2.1.3 Studien zur Gesundheit von Studierenden). Für dieses erste große und auch heute noch weitergeführte Projekt, entwickelte das Forscherteam ein Erhebungsinstrument, um u. a. den Bedarf für Gesundheitsförderung der Zielgruppe zu eruieren. Das Gesundheitslabor bot die Möglichkeit biomedizinische Daten zu erheben. Der Bielefelder Gesundheitssurvey zeigte, dass 40% der Studierenden Interesse an einer individuellen Beratung haben. Gewünscht wird diese Beratung zu den Themen Umgang mit Stress, gesunde Ernährung, sexuell übertragene Krankheiten und Ernährungsstörungen. An Gruppenangeboten fragten die Studierenden Entspannungstechniken, körperliche Aktivität und Fitness, Gymnastik, Stressmanagement und gesunde Ernährung nach (Stock et al., 1997). Basierend auf diesen Ergebnissen und der Förderung⁵, welche dem Gesundheitslabor zu seinem Start gewährt wurde, entwickelte das Laborteam ein breit gefächertes *Beratungs- und Kursprogramm*. Zu festgelegten Zeiten wurden Beratungen zu verschiedenen Schwerpunkten angeboten. Das Programmangebot für das Wintersemester 1996/1997 enthielt Beratungsangebote zu den folgenden Themenfeldern: allgemeine Gesundheit, Umgang mit Suchtmitteln,

⁵ Zur Vorbereitung des Aufbaus einer Gesundheitsberatungsstelle stockte das Rektorat die Mittel einer Krankenkasse zu einer vollen Mitarbeiterstelle auf. Im ersten Jahr konnte mit diesen Mitteln eine Allgemeinmedizinerin eingestellt werden.

umweltorientierte Gesundheitsberatung, Männersprechstunde sowie Ess-Störungen. Darüber hinaus konnten, in Kooperation mit einer Krankenkasse und dem universitätseigenen Fitnessstudio, insgesamt 11 kursorientierte Bewegungsmaßnahmen angeboten werden. Die durchgeführte Evaluation dokumentierte, dass die Studierenden das gesundheitsfördernde Angebot gut angenommen haben. Ein besonderer Interessenschwerpunkt lag bei den Themen ausgewogene Ernährung, Fitness und Bewegung sowie Umgang mit Stress. Im Bereich Umwelt und Gesundheit stand der Wohnbereich im Mittelpunkt des Interesses. Es stellte sich heraus, dass die Gesundheitsberatung für Studierende eine sinnvolle Ergänzung zur Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte und durch das öffentliche Gesundheitswesen, besonders in Hinblick auf den Informationsbedarf im präventiv-medizinischen Bereich, ist (Meier, 2001). Dieses reichhaltige Angebot der Anfangsjahre konnte in den Folgejahren nicht aufrechterhalten werden. Je nach personeller Ausstattung der Arbeitsgruppe wurden Beratungen von den wissenschaftlichen Mitarbeitern übernommen. So boten zwei Allgemeinmediziner im Wintersemester 2001/2002 Gesundheitsberatung an und im Zeitraum Wintersemester 2004/2005 bestand die Möglichkeit einer Rückensprechstunde durch einen Physiotherapeuten.

Der Bielefelder Gesundheitssurvey zeigte weiterhin, dass die Hälfte der Studierenden sich durch den Rauch in der Halle gestört fühlte. Ein Großteil wünschte sich eine Ausweitung des Nichtraucherschutzes (Allgöwer, 2000) So machte sich das Team des Gesundheitslabors von Anfang an für den Nichtraucherschutz stark. U. a. entwickelten sie ein *Manual zur Raucherentwöhnung* und boten während der Beratungszeiten Einzelberatungen an. Diese Tradition wurde im Rahmen von durch Drittmittel finanzierten Forschungsprojekten im Zeitraum SS 2003 - SS 2006 in Form von Gruppenberatungen wieder aufgenommen.

Neben dem Gesundheitssurvey stellen Gesundheitszirkel (vgl. 2.3 Gesundheitszirkel) eine weitere Möglichkeit dar, qualitative Informationen über die Gesundheitsbedürfnisse von Studierenden zu erhalten. Außerdem besteht bei diesem Forschungsansatz gleichzeitig die Möglichkeit Veränderungsprozesse anzustoßen. Das in dieser Arbeit vorgestellt „*Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende*“ (vgl.3.1 Das Modellprojekt “Gesundheitszirkel für Studierende“) ist deshalb ebenfalls zu den Projekten des Gesundheitslabors zu zählen.

Aufbauend auf dem Erhebungsinstrument des Surveys erarbeitet das „*Profile Projekt*“ die Möglichkeiten einer allgemeinen computergestützten Gesundheitsprofilierung und -beratung für weitere Zielgruppen.

Neben *weiteren Forschungsprojekten* im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (*Helicobacter Pylori*) und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (Schuleingangsuntersuchungen) steht das Labor für *Begehungen* und Demonstrationen von Untersuchungstechniken *im Rahmen von Lehrveranstaltungen* zur Verfügung. Darüber hinaus beteiligt sich das Gesundheitslaborteam an *Gesundheitstagen* innerhalb und außerhalb der Hochschule.

2.3 Gesundheitszirkel

2.3.1 Das Konzept der Gesundheitszirkel

2.3.1.1 Einführung

Unter der Bezeichnung Gesundheitszirkel finden sich heutzutage unterschiedliche Struktur- und Prozesskonzepte. Es handelt sich dabei zumeist um ergebnisorientierte Projektgruppen mit zeitlich und inhaltlich begrenztem Auftrag.

Konkretes Ziel der Gesundheitszirkel ist es, das Erfahrungswissen der Beschäftigten über gesundheitsbezogene Belange ihres Arbeitsplatzes zu nutzen und sie eigenverantwortlich in die Problemlösung und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen einzubeziehen. "Eigenverantwortlich" bedeutet jedoch nicht, dass auf professionelle Beratung verzichtet wird. Dass beispielsweise die Verantwortung der Leitung für den Arbeitsschutz außer Acht gelassen wird. Vielmehr gilt es, die Beschäftigten als Experten und Handelnde einzubeziehen. Der Gesundheitszirkel trägt so zur Ausfüllung des Arbeitsschutzes im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes und zu seiner Ergänzung bei (Müller, 1994).

Entstanden sind die Gesundheitszirkel, als sich die Arbeitsbedingungen im Zeitalter der Dienstleistungsgesellschaft veränderten. Zunächst fehlten Möglichkeiten, auf das veränderte Krankheitspanorama der arbeitenden Bevölkerung einzuwirken. Um diesem komplexen Auftrag gerecht zu werden, mussten neue Verfahren geschaffen werden (Slesina et al., 1998).

Die Möglichkeiten hierzu eröffnete u. a. das Förderprogramm zur Humanisierung des Arbeitslebens, das in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts aufgelegt wurde. Neue Konzepte sollten sich an Interdisziplinarität, Partizipation, Ganzheitlichkeit, Transparenz und Verstetigung orientieren. Anknüpfend an bereits bestehende Verfahren wie den Qualitätszirkel oder den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess entstand die Idee der Gesundheitszirkel.

Das übergeordnete Ziel, welches Gesundheitszirkel verfolgen, sind gesunde Unternehmen – nicht nur im Sinne des Gesundheitszustandes der Belegschaft, sondern auch in wirtschaftlicher Hinsicht. So kann sich die Philosophie eines Unternehmens unter anderem in einem Gesundheitszirkel ausdrücken (Rudow, 2004).

Viele Betriebe nutzen Gesundheitszirkel gezielt als Instrument. So findet er seinen Einsatz in der Organisationsentwicklung (Rudow, 2004; Schumann, 2004; Ducki et

al., 1998) oder in der Personalentwicklung (Schumann, 2004; Friczewski, 1994; Westermayer und Bähr, 1994). In einigen Fällen kommt ein Zirkel auch im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zur Anwendung (Schumann, 2004). Das Konzept der Gesundheitszirkel zeichnet sich dadurch aus, dass die Vertreter der Zielgruppe, die Mitarbeiter, in Überlegungen zur Gesundheitsförderung aktiv einbezogen werden. Der Arbeitnehmer wurde somit aus seiner passiven Rolle als zu schützendes und zu rehabilitierendes Objekt herausgeholt (Badura et al., 1994). So gelten heutzutage Gesundheitszirkel in Deutschland als Erfolgsmodell für die Verwirklichung von Mitarbeiterpartizipation innerhalb der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch das Europäische Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung hat das Zirkelkonzept mittlerweile auch in anderen europäischen Ländern Einzug gehalten (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2001). Die meisten Erfahrungen liegen im Bereich der Großbetriebe vor. In den letzten Jahren kamen Gesundheitszirkel zunehmend sowohl in kleinen und mittleren Unternehmen als auch im nicht betrieblichen Kontext zum Einsatz (vgl. 2.3.1.6.1 Erfahrungen mit dem Einsatz von Gesundheitszirkeln). Besondere Bekanntheit erlangten die beiden Pioniere, die in der Literatur nach ihrem Entstehungsort benannt wurden: der *Düsseldorfer Ansatz* und das *Berliner Modell*. Da sich diese beiden Konzepte sowohl in ihrer Zielsetzung als auch in ihrer Vorgehensweise deutlich unterscheiden, werden sie im Folgenden getrennt voneinander dargestellt.

2.3.1.2 Der Düsseldorfer Ansatz

Mit Unterstützung des Förderprogramms Humanisierung des Arbeitslebens entstand am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf der *Düsseldorfer Ansatz*. Die dortige intensive Beschäftigung mit dem Arbeitsschutzsystem der Bundesrepublik, seinen Erfolgen, aber auch seinem Weiterentwicklungsbedarf bildete hierfür die Grundlage. Ins Zentrum des Interesses rückte die Inzidenz und Progredienz chronisch-degenerativer sowie funktioneller Erkrankungen, da diese unter Erwerbstätigen eine hohe Prävalenz aufweisen. Diese galt es zu beeinflussen. Die Wissenschaftler gingen von der Auffassung aus, dass chronisch-degenerative und – funktionelle Erkrankungen als Aufgabe der Prävention zu wenig Beachtung im betrieblichen Gesundheitsschutz fanden. In diesem Zusammenhang entstand durch eine Forschungsgruppe um von Ferber und Slesina aus einer Studie zur Darstellung von Arbeitsbelastung und Krankheitsbelastung im Betrieb der Gesundheitsbericht. Dieser steht, wenn auch nicht zwingend, am Anfang des Gesundheitszirkel- Verfahrens.

Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Ansatz sind zeitlich befristete Projektgruppen, die verhältnisorientiert arbeiten. Das heißt, dass die Gestaltung des Arbeitsplatzes als wesentliche Komponente mit einbezogen wird. Durch eine heterogene Gruppenzusammensetzung werden alle am Gesundheitsschutz Beteiligten, einschließlich der Betroffenen, repräsentiert. Zentrum des Gesprächs ist das Erfahrungswissen der Beschäftigten. Der Zirkel ist thematisch offen. Die Einzelthemen werden von den Zirkelteilnehmern festgelegt und folgen der Problempriorität der Betroffenen. Ziel der Zirkelarbeit sind praktische Verbesserungsvorschläge. Die Regeln für die Zusammenarbeit dienen einer gleichberechtigten Aussprache. Unter den Zirkelteilnehmern wird eine gemeinsame Sichtweise über änderungsbedürftige Arbeitsaspekte und deren Lösungen angestrebt (Slesina, 1994).

Vorgehensweise des Düsseldorfer Ansatzes

Der Ablauf kann schematisch in **vier Schritten** dargestellt werden:

Zunächst werden die beanspruchenden, änderungsbedürftigen Arbeitsaspekte von den Beschäftigten erörtert. Es folgt eine schriftliche Befragung aller Beschäftigten. In dieser Befragung wird nach gesundheitlichen Beschwerden geforscht, die durch bestimmte Arbeitsanforderungen entstehen. Die Zusammenfassung der schriftlichen Befragung und eine vertiefende Erörterung im Zirkel bilden einen weiteren Schritt. Den Abschluss bildet die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten. Aufgabe des Moderators in diesem Verfahren ist es, der Sichtweise der Beschäftigten über Arbeitsbelastungen und Änderungsvorstellungen zur Darstellung zu verhelfen. Hierfür ist eine unbedingte Neutralität gegenüber allen Parteien unabdingbar. Der Moderator ist für die Vorbereitung und die Durchführung des Verfahrens zuständig, um so die sozialen Rahmenbedingungen für eine offene Problemanalyse und Änderungsdiskussion zu schaffen (Slesina, 1987; Slesina et al., 1998).

2.3.1.3 Das Berliner Modell

Das Berliner Gesundheitszirkelprojekt ist durch das Bestreben des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung in zwei Werken der Volkswagen – AG ins Leben gerufen und wissenschaftlich begleitet worden. Die Technische Universität Berlin nahm sich, auf der Basis eines sozialökonomischen Theorieansatzes, der weiteren Entwicklung an. Der hier entstandene Ansatz, der als „Berliner Modell“ bekannt geworden ist, definiert innerbetriebliche Kommunikationsstörungen als Grundproblem, die es verhindern gesundheitliche

Beeinträchtigungen für Beschäftigte abzubauen. Das Berliner Modell geht davon aus, dass sowohl das notwendige „Expertenwissen“ als auch Erfahrungswissen der Beschäftigten vorhanden ist, aber nicht zusammenfindet. Gesundheitszirkel in diesem Sinne sind ein Instrument, um einen Dialog zwischen diesen unterschiedlichen Parteien zu initiieren.

Durch die ausgeprägte kommunikative Ausrichtung des Berliner Ansatzes wird von folgenden Grundannahmen ausgegangen: Nicht allein physische Arbeitsbedingungen können gesundheitsgefährdend wirken, auch psychische Faktoren sind von Bedeutung. Beispielsweise die mangelnde Chance zur Entwicklung von Selbstwertgefühl in der Arbeit. Es ist hierbei von Bedeutung, dass beide Ebenen miteinander verwoben sind und nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können. Eine solche ungeteilte Betrachtungsweise steht im Allgemeinen im Gegensatz zur linearen Denkweise der Beteiligten. Dies führt häufig zu Blockaden, arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen in einer ungeteilten Sicht zu betrachten. Objektive Gründe für diese Blockaden sind die auf zentrale Kontrolle ausgerichteten, tendenziell kommunikationsfeindlichen Organisationsstrukturen der Betriebe. Subjektive Gründe sind die unterschiedlichsten begründeten und/oder unbegründeten Ängste vor direkter, offener Kommunikation.

Gesundheitszirkel nach dem Berliner Modell haben nicht nur die Aufgabe materielle Lösungsvorschläge zu erarbeiten, sondern Kommunikationsstörungen aufzuspüren und zu transformieren (Friczewski, 1994).

Vorgehensweise des Berliner Modells

Da die Beteiligten einer neuen Sicht- und Arbeitsweise begegnen, teilt sich der Prozess in eine **Basis-** und eine **Umsetzungsphase**.

In der Basisphase macht eine Einführungsveranstaltung die Beschäftigten mit den Zielen und Grundgedanken des Vorhabens vertraut. Ebenso findet ein Basis-Seminar für die Führungsebene statt. Kerninstrument ist der Mitarbeiterzirkel. Ziel ist es, einen Problemkatalog zu erstellen, der sich von einer Mängelliste dahingehend unterscheidet, dass er versucht, die Dinge in ihren Zusammenhängen zu sehen. Er kann auch erste Lösungsvorschläge enthalten.

In der Umsetzungsphase findet ein gemischter Zirkel statt, in dem die Beschäftigten die Möglichkeit haben, die Ergebnisse aus dem ersten Zirkel zu präsentieren. Aufgrund der Vorarbeit kann schnell zur Sacharbeit übergegangen und Lösungen ausgearbeitet werden. Ziel der Umsetzungsprojekte ist es, einen kontinuierlichen ergo-

nomischen sowie kommunikativen Verbesserungsprozess in Gang zu setzen. Die Beschäftigten sollen aus ihrer passiven Haltung/Resignation herausgeführt werden, um aktiv gesundheitsgerechte Verhaltensweisen am Arbeitsplatz zu entwickeln (Friczewski et al., 1990; Brandenburg, 1990).

2.3.1.4 Weiterentwicklung von Gesundheitszirkeln und Abgrenzung zu anderen Gruppendiskussionsverfahren

Wie oben schon beschrieben wurde, existieren heutzutage in der Praxis eine Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitszirkelkonzepte. In letzter Zeit setzt sich mehr und mehr eine salutogene Sichtweise im Zirkelgeschehen durch, in dem nicht mehr nur nach Belastungen gefragt wird, sondern auch die Ressourcen herausgearbeitet und gestärkt werden. Im Internet findet sich eine Vielzahl an Seiten für Deutschland (z.B. www.sozialnetz-hessen.de, www.gesamet.de, www.bkk.de) oder das deutschsprachige Ausland (www.netzwerk-bfg.at, www.fitimjob-magazin.ch, www.healthhospitals.ch), die sich dem Thema widmen. Die Unterschiede im Vorgehen sind marginal und die Gemeinsamkeiten überwiegen deutlich.

Neben dem Gesundheitszirkelansatz existieren weitere partizipative Ansätze wie Fokusgruppen, Arbeitssituationsanalysen und die TK-Gesundheitswerkstatt.

Eine spezielle Form der moderierten Gruppendiskussion sind Fokusgruppen. Dieses Instrument der qualitativen empirischen Sozialforschung wurde bereits in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt (Friedrichs, 1973). Diese explorative Methode wird eingesetzt, um bislang unbekannte und neue Einsichten zu erhalten. So können konkrete Hinweise auf Probleme und Defizite in bestimmten Bereichen einer Organisation aufgedeckt werden. Oft wird das Instrument eingesetzt, um Untersuchungen mit standardisierten Methoden vorzubereiten oder zu ergänzen. Anhand eines vorgegebenen Themas (=Fokus) erfolgt die Gewinnung der Daten durch die Interaktion der Gruppenmitglieder. Eine kleinere Gruppe diskutiert unter Anleitung eines Moderators bis zu zwei Stunden eine Fragestellung, wobei die Beteiligten ihre alltäglichen Erfahrungen zum Thema einbringen. Die Ergebnisse beruhen auf dem Austausch der Erfahrungen der Gruppenmitglieder. Ziel einer Fokusgruppe ist es, qualitative Daten zu erheben. Ein großer Vorteil des Verfahrens ist es, dass es leicht durchzuführen ist, und ohne großen organisatorischen oder finanziellen Aufwand zu aussagefähigen Ergebnissen führt. Allerdings werden bei dieser Methode keine Entscheidungen gefällt oder Probleme gelöst (Michel, 2007). Die zeitnahe Rückmeldung der Ergebnisse an Entscheidungsträger begünstigt eine schnelle Umsetzung (Walter,

2003). Ein bedeutsamer Unterschied zu den Gesundheitszirkeln ist die Tatsache, dass Fokusgruppen nur Ergebnisse zur Situationsanalyse beitragen, aber keine Lösungsvorschläge entwickeln.

Das Instrument der Arbeitssituationsanalyse ist eine qualitative Mitarbeiterbefragung. Mit ausgewählten Mitarbeitern werden im Rahmen von strukturierten und moderierten Gruppenbefragungen und -diskussionen gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter ermittelt und konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse entwickelt. Unter einer möglichst externen Moderation arbeiten Gruppen von acht bis fünfzehn Teilnehmer 2,5 Stunden an der Herausarbeitung von gesundheitsfördernden und motivierenden sowie belastenden Faktoren der Arbeitssituation und realisierbaren Verbesserungsvorschlägen (Baumeister, 2003).

Die TK-Gesundheitswerkstatt verbindet verschiedene Ansätze miteinander. So enthält sie neben der oben bereits vorgestellten Arbeitssituationsanalyse, Elemente einer „Zukunftswerkstatt“ und der systemischen Organisationsberatung und darüber hinaus eine Phantasiereise. In einer strukturierten Diskussion werden sowohl Ressourcen als auch Problempunkte benannt und nach der Phantasiereise Veränderungsvorschläge entwickelt. Aufgabe der Phantasiereise ist es dabei zum einen kreative und zum anderen konkrete Vorstellungen über notwendige Veränderungen zu entwickeln. Zudem steigert sie die Motivation. Ebenso wie in Gesundheitszirkeln ist bei diesem Verfahren die Transparenz der Vorgänge durch einen guten Informationsfluss wichtig. Nicht die zeitnahe Umsetzung aller Vorschläge ist für den Erfolg der Maßnahme wichtig, sondern der zeitnahe Beginn der Umsetzungen und die Information darüber (Dann und Steinke, 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Gruppendiskussionsverfahren qualitative Ansätze darstellen. Alle vorgestellten Verfahren sind geeignete Analyseverfahren für gesundheitliche Aspekte der Arbeitssituation bzw. die Analyse von Ursachen für eine nicht zufriedenstellende und damit krankheitsfördernde Arbeitssituation. Der Erfolg der Maßnahmen ist letztendlich abhängig von dem Veränderungswillen des Unternehmens. Ein bestehendes oder im Aufbau befindliches Gesundheitsmanagement kann bei der Umsetzung der Vorschläge unterstützend wirken. Gemeinsames Merkmal ist weiterhin die Partizipation, die dazu beiträgt Akzeptanz für Veränderungen zu schaffen. Darüber hinaus stärkt die Partizipation die innerbetriebliche Kommunikation. Bis auf die Fokusgruppen entwickeln alle Verfahren konkrete Änderungsvorschläge.

Weiter Unterschiede finden sich in der zeitlichen Gestaltung. Fokusgruppen, Arbeits-

situationsanalysen sowie die TK-Gesundheitswerkstatt finden im Wesentlichen an einem Tag statt. Die einzelnen Sitzungen zusammengezählt benötigt ein Gesundheitszirkel nicht wesentlich mehr Zeit, er erstreckt sich aber über einen längeren Zeitraum, wobei die einzelnen Arbeitsschritte deutlich kürzer sind als bei den anderen Verfahren und deshalb eher in Betriebsabläufe integriert werden können. Das Vorgehen mit kürzeren Terminen über einen längeren Zeitraum ermöglicht darüber hinaus Rückmeldungen von Personen, die nicht direkt am Zirkelgeschehen beteiligt sind. Somit wird die Akzeptanz für Veränderungen und die Möglichkeit der Partizipation über die Teilnehmenden hinaus weiteren Personenkreisen ermöglicht. Da zwischen den einzelnen Arbeitsschritten in der Regel zwei Wochen vergehen ist die Reflexion und somit die Bearbeitung der Themen intensiver. Darüber hinaus erleben die Beteiligten noch während des Zirkelprozesses die Umsetzung (wenigstens eines Teils) der Themen, was die Zufriedenheit erhöht⁶.

Eine Handreichung zum Thema Gesundheitsförderung im Setting Hochschule für Gesundheitsexperten bewertet den Gesundheitszirkel als „sehr gut geeignet“. Fokusgruppen werden als „gut geeignet“ eingeschätzt und die Arbeitssituationsanalyse erhielt die Bewertung „je nach Umsetzung gut geeignet“⁷ (Hartmann und Siebert, 2006).

2.3.1.5 Wichtige Aspekte bei der Durchführung eines Gesundheitszirkels

Eine qualitative Expertenbefragung zur Qualitätssicherung in der Zirkelarbeit hat ergeben, dass der Erfolg eines Gesundheitszirkels direkt von verschiedenen Faktoren abhängig ist:

- der Einstellung der Beteiligten
- dem zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheit
- dem Qualifikationsgrad der Betriebsleitung, der Entscheider und der fachlichen Schlüsselpersonen in der Organisation
- der Vorarbeit
- dem Einsatz externer Experten
- einer stringenten Projektsteuerung
- dem Rollen- und Handlungskompetenzen der Moderation

⁶ In dem im Folgenden vorzustellenden Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“ wurde aufgrund der Größe des Projektes eine andere Vorgehensweise gewählt.

⁷ Die TK-Werkstatt wird in diesem von der TK herausgegebenen Handreichung ebenfalls vorgestellt, ist aber in der Bewertung nicht enthalten.

Die Studie stellte fest, dass diese Faktoren in der Vergangenheit oft nicht ausreichend beachtet worden waren (Zlotos, 2002).

Um einen Gesundheitszirkel erfolgreich durchführen zu können, sollten deshalb die meisten der folgenden Aspekte Beachtung finden:

Einbettung des Gesundheitszirkels in die Organisation

Ein Ziel von Gesundheitszirkeln ist die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention (Ducki et al., 1998). Wenn mit diesem Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters als auch die Organisation verändert werden soll, muss der Zirkel in die Strukturen eingefügt werden. Eine weitere Voraussetzung für den Erfolg ist die Einbindung in die Managementprozesse (Badura et al., 1999). Weiterhin ist die Unterstützung durch betriebliche Schlüsselpersonen ein zentraler Faktor (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Ein Gesundheitszirkel kann letztendlich nur mit Zustimmung der Leitung erfolgen. Zudem ist es für die teilnehmenden Mitarbeiter und die hinzugezogenen Experten wichtig, dass das Engagement während und besonders am Ende des Gesundheitszirkels in angemessener Weise von der Leitung gewürdigt wird (Rudow, 2004).

Zusammensetzung der Zirkel

Die Zirkel sollten aus 8 bis 12 Personen bestehen. Ein Zusammentreffen unterschiedlicher Funktionsträger sollte angestrebt werden. Zumeist nehmen aber mehrheitlich Mitarbeiter aus dem Bereich, in dem der Gesundheitszirkel stattfindet, teil.

In vielen Fällen ist es sinnvoll, die Interessenvertreter von Mitarbeitern wie Betriebs- oder Personalräte, die zudem oft intime Kenner der Arbeitsverhältnisse sind, mit einzubeziehen. Die letztgenannte Teilnehmergruppe kann dabei in einer Doppelfunktion agieren. Indem sie zum einen direkt im Gesundheitszirkel vertreten ist und zum anderen als Ansprechpartner und Berater fungiert. Insbesondere bei der Realisierung von Vorschlägen in die Praxis können Betriebs- oder Personalräte unterstützend wirken.

Die Hinzuziehung interner Experten ist ebenfalls hilfreich. Als interne Experten können Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte, ebenfalls in beratender Funktion, zu einem Zirkel hinzugezogen werden. Sie beraten die Gruppe oder die Moderation bei speziellen Problemen, sie können eine Verbindung zwischen Unternehmensleitung und dem Gesundheitszirkel herstellen und/oder transformieren die Unterneh-

mensphilosophie in den Zirkel. Auch diese Personengruppe kann bei der Vorbereitung, Durchführung und vor allem der Umsetzung der Lösungsvorschläge eines Gesundheitszirkels katalysierend wirken. Zudem können interne Experten, wie die Betriebs- und Personalräte zwischen der Unternehmensleitung und der Gruppe vermitteln und sind Ansprechpartner sowohl für die Unternehmensleitung als auch für die Moderation.

Die Einbeziehung eines externen Experten kann Sinn machen, wenn ansonsten Fachwissen fehlen würde.

Bei der Zusammensetzung des Zirkels ist es wichtig, auf die jeweiligen Bedürfnisse vor Ort einzugehen. Drei Strukturmodelle haben sich als erfolgreich bewährt:

- *Belegschaftsintern*: Dieses Konzept dient Gruppen mit homogenen Arbeitsplätzen bzw. Belastungen zur Verständigung über Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit der Arbeitsverrichtung. Zirkel dieser Art können die individuellen Gesundheitskompetenzen stärken und eine gemeinsame Gesundheitsbewegung fördern.
- *Hierarchiegruppenhomogen*: Diese Variante erscheint angezeigt, wenn es in der Zirkelarbeit darum gehen soll, einen Verständigungsprozess unter den unmittelbar betroffenen Beschäftigten eines Arbeitsbereiches zu initiieren.
- *Hierarchiegruppenübergreifend*: In diesem Typ sind neben den unmittelbar betroffenen Beschäftigten auch Vorgesetzte unterschiedlicher Hierarchiestufen vertreten (Priester, 1998).

Ablauf

Der typische Ablauf eines Gesundheitszirkels lässt sich folgendermaßen skizzieren: Vorbereitung zum Beispiel durch einen Arbeitskreis Gesundheit, Sammlung von Daten (u. a. Befragungen), Darstellung der Befragungsergebnisse, Diskussion der Befragungsergebnisse im Zirkel, Benennung konkreter Änderungsvorschläge, Prüfung der Vorschläge und Bewertung des Verlaufs und der Ergebnisse der Gesundheitszirkelarbeit (Slesina, 2001a).

Realistische Erwartungshaltung

Von Gesundheitszirkeln sollten am Anfang keine zu großen Erfolge erwartet werden. Auch von Gesundheitszirkeln dürfen keine Wunder erwartet werden (Steuer, 1994).

Rahmenbedingungen

Es ist wichtig, von Beginn an mit klaren Vorgaben zum formalen Ablauf des Zirkels zu arbeiten. Eine zeitliche Befristung der Zirkelarbeit fördert zum einen die Ergebnisorientierung, zum anderen erleichtert dies allen Beschäftigten die Entscheidung zur Teilnahme.

Moderation

Unter Moderation wird die zielorientierte Steuerung einer Konferenz/Besprechung verstanden, so dass ein konkretes Ergebnis erreicht wird, dem möglichst alle zustimmen und das Folgen hat (Buer, 1999).

Vor diesem Hintergrund hat die Moderation im Gesundheitszirkel eine Schlüsselrolle, wobei sie verschiedene Aufgaben erfüllt. Sie überwacht die Beachtung der von der Gruppe festgelegten Regeln, ist zuständig für das schrittweise Vorgehen in der Zirkelarbeit und stimmt die Arbeitsweise mit dem Zirkel ab. Dabei wendet sie Moderationstechniken an und nimmt Einfluss auf gruppenspezifische Prozesse. Die Moderation hält Kontakt zu den internen und externen Experten und - bei Bedarf - zur Unternehmensleitung.

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, sollte die Moderation über fachliche und soziale Autorität sowie über rhetorische Fähigkeiten, insbesondere Gesprächsführungskompetenzen verfügen. Weiterhin sollte die Moderation soziale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, Urteilsfähigkeit und Konfliktmanagement besitzen und sie sollte eine wahrgenommene Neutralität pflegen.

Bereits im Vorfeld eines Gesundheitszirkels beginnt die Arbeit der Moderation. Sie überwacht die Zusammensetzung der Gruppe. Neben den unter Punkt *Zusammensetzung der Zirkel* aufgeführten Aspekten auch unter den Blickwinkeln Gender und Migration. Die Moderation wirbt um Akzeptanz und trägt somit zum Angstabbau bei. Sie legt die Rahmenbedingungen fest, schlägt Spielregeln zur Zusammenarbeit (vgl. *Kommunikationsregeln* und *Visualisierungsregeln*) vor und schafft eine hilfreiche Atmosphäre. Sie erarbeitet Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung und dokumentiert im Vorfeld die Erwartungen, Ziele und Hoffnungen der Beteiligten.

Während der Zirkelarbeit unterstreicht die Moderation das „Expertenwissen“ (=Erfahrungswissen) der Teilnehmer, ist Berater und Beobachter zugleich. Mit der Diskussionsleitung befähigt die Moderation die Gruppe zum Freisetzen von Ideen, zur Spontaneität und Kreativität. Problemsammlung, -visualisierung und -analyse, Sammlung und Bewertung von Verbesserungsvorschlägen und die Prioritätensetzung gehören zu den weiteren zentralen Aufgaben in dieser Phase. Dies alles ge-

schieht vor dem Hintergrund einer richtigen Kommunikation zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen unter Beachtung der inhaltlichen und emotionalen Ebenen. Die Moderation kommuniziert die Ergebnisse und ist für die Evaluation verantwortlich (Schröer et al., 1997).

Die Moderation sollte durch einen *internen* und einen *externen Moderator* getragen werden. Für den Einsatz des *internen Moderators* spricht, dass dieser über interne Informationen über das Unternehmen verfügt. Hierzu gehören detaillierte Kenntnisse über die Aufbau- und Ablauforganisation sowie über bestehende Problem- oder Konfliktbereiche. Darüber hinaus kennt er die teilnehmenden Personen. Ein Vertrauensverhältnis besteht unter Umständen schon im Vorfeld der Zirkelarbeit. Da er immer im Unternehmen anwesend ist, besteht für ihn die Möglichkeit, schnell auf auftretende Probleme oder Unstimmigkeiten Einfluss zu nehmen.

Der *externe Moderator* sollte über ein umfangreiches Expertenwissen verfügen. Diese Expertenautorität ist hilfreich bei der zielgerichteten Arbeit im Zirkel. Der externe Moderator steht außen vor, er ist nicht in die Strukturen des Unternehmens eingebunden und somit unvoreingenommen. Er kann den thematisierten Problemen sachdistanziert gegenüber treten (Rudow, 2004).

Kommunikationsregeln

Die Arbeit in einem Zirkel zur Identifikation von Problemen und Formulierung von Lösungsmöglichkeiten setzt ein gewisses Mindestmaß an Verständigungs- und Kompromissbereitschaft voraus. Deshalb und um die Kommunikationsverhältnisse innerhalb des Zirkels demokratischer zu gestalten, haben sich Verfahrens- und Umgangsregeln etabliert. Die Regeln sind einvernehmlich zwischen den Moderatoren und den Teilnehmern festzulegen. Die Einhaltung dieser Regeln gehört, wie oben schon ausgeführt, zu den Aufgaben der Moderation. Die folgende Sammlung von Schröer et al. (1997) ist beispielhaft für mögliche Regeln eines Gesundheitszirkels

- Jeder ist Experte und zwar jeder auf seinem Gebiet
Die Grundannahme eines jeden Gesundheitszirkels ist es, dass jeder Teilnehmer Experte auf seinem Gebiet ist. Diesen Expertenstatus gilt es von Seiten der Moderation immer wieder zu unterstreichen.
- Jeder soll seine Meinung frei äußern und ausreden können
Der Gesundheitszirkel sollte ein Forum sein, das eine von Vertrauen und gegenseitiger Achtung geprägte offene, kommunikative Atmosphäre gewährleistet.

- Meinungen sollen nicht der Person angelastet werden
- Die Diskussion soll beim Thema bleiben und nicht auf andere Punkte ausufern
Von einem Gesundheitszirkel werden konkrete Ergebnisse erwartet. Deshalb hat die Arbeit zielorientiert zu erfolgen.
- Abweichende Meinungen sollten begründet werden
Um Blockadehaltungen zu erschweren, sollen Meinungen, die denen der anderen Teilnehmer entgegenstehen, begründet werden.
- Nicht alle geäußerten Meinungen und Vorschläge können verwirklicht werden
Den Teilnehmern muss von Beginn an deutlich gemacht werden, dass durch die Arbeit im Gesundheitszirkel nicht die ganze Arbeitswelt verändert werden kann. Bei der Entwicklung von Veränderungsvorschlägen, sollten immer die Grenzen des Machbaren Beachtung finden.
- Er geht darum gemeinsame Vorschläge zu erarbeiten
Gemeinsam gefasste Vorschläge haben größere Chancen umgesetzt zu werden. Deshalb sollte die Diskussion möglichst konsensorientiert geführt werden und wo es möglich ist auf Einstimmigkeit abzielen.
- Wer mitarbeitet, sollte regelmäßig teilnehmen
Fehlende Teilnehmer können die Weiterarbeit stoppen und die Motivation der Teilnehmenden vermindern, wohingegen eine kontinuierliche Teilnahme zielorientiertes und effektives Arbeiten fördert.
- Die Moderation nimmt keine inhaltliche Stellung. Sie sorgt für den Diskussionsablauf
- Die Redebeiträge sollten 1 Minute nicht überschreiten
Die Begrenzung der Redezeit dient dazu ausufernde Diskussionen zu vermeiden.

Visualisierungsregeln

Neben den Absprachen, welche die mündliche Kommunikation regeln (s. o.), sollten auch Regeln für die Visualisierung von Themen besprochen werden. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die Gruppe noch keine Erfahrungen mit der verwendeten Moderationstechnik sammeln konnte.

Themenwahl

Gesundheitszirkel sollten erst einmal thematisch offen sein. Konkrete Arbeitsschwerpunkte werden von den Zirkelmitgliedern erarbeitet. Diese Vorgehensweise fördert die Motivation der Teilnehmer (Steuer, 1994).

Transparenz

Transparenz löst Angst und schafft Sicherheit. Für den Erfolg von Gesundheitszirkeln ist es deshalb von entscheidender Bedeutung ob und wann die Belegschaft Kenntnis von den Arbeitsergebnissen erlangt. Deshalb ist ein kontinuierlicher Informationsfluss, indem in kürzeren Abständen von Ergebnissen der Zirkelarbeit berichtet wird, einem Abschlußbericht vorzuziehen (Priester, 1998). Eine Vorstellung von Detailergebnissen ermöglicht es der Belegschaft, die Umsetzung von Vorschlägen zu kontrollieren.

Trichterung von Arbeitsergebnissen

Wie weiter oben schon ausgeführt wurde, ist es wichtig, Frustrationen bei den Teilnehmenden vorzubeugen, indem keine zu hohe Erwartungshaltung aufgebaut wird. Dazu zählt die Erfahrung, dass nicht alle beschriebenen Belastungen in Vorschläge münden müssen und nicht alle entwickelten Vorschläge umgesetzt werden. Das Verfahren gleicht eher einem Trichter. Erfahrungsgemäß werden 100 belastende Situationen beschrieben, die dann zu 60 Kernaspekten zusammengefasst werden. Nach einer Problemauswahl, deren Schwerpunkt häufig auf der Herstellung des Gesundheitsbezuges liegt, verbleiben 30-40 Vorschläge von denen dann 10-25 realisiert werden (Georg, 2000).

Umsetzung der Vorschläge

Die aus der Zirkelarbeit hervorgegangenen Veränderungsvorschläge müssen praktisch umgesetzt werden. Anhand der Verwertung der Arbeitsergebnisse lässt sich ablesen, wie ernsthaft es der Betrieb mit dem Thema Gesundheitsförderung meint. Wichtig ist nach Priester, dass die erarbeiteten Vorschläge zum Aushandlungsgegenstand zwischen den Parteien werden und geklärt wird, welche Vorschläge wann umgesetzt werden (Priester, 1998).

Die Umsetzung der Vorschläge ist zugleich auch die Schwachstelle vieler Gesundheitszirkelprojekte. Die Umsetzung der Vorschläge ist von verschiedenen Faktoren abhängig, wobei das Engagement der Unternehmensleitung von wesentlicher Bedeutung ist. Doch auch der Einsatz der internen Experten sowie wirtschaftliche Ge-

sichtspunkte spielen eine wichtige Rolle. Weiterhin ist der Umsetzungsgrad der Vorschläge auch vom Engagement der Moderation, der beratenden Experten und der Teilnehmer selbst abhängig. Auch die Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft aller betroffenen Mitarbeiter ist wichtig (Rudow, 2004).

2.3.1.6 Gesundheitszirkel in der Praxis

2.3.1.6.1 Erfahrungen mit dem Einsatz von Gesundheitszirkeln

In den 90er Jahren kamen die oben vorgestellten Pionierkonzepte auch außerhalb der wissenschaftlichen Erprobung zur praktischen Anwendung. Es kamen aber auch Verfahren zum Einsatz, die beide Verfahren kombinierten (Okoniewski et al., 1993) oder die einzelne Elemente auf die jeweiligen Bedingungen anpassten, wie beispielsweise auf kleinbetriebliche Bedingungen (Weissinger und Knipp, 1994; Heberle, 1995)

Da Gesundheitszirkel Probleme aus der Arbeitswelt thematisieren, liegt die Annahme nahe, dass Arbeitgeber zunächst daran interessiert sind, diese Probleme möglichst nicht nach außen zu kommunizieren. Die Bereitschaft über einen statt gefundenen Gesundheitszirkel zu informieren, ist deshalb eher bei jenen Fällen zu vermuten, in denen die Zirkelarbeit zur Zufriedenheit aller Beteiligten abgelaufen ist. Zudem ist die Evaluation von Gesundheitszirkeln, wie später noch ausgeführt wird (vgl. 2.3.1.7 Evaluation von Gesundheitszirkeln), eine methodischer Herausforderung. Zudem existiert keine zentrale Stelle an der Gesundheitszirkelaktivitäten nachgehalten werden. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass über Gesundheitszirkel oft nur im Zusammenhang mit einer wissenschaftlichen Begleitung berichtet wird.

Die Schätzungen über die Anzahl von Gesundheitszirkeln in der Literatur stammen alle aus dem letzten Jahrhundert. In den ersten 10 Jahren (von der Entwicklung in den 80ern bis Mitte der 90er Jahre) zählte Slesina 300 abgeschlossene oder bestehende Gesundheitszirkelprojekte (Slesina, 1996). Eine andere Quelle nennt eine Zahl von 100 – 200 Unternehmen, die bis Ende der 90er Jahre Gesundheitszirkel einrichteten (Priester, 1998). Diese Zahlen sind eine grobe Schätzung. Hierin finden sich auch nur die Zirkel wieder, die sich Gesundheitszirkel nennen und das Konzept der Gesundheitszirkel anwenden. Hinzuzuzählen wären Zirkel, die als Arbeitsschutz-, Ergonomie-, Werkstatt-, Arbeitszufriedenheits-, Betriebsklima- oder Gesprächszirkel u. a. firmieren oder andere Ansätze verfolgen wie Sicherheitszirkel (Ritter und Zink, 1992), Firmenzirkel (Parlitz, 1995), Qualitätszirkel (Bungard, 1992) oder andere Ansätze (Bitzer, 1991). Dies geschieht zumeist aufgrund spezifischer Ziele, Ausgangs-

bedingungen oder Modifikationen. Anhand der vorhandenen Literatur ist jedoch nachzuvollziehen, dass Gesundheitszirkel immer mehr zum Einsatz kommen.

Erfahrungsberichte über die Struktur, Durchführung und Ergebnisse von Gesundheitszirkeln aus der Sicht der Moderation oder eines Beteiligten legte zu Beginn der 90er Jahre die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1992) vor. Die Veröffentlichung enthält eine Sammlung von Erfahrungsberichten über Gesundheitszirkel bei der Volkswagen AG (Brandenburg, 1992), der Deutschen Lufthansa (Morschhäuser, 1992) und der Mannesmann AG (Röbke, 1992).

Mitte der 90er Jahre veröffentlichten Westermayer und Bähr (1994) weitere Erfahrungsberichte in ihrem Buch über Betriebliche Gesundheitszirkel. Auch in dieser Publikation liegt der Fokus auf der industriellen Produktion. Betriebliche Gesundheitszirkel werden dort unter dem Blickwinkel betrachtet, dass wenn bestimmte Organisationsstrukturen individuell krank machen können, es auch gelingen muss, Gesundheit durch Veränderung eben dieser Arbeitsorganisationen zu erreichen (Hoefert, 1994). Dort werden die Erfahrungen der Firmen Volkswagen AG (Brandenburg, 1994), Hoesch-Rothe-Erde-AG (Klauk und Ridder, 1994), Schering (Peine, 1994), Opel Bochum (Müller, 1994), Lüneburger Eisenwerk (Flathmann et al., 1994) sowie ITT TEVES, Werk Gifhorn (Friczewski und Görres, 1994) vorgestellt.

Weitere Beispiele aus der Praxis finden sich in der Veröffentlichung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (1995). Dort finden sich Berichte über die Gestaltung von Arbeitsbedingungen durch Gesundheitszirkel in der Stahlindustrie (Panter, 1995) und ein Modell „Zukunftswerkstatt“ (Heberle, 1995).

In den letzten Jahren kamen Gesundheitszirkel vermehrt im nicht-industriellen Kontext zum Einsatz. Besonders ist hier der Dienstleistungssektor zu nennen, in dem Gesundheitszirkel in Krankenhäusern (Müller et al., 1997) oder Kindertagesstätten (Khan, 2005) durchgeführt wurden.

Alle diese Berichte aus der Praxis vermitteln überwiegend einen positiven Eindruck über die Qualität der Durchführung und die eingeleiteten Änderungsmaßnahmen. Diese zahlreichen Erfahrungsberichte, die den nachhaltigen Erfolg des Konzeptes herausstellen, können jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass bisher kaum empirische Untersuchungen vorliegen. Um diesen Missstand zu beheben, startete der BKK Bundesverband, der nach eigenen Angaben einer der größten Anbieter betrieblicher Gesundheitszirkel ist und jährlich ca. 15-20 Projekte realisiert, ein quantitatives Forschungsvorhaben. Mit einem eher repräsentativen Charakter wurden im Zeitraum 1994-1997 insgesamt 41 Zirkelprojekte evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das

Konzept der Gesundheitszirkel sich insgesamt als ein geeignetes Verfahren erwiesen hat, welches von den Betroffenen akzeptiert wird. Der Gesundheitszirkel ermöglicht es sowohl persönlichkeits- als auch verhaltensbezogene ebenso wie organisationsbezogene gesundheitsförderliche Veränderungen in der Arbeitswelt zu entwickeln und umzusetzen (Sochert, 1999).

Aufgrund der praktischen Erfahrungsberichte sowie der Forschungsergebnisse lassen sich die Wirkungsweisen und der mögliche Nutzen von Gesundheitszirkeln ausmachen. So bringen Gesundheitszirkel gegenüber traditionellen Instrumentarien neue Erkenntnisse über betriebliche und arbeitsplatzbezogene Belastungskonstellationen und deren gesundheitliche Bedeutung. Während der Arbeits- und Gesundheitsschutz sich mit sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Schwerpunkten befasst, umspannen Gesundheitszirkel ein breiteres Spektrum. Hier finden auch psychosoziale Belastungen und Kommunikationsstörungen u. ä. Berücksichtigung. Da häufig arbeitsorganisatorische Gestaltungsdefizite aufgedeckt werden, bilden Gesundheitszirkel quasi eine Schwachstellenanalyse nicht nur in Bezug auf Gesundheitsförderung, sondern auch in betriebswirtschaftlicher Hinsicht.

Die auf Basis der Schwachstellenanalyse erstellten Veränderungsvorschläge können zu einer Verringerung ergonomischer und psychosozialer Belastungen und somit zu einer Verringerung krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit führen. Gesundheitszirkel beinhalten aufgrund fester Regeln die für alle gelten, die Chance einer offenen, kommunikativen, sachbezogenen Arbeit, wobei kontroverse Diskussionen dem Ziel nicht entgegenstehen. Die innerbetriebliche Kommunikation, sowohl zwischen den Beschäftigten als auch hierarchieübergreifend, wird gefördert. Der Nutzen betrieblicher Gesundheitszirkel ist größer, je klarer von Beginn an Möglichkeiten und Grenzen sowie Reichweite und Aufgabenstellung der einzurichtenden Zirkel benannt werden (Priester, 1998). Somit hat sich das Konzept der Gesundheitszirkel in der Identifizierung von Belastungen und der Entwicklung von Lösungen als sehr produktiv erwiesen (Slesina, 2001a). Gesundheitszirkel stellen ein Instrument eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses dar, um Problemfelder und Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung abzustecken. Sie sind nicht mit diesem Prozess gleichzusetzen, sondern sollten sich vielmehr in einem systematischen Programm zur Gesundheitsförderung vollziehen.

2.3.1.6.2 Gesundheitszirkel im Setting Hochschule

Im Setting Hochschule finden sich für die Zielgruppe der nichtwissenschaftlich Be-

schäftigten Zirkelprojekte, die publiziert wurden. Die wesentlichen Vorgehensweisen sowie Ergebnisse werden in Anlehnung an Meier (2007) im Folgenden kurz skizziert.

Bibliothek

Bei einem Gesundheitszirkelprojekt in einer Hochschulbibliothek im Jahr 1996 handelte es sich um einen Bereich, von dem bekannt war, dass unterschiedliche Belastungen vorhanden waren. Beschäftigte, die an Ausleiharbeitsplätzen arbeiteten, Vertreter des Personalrats, Vertreter der Abteilung für Sicherheitswesen, Vertreter der Bibliotheksleitung, Vorgesetzte sowie der Betriebsarzt nahmen an 18 Sitzungen teil. Unterstützt wurde der Zirkel von einer Krankenkasse, die auch den Einsatz einer geschulten Moderation übernahm. Der Zirkel bearbeitete zwei unterschiedliche Themenbereiche. Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich führten die Teilnehmer auf die ergonomisch ungünstige Gestaltung der Arbeitsplätze zurück. Sie entwickelten Vorschläge für einen Arbeitsplatz, der über einen integrierten Steh- und Sitzarbeitsplatz mit höhenverstellbaren und schwenkbaren Plattformen verfügt. Nach Anschaffung und erfolgreicher Testphase eines solchen Modellarbeitsplatzes erfolgte nach und nach die Einführung an allen Ausleiharbeitsplätzen.

Psychosoziale Belastungen bildeten den zweiten Themenschwerpunkt. Kurzfristig umgesetzte Änderungsvorschläge betrafen das Betriebsklima und die Arbeitsorganisation. Vorschläge zur Führung und zur Informationspolitik verbesserten das Verhältnis der Mitarbeiter untereinander (Simm und Unnold, 2000).

Hochschulrechenzentrum

Am Zirkel in einem Hochschulrechenzentrum (HRZ), ein Bereich von dem bekannt war, dass gesundheitliche Belastungen bestanden, nahmen im Jahr 1996 Beschäftigte, die Leitung, Vertreter des Personalrates sowie nach Bedarf der Betriebsarzt teil.

In fünf⁸ Zirkelsitzungen bearbeiteten die Teilnehmer unter externer Moderation, die von einer Krankenkasse gestellt wurde, die Themen psychosoziale Arbeitsbelastungen und Wirbelsäulenprobleme. Es wurden Vorschläge zu den Bereichen Arbeitskli-

⁸ Zunächst waren 10 Zirkelsitzungen geplant. Da zum 01.01.1997 das Gesundheitsreformgesetz in Kraft trat, konnten nur die fünf Zirkeltreffen, die noch im Jahr 1996 realisiert wurden, durch die Krankenkasse finanziert werden. Diesem Umstand wurde aber von Seiten der Verantwortlichen keine direkte negative Auswirkung auf das Zirkelgeschehen zugeschrieben.

ma der Mitarbeiter untereinander sowie Vorgesetztenverhalten erarbeitet. Zu den umgesetzten Vorschlägen zählt die Einführung regelmäßiger Besprechungen für alle Mitarbeiter des HRZ. Dies führte zu einer Verkürzung der Informationswege und zu einer verbesserten Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen. Während ihrer Arbeitszeit testeten die Beschäftigten verschiedene Übungen für die Wirbelsäulen, u. a. an einer extra für diese Zwecke installierten Sprossenwand. Die so praxiserprobten Übungen mündeten in ein spezielles Übungsprogramm (Schäfers, 1997).

Mensa

Hintergrund für das im Jahr 1996 gestartete Zirkelprojekt waren hohe Krankenstände in einer dem Studentenwerk zugehörigen Mensa. Eine Erhebung der Arbeitsbelastungen, körperlichen Beschwerden, Symptome und Arbeitsunfähigkeitszeiten identifizierte eine besondere Belastung der Mitarbeiter durch unzureichende Arbeitsplanung. Hinzu kamen Probleme in der Zusammenarbeit im Team und mit der Betriebsleitung. Basierend auf den Ergebnissen dieser Erhebung wurde in mehreren Zirkelsitzungen ein Arbeitsplan entwickelt, der mit dem Team und der Mensaleitung abgestimmt war. Als Ergebnis zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsrate (Universität zu Köln, 2000).

Fakultät

In einem im Jahr 2003 initiierten Zirkel nahmen Verwaltungsbeschäftigte einer Fakultät teil, die die Bereitschaft hatten in einem Zirkel mitzuarbeiten. Gefördert wurde das Projekt durch das zuständige Innenministerium als ein Baustein im Rahmen eines Gesundheitsmanagements. Die Teilnehmer bearbeiteten in sieben Sitzungen unter der Moderation eines internen Moderators die Themen Arbeitsorganisation und -verteilung, Kommunikation und Information, Arbeitsplatzgestaltung und soziale Aktivitäten. Eine telefonische Hotline bei PC-Problemen, die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten und die Begehung durch einen Betriebsarzt und eine Sicherheitsfachkraft gehörten zu den Ergebnissen (Schumann, 2004).

Botanischer Garten

Mitarbeiter aus einem handwerklich-technischen Bereich beteiligten sich an einem im Jahr 2003 gestarteten Projekt. Dieser Zirkel mit sieben Sitzungen gehörte zu dem gleichen Gesamtkonzept, dem auch der Zirkel "Fakultät" entstammte. In einer Zirkel-

sitzung fand eine Arbeitsplatzbegehung durch einen Betriebsarzt statt. Mängel wurden auf einer Liste festgehalten oder zeitnah behoben. An einer Sitzung nahmen auch die Führungskräfte teil. Die Teilnehmer hatten Wünsche geäußert, diese wurden mit den Führungskräften diskutiert und mündeten in einen Vereinbarungskatalog (Schumann, 2004).

2.3.1.7 Evaluation von Gesundheitszirkeln

Im Vorfeld eines Gesundheitszirkels steht in der Regel für die Entscheidungsträger die Frage nach der Wirksamkeit. Für die Organisation muss sich die Gesundheitsförderung „rechnen“. Das Verhältnis von Kosten und Nutzen muss stimmen.

Hier kann wissenschaftliche Evaluation zur Überprüfung und Verbesserung von praktischen Maßnahmen beitragen (Wottowa und Thierau, 1990). Der aus dem Englischen stammende Begriff Evaluation lässt sich mit „bewerten“ übersetzen. Eine allgemeingültige Definition existiert jedoch nicht. Der komplexe Begriff wird in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften als Synonym für Erfolgskontrolle oder Wirkungskontrolle genutzt (Sochert, 1999).

Die berechtigte Frage nach Effektivität und Effizienz von Gesundheitsförderung ist bisher jedoch nicht zufrieden stellend beantwortet. Viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden durchgeführt, ohne die Wirksamkeit zu überprüfen. Der „Präventionsbericht 2002“ zeigte, dass es in weniger als der Hälfte (42%) der Unternehmen, die Maßnahmen durchführen, Erfolgskontrollen gibt. Dies gilt insbesondere für Großbetriebe ab 1.500 Mitarbeiter, wo die meisten Projekte zur Gesundheitsförderung realisiert werden (Lenhardt, 2004).

Von der großen Zahl von Gesundheitszirkeln, die bisher realisiert wurden (vgl. 2.3.1.6 Erfahrungen mit dem Einsatz von Gesundheitszirkeln) und von denen wiederum nur ein kleiner Teil schriftlich für die Öffentlichkeit dokumentiert und veröffentlicht worden ist, können nur wenige eine ausreichende Evaluation aufweisen. Viele der bisher publizierten Projekte verzichteten auf eine Evaluation. In einigen Fällen beschränkte sich die Evaluation auf Befragungen der Teilnehmer oder auf die Darstellung der Umsetzung der Vorschläge.

Viele Studien zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung finden unter Alltagsbedingungen und ohne experimentelles Design statt. So erklärt sich der Mangel an experimentellen Untersuchungen unter anderem durch die sich ständig verändernden Bedingungen des Umfeldes und die schwierig durchzusetzende Randomisierung der Teilnehmer. Die Evaluation von komplexen verhältnisbezogenen Interventionen mit

Hilfe von experimentellen Designs ist kaum möglich, da selten isolierte abhängige und unabhängige Variablen identifiziert werden können. Bei einem ergebnisoffenen Verfahren wie dem Gesundheitszirkel, kann nur eine teilnehmerübergreifende Gesamtwirkung erfasst werden (Pfaff, 2001). Somit gestaltet sich die Evaluation von Gesundheitszirkeln in der Praxis als schwierig und ist eine Herausforderung an Methodiker. Diese Herausforderung besteht darin, sowohl prozessuale Phänomene als auch komplexe Effekte zu erfassen.

Spezielle, meist kurzfristige Effekte wie die Veränderung technischer Arbeitsbedingungen lassen sich relativ gut evaluieren. Komplexe, generelle Effekte (z.B. die Senkung des Krankenstandes, Verbesserung der Kommunikation und damit des Betriebsklimas) sind zumeist langfristiger Art und lassen sich nicht über kurze Zeit erfassen (Rudow, 2004). Zudem wird die Evaluation in Deutschland bei der Mittelvergabe für Projekte oft nicht zur Bedingung gemacht. In Amerika besteht eine andere Tradition. Hier erfährt im Gesundheitsbereich kein Gesundheitsförderungsprojekt Unterstützung, welches nicht eine Evaluation aufweisen kann. So kann ein nicht unerheblicher Teil der Mittel in die Qualitätssicherung fließen.

Grundsätzlich sind Gesundheitszirkel mit den Dimensionen der Qualitätsprüfung und -bewertung von Dienstleistungen zu vergleichen. Die Unterteilung in die Dimensionen *Struktur*, *Prozess* und *Ergebnis*, die Donabedian in seinem Qualitätsmodell verwendet, bietet sich als Grundlage für ein Evaluationskonzept an. Die genannte Trichotomie ist das Hauptcharakteristikum dieses Modells. Somit ist die Qualität einer Dienstleistung mehr als das Ergebnis. Insbesondere der Erstellungsprozess ist von Bedeutung (Donabedian, 1966). Die drei Bereiche *Struktur*, *Prozess* und *Ergebnis* lassen sich wie folgt charakterisieren: Strukturevaluation berücksichtigt die Rahmenbedingungen einer Maßnahme wie die personelle und finanzielle Ausstattung (Ollenschläger, 2001; Michaelis, 2000). Im Rahmen eines Gesundheitszirkels sind hierunter die zur Verfügung gestellten Ressourcen wie die Ausrüstung, das Personal, die Räumlichkeiten sowie zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen und die Moderationskompetenz zu verstehen.

Zum *Prozess* ist die Gesamtheit aller Aktivitäten während der Dienstleistungserstellung zu zählen. Unter *Ergebnis* ist das Dienstleistungsergebnis, wie zum Beispiel die Änderung des Gesundheitszustandes zu verstehen (Seigner, 1977).

Für die Evaluation eines Gesundheitszirkels lassen sich folgende Struktur Aspekte identifizieren: Zusammensetzung des Gesundheitszirkels, zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen, Anzahl und Dauer der Treffen sowie die Moderationskompe-

tenz. Das Teilnahmeverhalten der Gesundheitszirkelmitglieder, die Interaktions- und Kommunikationsqualität im Zirkel, die Moderationsqualität, der Informationstransfer zwischen den Zirkelbeteiligten und dem Rest der Belegschaft sowie die gesundheitsbezogene Problemanalyse, die Lösungsfindung und die Umsetzung der Empfehlungen des Zirkels lassen sich der Prozessevaluation zuordnen. Identifizierung der Belastungen, Lösungsfindung und Vorschlagsrealisierung sind Teil der Ergebnisevaluation (Pfaff und Slesina, 2001; Slesina, 2001a) (s. Tabelle 4 Ziele eines Gesundheitszirkelprojektes und deren Erhebungsmethoden), wobei die letztgenannte durch das Setting methodisch eingeschränkt wird, da beispielsweise weder eine Zufallsauswahl noch ein Kontrollgruppendesign stattfinden kann. Die Art und Weise der Umsetzung von Veränderungsvorschlägen hängt von vielfältigen Einflüssen ab, so dass die Ergebnisevaluation nicht immer eine direkte Überprüfung der Güter der Intervention darstellt (Pfaff, 2001).

Tabelle 4: Ziele eines Gesundheitszirkelprojektes und deren Erhebungsmethoden nach Slesina (2001a)

Prozessziele	Erhebungsmethoden
<ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung gesundheitsrelevanter Arbeitsbelastungen, -beanspruchungen und Ressourcen • Lösungsfindung, Änderungsvorschläge • Durchführung von Änderungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Zirkelprotokolle • Befragung
Ergebnisziele	Erhebungsmethoden
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Situation, der Belastung und der Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Befragung der Beschäftigten • Befragung der Experten
<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung arbeitsbedingter Beanspruchungen und Beschwerden, Verbesserung des Befindens 	<ul style="list-style-type: none"> • naturwissenschaftliche Messung
<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Krankheitsprävalenz und –inzidenz, von AU-Zeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundäranalyse von Betriebsdaten • Daten der GKV

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die notwendigen Daten erhoben werden können. In der Praxis hat sich gezeigt, dass für Erhebungen im Bereich der Gesundheitszirkel die Selbstangaben der Beschäftigten besonders bedeutsam sind. Dies zum Teil aus Gründen der Erhebungspragmatik, aber auch weil andere Formen der Erhebung nicht möglich sind. Die durch diese Methode mögliche Verzerrung muss bei der Auswertung von Daten beachtet werden (Slesina, 2001b).

Neben der Befragung der Teilnehmer, bildet die Analyse der Dokumentation des Zirkels, beispielsweise durch Protokolle eine weitere wichtige Informationsquelle. Die folgende Tabelle gibt verschiedene Prozess- und Ergebnisziele eines Gesundheitszirkelprojektes wieder und nennt mögliche Erhebungsmethoden (Klesspies et al., 2003).

3. Methoden

3.1 Das Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“⁹

3.1.1 Projektübersicht

Die Gesamtdauer des Projektes betrug fünf Jahre und zwei Monate. Den Beginn des Projektes markiert eine konzeptionisierende Sitzung, die im September 2000 stattfand. Das Ende wird durch die Abschlussbesprechung im Arbeitskreis Gesundheit im November 2005 festgelegt.

Um einen ersten Überblick über dieses komplexe Projekt zu ermöglichen, folgt eine zusammenfassende Darstellung der vier Phasen, die das Projekt durchlief.

Das Projekt begann mit einer acht Monate dauernden *Planungsphase* (September 2000 – April 2001). Der Start des Gesamtprojektes ist zeitlich mit einer Besprechung im Gesundheitslabor im September 2000 einzuordnen. Dort trafen sich Mitglieder der AG 2 Bevölkerungsmedizin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und eine Vertretung der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, um bestehende Ideen für ein Zirkelprojekt mit Studierenden vorzustellen und zu diskutieren. Ausgehend von diesem Treffen formulierten die Vertreter der AG 2 einen Antrag an die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen. Nach einer ersten positiven Rückmeldung, wurde dieser Antrag noch um einen Zeitplan ergänzt. Die Bewilligung der Landesunfallkasse NRW erfolgte im Dezember 2000.

Im Januar 2001 startete die Koordination mit den Vorbereitungen für den Zirkel. Im März 2001 fand ein erstes vorbereitendes Treffen der Gruppe (AG 8) statt, die die Umsetzung der Vorschläge des Zirkels bearbeiten sollte.

Die zweite Phase war die acht Monate dauernde *Zirkelphase* (Mai 2001-Dezember 2001). Während dieser Phase fanden von Mai bis Juli 2001 die Zirkelsitzungen statt. Nach Abschluss der Zirkelsitzungen wurden der Fragebogen und die Interviews

⁹ Die Kapitel Methoden und Ergebnisse enthalten ausführliche Beschreibungen des Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“ an der Universität Bielefeld. Um das über fünf Jahre laufende Projekt nachvollziehbar und transparent darzustellen, sind einzelne Projektphasen sehr detailliert wiedergegeben. Da es aus inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll ist alle Aspekte zu beleuchten, lag ein besonderes Augenmerk auf den Vorgängen, aus denen Hinweise für weitere, zukünftige Zirkelprojekte erwachsen sind.

ausgewertet. Die Ergebnisse mündeten in einen Bericht für die Landesunfallkasse, der im November 2001 vorgelegt wurde. Im gleichen Monat fand ein Nachtreffen mit den Teilnehmern des Gesundheitszirkels statt.

Von *Januar 2002 bis Februar 2004* arbeitete eine dafür eingesetzte Arbeitsgruppe (AG 8) 26 Monate an der Umsetzung der Vorschläge.

Während dieser *Umsetzungsphase* begann die Koordination des Projektes im Rahmen von Vorträgen über den bisherigen Projektverlauf zu berichten und es erschienen Publikationen über das Modellprojekt (s. Anhang II: Publikationsliste und III: Vortragsliste).

Die 21-monatige *Abschlussphase* startete mit einem letzten offiziellen Arbeitstreffen der AG 8, welches im *März 2004* stattfand. Einzelne Mitglieder der AG 8, insbesondere die Sprecherin der Gruppe, unterstützt von der Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung und teilweise von der Vertretung der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen arbeiteten weiter an der Umsetzung der Vorschläge. Weiterhin arbeiteten die genannten Personen an der Erstellung eines Abschlussberichtes und erstellten eine Vorlage für das Rektorat. Für diese Arbeiten hat kein weiteres offizielles Treffen der Gruppe statt gefunden.

Während dieser Phase fand im Dezember 2004 ein Gesundheitstag an der Universität Bielefeld statt. Auf einem gemeinsamen Stand mit der Landesunfallkasse wurde mit Postern das Modellprojekt und der Stand der Umsetzung der Vorschläge in der großen Halle der Universität präsentiert.

Während mehrerer Sitzungen beriet der Steuerkreis über Empfehlungen an das Rektorat. Das Rektorat behandelte in einer Sitzung im November 2005 das Modellprojekt.

Das Ergebnis des Rektorates diskutierte der Steuerkreis im gleichen Monat auf einer Sitzung. Diese Sitzung kennzeichnet das Ende des Modellprojektes.

Die folgende Tabelle 5 gibt eine Übersicht über den zeitlichen Ablauf des Projektes.

Tabelle 5: Übersicht über die vier Projektphasen

I. Planungsphase	2000	September Oktober November Dezember	Entwicklung Antrag Zeitplan Bewilligung	
II. Zirkelphase	2001	Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember	Vorbereitung Vorbereitung Vorbereitung Vorbereitung Zirkelsitzungen Zirkelsitzungen Zirkelsitzungen Bericht Bericht Bericht Bericht	AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8 AG 8
III. Umsetzungsphase	2002	Januar ... Dezember		AG 8 AG 8 AG 8
	2003	Januar ... Dezember		AG 8 AG 8 AG 8
IV. Abschlussphase	2004	Januar Februar März ... Dezember		AG 8 AG 8 AG 8 (AG 8) (AG 8)
	2005	Januar ... November November		(AG 8) (AG 8) (AG 8) (AG 8)
			Gesundheitstag Rektorat Steuerkreis	(AG 8) (AG 8) (AG 8)

3.1.2 Initiatoren

Gemeinsam mit der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen erarbeitete die Forschergruppe, die den Bielefelder Gesundheitssurvey durchgeführt hatte, das Konzept für das Modellprojekt. Der Landesunfallkasse NRW hat die Möglichkeit in speziellen Einzelfällen Projekte zu begleiten und finanziell zu unterstützen, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind. Diese Voraussetzungen lagen in der Modellhaftigkeit, der Möglichkeit der Übertragbarkeit, der Existenz von Strukturen und Prozessen des Gesundheitsmanagements vor (Faller und Meier, 2002). Die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen unterstützte das Modellprojekt neben einer finanziellen Förderung durch inhaltliche Mitarbeit. So begleitete sie im Fortgang des Projektes den Zirkelprozess und war in der Arbeitsgruppe (AG 8) vertreten, die den Auftrag erhielt, die Vorschläge der Studierenden zu realisieren.

Da die Universität Bielefeld, wie schon beschrieben wurde (vgl. 2.2.3.7 Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld), über eine Struktur der Gesundheitsförderung verfügt, konnten die dort Verantwortlichen während der Planungsphase in das Projekt eingebunden werden. Die folgende Abbildung 7 stellt die Initiatoren des Modellprojektes vor.

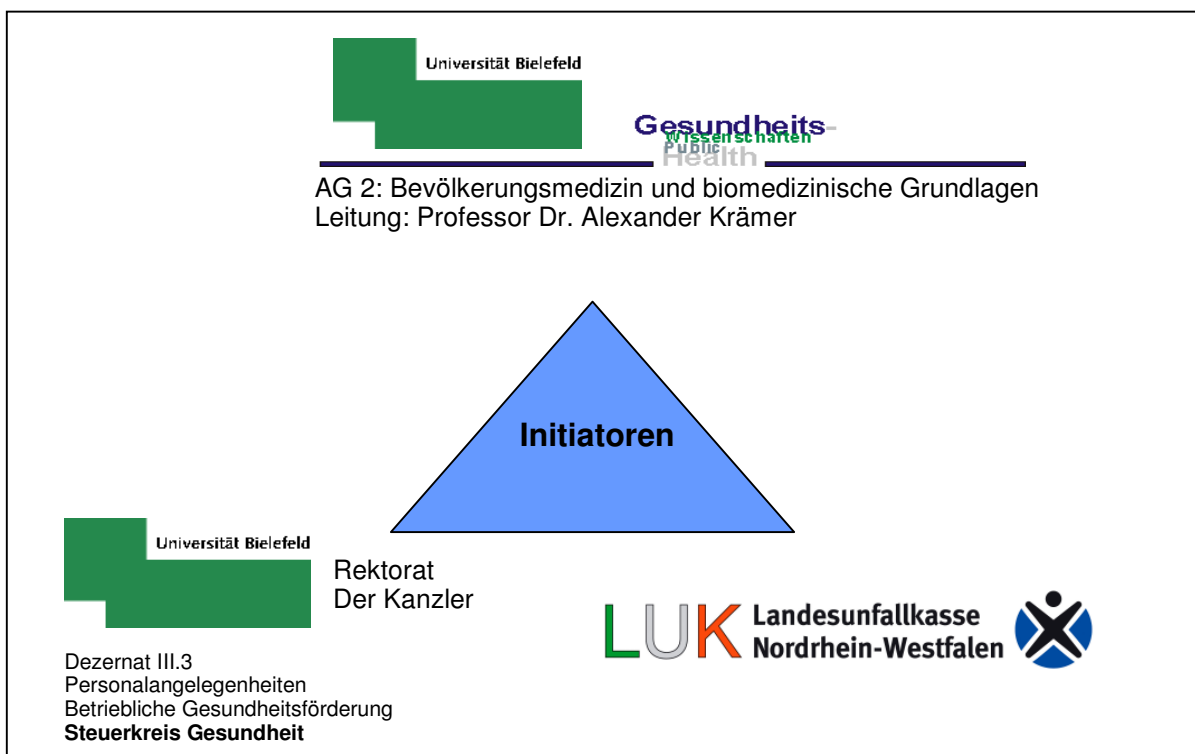


Abbildung 7: Initiatoren des Gesundheitszirkels

3.1.3 Gründe einen Gesundheitszirkel für Studierende zu initiieren

Gesundheitsförderung für Studierende zielte in der Vergangenheit zumeist auf den Versuch der Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten der jungen Menschen ab. Auch an der Universität Bielefeld beschränkten sich die wenigen Angebote auf zumeist in Kursform angebotene Maßnahmen zur Entspannung, für einen gesunden Rücken oder zum Thema Ernährung. Zeitweise existierte ein größeres Angebot an Einzelberatungen zu den Themen allgemeine Gesundheit, Sucht, Ernährung u. ä. (vgl. 2.2.3.7.6 Praxisbeispiel für die Gesundheitsförderung von Studierenden: Das Gesundheitslabor).

Die Idee zu einem weitergehenden Konzept, einem Gesundheitszirkel für Studierende, entstand im Rahmen der Forschungsarbeiten des Bielefelder Gesundheitssurveys für Studierende. Dieser quantitative Forschungsansatz identifizierte verschiedene Defizite der gesundheitlichen Lage von Studierenden. Darüber hinaus beschrieben die befragten Studierenden mangelnde Möglichkeiten der Partizipation im Setting Hochschule (vgl. 2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden). Da Gesundheitszirkel als Erfolgsmodell für die Verwirklichung von Mitarbeiterpartizipation innerhalb der Betrieblichen Gesundheitsförderung gelten (vgl. 2.3 Gesundheitszirkel), sollte das Bielefelder Modellprojekt den Studierenden die Möglichkeit der Beteiligung eröffnen, um ihre Gesundheitsbedürfnisse gezielt zu artikulieren. Zudem sollte mit dem Modellprojekt überprüft werden, ob sich das Konzept der Gesundheitszirkel auf die Zielgruppe der Studierenden übertragen lässt.

Weiterhin stand die Frage im Raum, ob dieses Instrument es erlaubt, qualitative Daten über die gesundheitliche Lage von Studierenden und deren Gesundheitsbedürfnissen zu gewinnen, ergänzend zu dem quantitativen Ansatz des Gesundheitssurveys.

Mit dem Modellprojekt wurden nicht zuletzt die Ziele der WHO für eine gesundheitsfördernde Hochschule verfolgt. Insbesondere zu nennen sind hier das Ziel 6: Studierende und Beschäftigte sollen sich an Entscheidungen, die ihre Lern- und Arbeitsbedingungen oder ihre sozialen Bedürfnisse betreffen, beteiligen und das Ziel 8: Schaffung von horizontalen und vertikalen Kommunikationsstrukturen zwischen Studierenden und Beschäftigten und unter den Studierenden bzw. unter den Beschäftigten (Tsouros et al., 1998) (vgl. 2.2.3.6 Kriterien zur Beurteilung gesundheitsfördernder Hochschulen).

Gesundheitszirkel kamen bereits in den unterschiedlichsten Bereichen u. a. auch im Setting Hochschule zum Einsatz (vgl. 2.3.1.6.2 Gesundheitszirkel im Setting Hoch-

schule). So verfügte auch die Universität Bielefeld im Vorfeld des hier vorgestellten Modellprojektes über Erfahrungen mit Zirkeln. Zielgruppe war bis zu dem Modellprojekt ausschließlich die Statusgruppe der nichtwissenschaftlich Beschäftigten (vgl. 2.2.3.7.3 Das 1994er Konzept und seine Umsetzung bis zum Jahr 2000).

Eine Recherche im Vorfeld des hier vorgestellten Modellprojektes ergab keine Hinweise auf Erfahrungsberichte anderer Hochschulen mit Studierenden als Teilnehmer eines Gesundheitszirkels. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld der erste Zirkel war, der Studierende als Zielgruppe berücksichtigte.

3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen

In seiner Ausrichtung lässt sich das Bielefelder Modellprojekt keinem der beiden Pioniere eindeutig zuordnen (vgl. 2.3 Gesundheitszirkel). Es versteht sich als Weiterentwicklung des den beiden Grundformen zugrunde liegenden Gedankens, Betroffene als Experten einzubinden und von deren Erfahrungswissen zu profitieren, ohne einen Schwerpunkt auf ein bestimmtes Thema zu legen.

Das Konzept des Modellprojektes sah deshalb vor, Studierende aus allen Bereichen der Hochschule einzubinden. Die Anzahl der Treffen wurde im Vorhinein auf 9 Sitzungen begrenzt. Auf Anraten des erfahrenen Moderators, der für das Projekt gewonnen werden konnte, wurde im Nachhinein, aber noch vor Beginn der ersten Zirkelsitzung, die erste und die letzte Sitzung als doppelte Sitzung festgelegt, so dass letztendlich sieben Treffen geplant und durchgeführt wurden.

Das Konzept sah weiterhin vor, dass die Studierenden in den Zirkelsitzungen Problembereiche benennen und dafür Lösungsvorschläge erarbeiten.

Eine dafür einzurichtende Arbeitsgruppe (AG 8) aus Vertretern unterschiedlicher Zuständigkeiten in der Hochschule (Beschäftigte aus dem nichtwissenschaftlichen Bereich, Beschäftigte aus dem wissenschaftlichen Bereich, Studierendenvertreter und Vertreter der Landesunfallkasse) sollte an der Umsetzung der Vorschläge arbeiten.

Den Initiatoren war von Anfang an bewusst, dass ein solcher Zirkel mit max. zehn Studierenden nicht repräsentativ die Meinung von ca. 20.000 eingeschriebenen Studierenden vertreten kann. Dies hat das hier beschriebene konzeptuelle Vorgehen auch nicht vorgesehen. Dadurch, dass die Teilnahme ausschließlich freiwillig erfolgen sollte, erschien es den Initiatoren als sehr wahrscheinlich und wurde auch angestrebt, dass ein bestimmter „Typ“ von Studierenden sich von dem Projekt angesprochen fühlt. Es wurde angenommen, dass die Studierenden, die an einem Gesundheitszirkel

teilnehmen, im Hochschulleben engagiert sind, sich selbst die Kompetenz zur Beurteilung zuschreiben und/oder die sich in Entscheidungsprozesse einbringen möchten.

Der Abschnitt 2.3.1.5 Wichtige Aspekte bei der Durchführung eines Gesundheitszirkels zeigte auf, wie wichtig die An- und Einbindung in die Managementprozesse als Voraussetzung für den Erfolg eines Gesundheitszirkels ist. Ebenso wurde auf die Bedeutung der Förderung durch betriebliche Schlüsselpersonen hingewiesen.

Gute Startvoraussetzungen fanden sich deshalb in den bereits bestehenden Strukturen der Universität Bielefeld (vgl. 2.2.3.7 Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld). Die Universität Bielefeld zeichnet sich dadurch aus, dass die Planung von Projekten im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich der Prioritätensetzung, der Zielsetzung und der inhaltlichen Ausrichtung fast in allen Bereichen durch die Kooperation der Mitglieder des Steuerkreises Gesundheit erfolgt. Die Abstimmung kurz-, mittel- und langfristiger Projekte funktioniert in der Regel gut und die Vertreter der jeweiligen Fachbereiche zeigen Engagement hinsichtlich der Umsetzung. Die Durchführung von Maßnahmen ist durch qualifizierte Referenten, Moderatoren sowie Projektleiter gesichert (Rolfmeier, 1999).

Vor diesem Hintergrund holten die Initiatoren im Vorfeld des Zirkels die Unterstützung der Entscheidungsträger der Universität Bielefeld ein. Das Modellprojekt wurde dem Rektor, dem Kanzler, dem Allgemeinen Studierenden Ausschuss und dem Steuerkreis Gesundheit der Universität Bielefeld vorgestellt. Bei all diesen verantwortlichen Gremien stieß das Projekt auf Interesse und Unterstützung.

Im Steuerkreis Gesundheit stellte die Projektleitung den Antrag, zur Unterstützung des Modellprojektes eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Der Steuerkreis beschloss, die existierende Arbeitsgruppe 8 'Gesundheitszirkel' zu reaktivieren und als Arbeitsgruppe 8 'Gesundheitszirkel für Studierende' neu einzurichten. Als Mitglieder schlug der Steuerkreis vor, Vertreter des Allgemeinen Studierenden Ausschusses, der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, der Koordinationsstelle der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Projektleitung und die Koordination des Modellprojektes aus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften zu benennen. Der Auftrag an die Arbeitsgruppe lautete: Weiterführung der Arbeit des Zirkels durch Verfolgung der Umsetzung der kurz-, mittel- und langfristigen Verbesserungsvorschläge.

Weiterhin bat die Projektleitung den Steuerkreis Gesundheit, dem Rektorat vorzuschlagen, einen Vertreter für den Gesundheitszirkel zu benennen. Diese Bitte gab der Rektor während seiner Vorstellung des Modellprojektes im Rektorat weiter. Das

Rektorat beschloss, die Referentin des Prorektors für Lehre als Vertreterin des Rektorats zu benennen.

3.1.5 Erwartungen an das Projekt

Die im Vorfeld an den Zirkel heran getragenen Erwartungen spiegelten die unterschiedlichen Interessen der verschiedenen Beteiligten wieder.

Die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen stellte für sich die Möglichkeit, Informationen weiterzugeben und so den Gedanken der Gesundheitsförderung an die Studierenden heran zu tragen in den Mittelpunkt.

Dem Steuerkreis war daran gelegen, das Ziel des Gesundheitszirkels genauer zu bestimmen bzw. inhaltlich einzugrenzen (z.B. auf eine bestimmte Zielgruppe).

Die Koordination erwartete die Erarbeitung konkreter Vorschläge.

In der ersten Zirkelsitzung und im Interview wurden nachträglich die Erwartungen der Teilnehmer abgefragt.

Die teilnehmenden Studierenden hatten zum Ziel, die Mitsprache der Studierenden in der Universität zu verwirklichen. Die meisten der mitarbeitenden Studierenden wollten einen Gesundheitszirkel in der Praxis kennen lernen. Sie haben die Möglichkeit gesehen, Vorschläge zur Verbesserung des Wohlbefindens im Arbeits- und Lebensraum Hochschule zu entwickeln und so die gesundheitliche Verbesserung „in Gang“ zu bringen.

3.1.6 Ziele

Aus diesen unterschiedlichen Erwartungshaltungen ließen sich drei gemeinsame Ziele für das Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende ableiten:

- ➔ Subjektive Analyse der Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von Studierenden im Arbeits- und Lebensraum Hochschule
- ➔ Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen
- ➔ Anregen einer breiteren Diskussion unter den Studierenden

3.1.7 Moderation

Das Moderatorenteam setzte sich aus einem externen Moderator und einer internen Moderatorin zusammen. Der externe Moderator verfügte über Erfahrungen mit Gesundheitsprojekten in der Wirtschaft und hatte schon einige Gesundheitszirkel moderiert. Die interne Moderatorin verfügte ebenfalls über Erfahrungen mit Gesundheits-

projekten und deren Moderation, hatte zuvor jedoch keinen Gesundheitszirkel moderiert.

In seinem Vorgehen folgte das Moderatorenteam den Vorschlägen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Schröder et al., 1997) und Badura et al. (1999). Als Moderationstechnik kam vorwiegend die Kärtchentechnik zum Einsatz. Diese Technik zwingt Teilnehmer dazu, die Probleme auf den Punkt zu bringen. Die zu den jeweiligen Zirkeltreffen eingefügten Protokollbilder vermitteln eindrücklich einen Einblick in diese Vorgehensweise.

3.1.8 Zusammensetzung des Zirkels

Zu Beginn der Planungen des Modellprojektes stand die Frage nach der Zusammensetzung des Zirkels im Raum. Das Projektteam diskutierte folgende Fragen: Welche Studierenden sind zur Mitarbeit bereit? Wie sollen die potenziellen Teilnehmer angesprochen werden? Sollen die Studierenden unter sich bleiben? Soll der Zirkel an einer Fakultät angesiedelt oder universitätsweit initiiert werden?

Da die Erfolgsaussichten was die zu erwartenden Vorschläge anging, als nicht all zu hoch eingeschätzt wurden, wurde der Versuch eines universitätsweiten Zirkels gegenüber einem fakultätsbezogenen Zirkel vorgezogen. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, weitere Informationen über das Wohlbefinden von Studierenden an der Hochschule allgemein zu erfahren. Diesem Gedankengang folgend, fiel die Entscheidung, einen Gesundheitszirkel mit Studierenden zu realisieren, an dem andere Statusgruppen nur als „Gäste“ bzw. „Berater“ teilnehmen.

Die Angehörigen der Fachschaften erschienen dem Projektteam aus den oben formulierten Überlegungen als potenzielle Teilnehmer besonders geeignet. Die Funktion als Multiplikator, die Fachschaftsmitglieder innehaben, wurde als großer Vorteil gewertet. Insbesondere im Hinblick auf das dritte Ziel, die Kommunikation unter den Studierenden anzuregen.

Damit sich keine Fakultät ausgeschlossen fühlen konnte, wurden in einem ersten Schritt alle Fachschaften an der Universität Bielefeld angesprochen. Im Januar 2001 erhielten die Fachschaften der Universität Bielefeld über die Hauspost einen Brief der Projektkoordination. In diesem Schreiben wurde das Zirkelprojekt den Fachschaften vorgestellt, verbunden mit der Bitte, Ansprechpartner für ein persönliches Informationsgespräch mitzuteilen. Um sich über das Projekt sowie die Aktivitäten der Gesundheitsförderung an Hochschulen informieren zu können, enthielt der Brief eine Einladung zu dem Informationstag „Gesundheitsfördernde Hochschule“, der Ende

Januar 2001 an der Universität Bielefeld statt fand (Universität Bielefeld, 2001).

Im Zeitraum Februar/März 2001 wurde ein weiterer Informationsbrief an die Fachschaften versandt. In einem dritten Schritt erhielten im April 2001 alle Fachschaften eine offizielle Einladung mit einem Rückmeldeformular. Die beiden letztgenannten Schreiben konnten zumeist per Email versandt werden.

Die Koordination bemühte sich, durch telefonisches Nachfassen einen persönlichen Kontakt zu den Fachschaften herzustellen. In drei Fachschaften (Technische Fakultät, Literaturwissenschaften und Linguistik sowie Philosophie) kam es zu persönlichen Begegnungen. Die Fachschaften zeigten in diesen Gesprächen Interesse an dem Projekt. Eine Fachschaft (Philosophie) meldete sich nach einem solchen Informationsgespräch zur Teilnahme an. Dessen Vertreter erschien jedoch später nicht zu den Zirkelsitzungen.

Durch das Rückmeldeformular (Anmeldung zur Teilnahme am Gesundheitszirkel) ließen sich Mitglieder der Fachschaften Pädagogik und Psychologie für die Teilnahme gewinnen. Die größere Gruppe der Teilnehmer bildeten somit Studierende, die nicht in Fachschaftsarbeit eingebunden waren. Diese hatten allgemein von dem Projekt erfahren oder wurden gezielt von der Koordination angesprochen.

Insgesamt sieben Studierende aus fünf Fakultäten (Biologie (Umweltwissenschaften), Gesundheitswissenschaften, Pädagogik, Psychologie und Sportwissenschaften) arbeiteten im Zirkel mit. Über die Studierenden der Sportwissenschaften war der Hochschulsport/Unifit repräsentiert. Der Allgemeine Studierenden Ausschuss war durch zwei Vertreter beteiligt.

Beim Auftakttreffen begrüßte die Projektleitung die Teilnehmer. Die Sprecherin des Prorektors für Lehre nahm als Vertreterin des Rektorats an zwei Zirkeltreffen teil. Eine Vertreterin der LUK nahm ebenfalls an einer Zirkelsitzung teil. Die Zirkeltreffen moderierte ein Moderationsteam bestehend aus einem internen und einem externen Moderator. Die interne Moderation arbeitete im Steuerkreis Gesundheit mit und war als Sprecher der AG 8 benannt. Somit waren der Steuerkreis Gesundheit und die von ihm eingesetzte Arbeitsgruppe mit in die Zirkelarbeit eingebunden.

Die für die leitfadengestützten Interviews eingesetzte Interviewerin nahm als Beobachterin an einer Zirkelsitzung teil. Die folgende Abbildung 8 gibt die Zusammensetzung des Zirkels wieder.

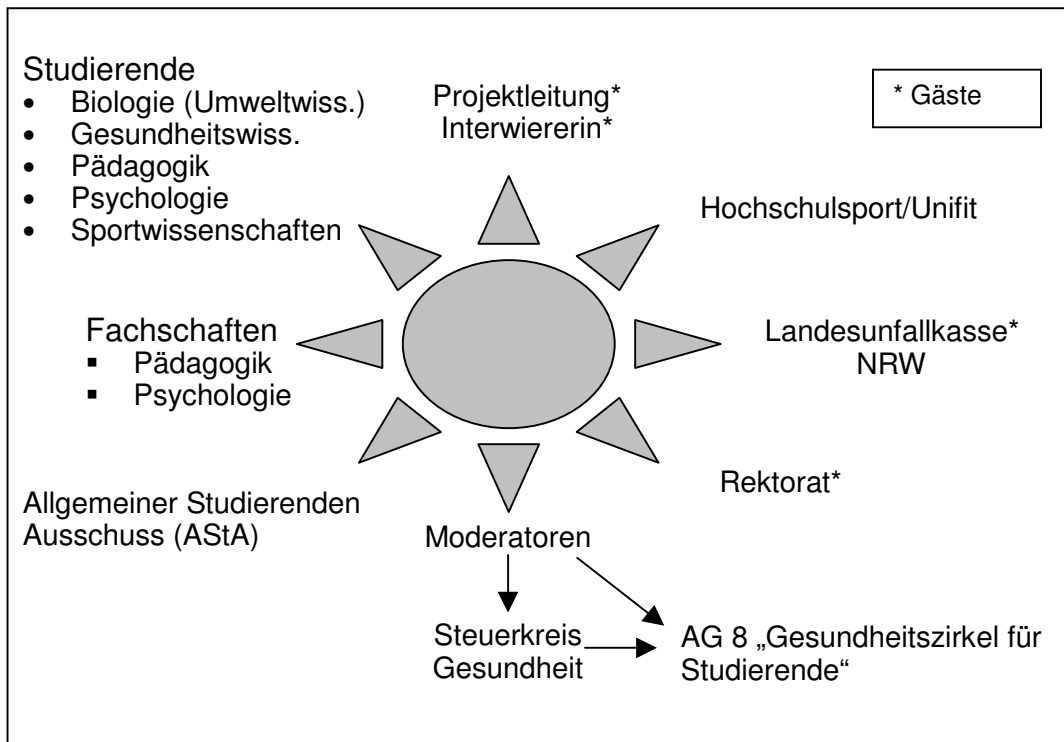


Abbildung 8: Zusammensetzung des Zirkels

3.1.9 Öffentlichkeitsarbeit

Den Initiatoren des Modellprojektes war es wichtig, die Vorgänge im Zirkel transparent zu gestalten. Deshalb wurde der Öffentlichkeitsarbeit in der Anfangszeit der Zirkeltreffen besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Homepage

Für eine größtmögliche Transparenz konnten die Sitzungsprotokolle auf einer eigens für den Zirkel eingerichteten Homepage nachgelesen werden.

Universitätseigene Presseorgane

- ➔ Im November 2001 berichtete ein Artikel in der Bielefelder Universitätszeitung über den Gesundheitszirkel und seine ersten Ergebnisse.
- ➔ Das universitätseigene Radio Campus Radio Hertz führte ein live - Interview mit der Projektleitung, welches am 22. Mai 2001 ausgestrahlt wurde.
- ➔ Ein weiterer Beitrag, mit einem Interview der Koordination des Projektes, wurde am 20. Juni 2001 jeweils in den Kurznachrichten gesendet.

Regionale Tageszeitungen

Mit Beginn der Zirkelphase erhielt die Pressestelle der Universität Bielefeld vom

Projektteam eine Pressemitteilung über die bevorstehende Realisierung des Projektes. Die regionalen Tageszeitungen berichteten daraufhin über den Zirkel:

- ➔ Neue Westfälische in ihrer Ausgabe vom 23. Mai 2001
- ➔ StadtBlatt in seiner Ausgabe vom 21. Juni 2001

Überregionale Presse

- ➔ Die Ärzte Zeitung berichtete in ihrer Ausgabe vom 8./9. Juni 2001 über das Projekt (<http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/06/08/105a1001.asp>)
- ➔ In der Ausgabe vom 31. Mai 2005 erschien in der Frankfurter Rundschau ein zweiseitiger Sonderbericht zum Thema Gesunder Campus in dem auch über das Gesundheitszirkelprojekt berichtet wurde.

Übersichten über die weitere Öffentlichkeitsarbeit in Form von wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen finden sich im Anhang (siehe Anhang III: Publikationsliste und Anhang IV: Vortragsliste).

3.2 Evaluation der Zirkelarbeit: Fragebogen und Interview

Innerhalb einer Woche nach der letzten Zirkelsitzung fanden mit den Teilnehmern leitfadengestützte Interviews statt, denen ein Fragebogen vorgeschaltet war. Beide Instrumente wurden auf der Basis eines bereits in der Praxis erprobten Instrumentes entwickelt (Müller et al., 1997).

Der Fragebogen enthielt 12 Fragen. Jeweils vier Fragen bezogen sich auf die Bereiche „Rahmenbedingungen“ und „Kommunikation“. Zum Thema „Moderation“ wurden zwei Fragestellungen abgefragt. Eine Fragestellung beschäftigte sich mit dem Bereich „Protokolle“. Die letzte Frage forderte eine zusammenfassende Bewertung des Gesundheitszirkels. Jede der Frage enthielt vier oder mehr Antwortmöglichkeiten (siehe Anhang I: Fragebogen).

Den Fragebogen füllten sechs Teilnehmer (4 weiblich, 2 männlich) jeweils vor Durchführung des Interviews aus. Eine Frage wurde dann als positiv beantwortet gewertet, wenn wenigstens fünf von den sechs Teilnehmern in den beiden höchsten Kategorien geantwortet haben.

Der Leitfaden gliederte sich in die sechs Bereiche Teilnahme, Kommunikation, Moderation, Ergebnisse der Zirkelarbeit, Umfeld und Sonstiges (siehe Anhang II: Interviewleitfaden). Interviewt wurden 6 Teilnehmer (4 weiblich, 2 männlich). Das leitfadengestützte Interview wurde von einer erfahrenen Interviewerin durchgeführt, die zur Vorbereitung an einer Zirkelsitzung teilnahm. Die Interviews fanden in Räumen der Universität statt. Sie dauerten zwischen 35 und 70 Minuten (im Mittel 47 Minuten) und wurden – mit Einverständnis der Interviewten – auf Tonband aufgezeichnet. Nachdem die Bänder transkribiert waren, sind die Texte mit Hilfe eines Codierschemas, das eng an den Leitfaden angelehnt war und unter Nutzung von WinMAX (VERBI Software Consult, Sozialforschung GmbH, Germany) codiert worden. Insgesamt liegen 93 Seiten Transkription vor (Interview A: 14 Seiten, Interview B: 13 Seiten, Interview C: 17 Seiten, Interview D: 16 Seiten, Interview E: 19 Seiten, Interview F: 14 Seiten). Die Ergebnisse wurden fünf Themenfeldern zugeordnet: Bedingungen der Teilnahme, Moderation, Kommunikation, Ergebnisse und Umfeld.

3.3. Gesamtevaluation des Modellprojekts

Das hier vorgestellte Modellprojekt integrierte die Evaluation in seinem Konzept, wobei verschiedene Formen der Evaluation Berücksichtigung fanden. Ausgehend von den drei Dimensionen der Qualitätsprüfung und -bewertung von Dienstleistungen und Einrichtungen wurden Struktur-, Prozess- und Ergebnisaspekte überprüft.

Folgende Quellen fanden Eingang in die Evaluation: Strukturaspekte lassen sich den Rahmenbedingungen des Projektes, die im Konzept erläutert werden, entnehmen. Hierzu zählen u. a. die personelle Ausstattung (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen). Prozessbegleitend wurde die Zufriedenheit der Zirkelteilnehmer mit den jeweiligen Sitzungen hinsichtlich der Arbeitsergebnisse und der Arbeitsatmosphäre dokumentiert. Diese Erkenntnisse sowie weitere prozessbedeutsame Aspekte finden sich in den Protokollen der Zirkelsitzungen, die sich aus einem schriftlichen Ergebnisprotokoll sowie Bildprotokollen zusammensetzen (vgl. 4.1 Prozesse des Gesundheitszirkels: Die Zirkeltreffen). Die vom Zirkel erarbeiteten Vorschläge geben sowohl Hinweise auf die Ergebnisse, lassen aber auch Rückschlüsse auf das Zirkelgeschehen (Prozess) zu (vgl. 4.2 Vorschläge des Gesundheitszirkels). Die Ergebnisse des Fragebogens (vgl. 4.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen) und des Interviews (vgl. 4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews) geben auf allen drei Ebenen Antworten. Die Auswertung der Protokolle des Steuerkreises und der AG 8 erhellen weitere Aspekte des Prozesses und geben Hinweise auf die zu erwartenden Ergebnisse (vgl. 4.5 Umsetzung der Zirkelergebnisse: Arbeitsgruppe 8 und der Steuerkreis Gesundheit). Abschließend kann der Stand der Umsetzung der Vorschläge bei Projektende Auskunft geben über die erzielten Ergebnisse (vgl. 4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge).

4. Ergebnisse

4.1 Prozesse des Gesundheitszirkels: Die Zirkeltreffen

Im Sommersemester 2001 fanden im Zeitraum Mai bis Juli an sieben Terminen Sitzungen des Gesundheitszirkels statt. Die Zirkeltreffen lassen sich in eine Auftaktveranstaltung, fünf Arbeitstreffen und eine Abschlussveranstaltung unterteilen. Die Darstellung der Inhalte der Treffen erfolgte anhand der Protokolle (inklusive der Bildprotokolle). Um die Geschehnisse für Außenstehende besser nachvollziehbar zu beschreiben, wurden die Protokolle zum Teil ergänzt. Zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer und zur Vermeidung von Redundanzen wurde auf das Einfügen der Originalprotokolle im Anhang verzichtet.

4.1.1 Die Auftaktveranstaltung (23. Mai 2001)

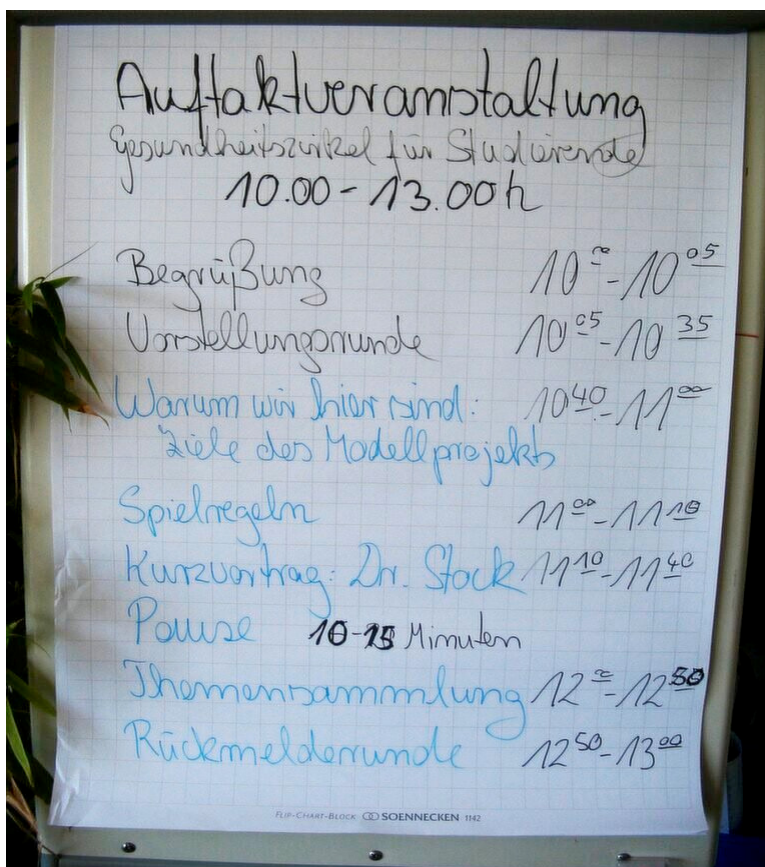


Abbildung 9: Agenda der Auftaktveranstaltung

Die Abbildung 9 Agenda der Auftaktveranstaltung gibt den Ablauf des ersten Treffens wieder.

Teilnehmer: An dem Treffen nahmen neben sechs Studierenden und dem Moderatorenteam die Projektleitung und die Sprecherin des Prorektors für Lehre teil.

Vorstellungsrunde: In einer Vorstellungsrunde baten die Moderatoren die Anwesenden jeweils ihren Namen, ihre Funktion/Herkunft sowie ihre Ziele und Erwartungen an den Gesundheitszirkel auf Moderationskarten zu verschriftlichen. Die Studierenden brachten u. a. folgende Ziele und Erwartungen zum Ausdruck: „gesundheitl. Verbesserungen in Gang bringen“, „Mitsprache in der Uni“ und „Gesundheitszirkel kennen lernen“. Von der Projektleitung kam der Wunsch „Vorschläge zur Verbesserung des Wohlbefindens an der Uni“.

Wie von dem Moderatorenteam im Vorfeld erwartet, stellte sich in der Vorstellungsrunde heraus, dass auf Seiten der Teilnehmer noch einige Fragen zum Gesundheitszirkel bestanden. Aus diesem Grund erhielten die Studierenden grundlegende Informationen zu dem Modellprojekt.

Warum wir hier sind: Ziele des Modellprojekts: Anhand eines kurzen Folienvortrages klärten die Moderatoren mit den Teilnehmern die Frage, was überhaupt ein Gesundheitszirkel ist. Sie erläuterten die Ursprünge des Konzeptes, skizzierten die Pionierprojekte, zeigten Beispiele für Anwendungsfelder auf, legten das Arbeitsverständnis von Gesundheitszirkeln dar und stellten die Vorgehensweise eines Zirkels vor. Anhand eines Schaubildes erläuterten sie die Strukturen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. Daran anknüpfend wurde die Einbindung des Zirkels in die Strukturen der Universität Bielefeld deutlich gemacht. Besonderen Wert legten die Moderatoren auf die Vermittlung der Aufgaben und Ziele des Gesundheitszirkelprojektes.

Anschließend erläuterten die Moderatoren, was die Teilnehmer von der Organisation und Moderation erwarten können. Sie machten deutlich, dass die Arbeit im Gesundheitszirkel strukturiert werden soll. Es soll nicht „rumgelabert“, sondern Ergebnisse erarbeitet werden. Die Sitzungen werden von der internen Moderation mit Unterstützung der externen Moderation vor- und nach bereitet. Das bedeutet, dass für die Teilnehmer keine Zusatzarbeiten anfallen. Durch die AG 8 Gesundheitszirkel für Studierende werden die Ergebnisse und Empfehlungen des Zirkels weiter bearbeitet. Die Ergebnisse werden im Steuerkreis Gesundheit, auf dem Treffen aller Fachschaften, durch Publikationen und auf einer eigenen Homepage präsentiert, auf der auch die Protokolle, in Abstimmung mit den Zirkelteilnehmern, veröffentlicht werden

sollen.

Die Organisation und Moderation richtete die Erwartung an die Teilnehmer, dass von den Studierenden aktive Mitarbeit gefordert wird. Die Studierenden sollen ihre Ideen einbringen, regelmäßig an den Treffen teilnehmen und die im Zirkel diskutierten Themen in die Studentenschaft tragen. Spezielle Erwartung des Auftakttreffens war es, dass Themen gesammelt werden, die dann in den Arbeitstreffen bearbeitet werden sollten.

Spielregeln: Auf der Basis von Vorschlägen der Moderatoren einigten sich die Teilnehmer des Zirkels auf gemeinsame Regeln für die Zusammenarbeit (Abbildung 10: Spielregeln für die Zusammenarbeit). Wie der Abbildung zu entnehmen ist, war die Regel 'pünktlicher Start pünktliches Ende' nicht von dem Moderatorenteam vorbereitet worden. Diese Regel wurde auf Wunsch der Studierenden hinzugefügt.

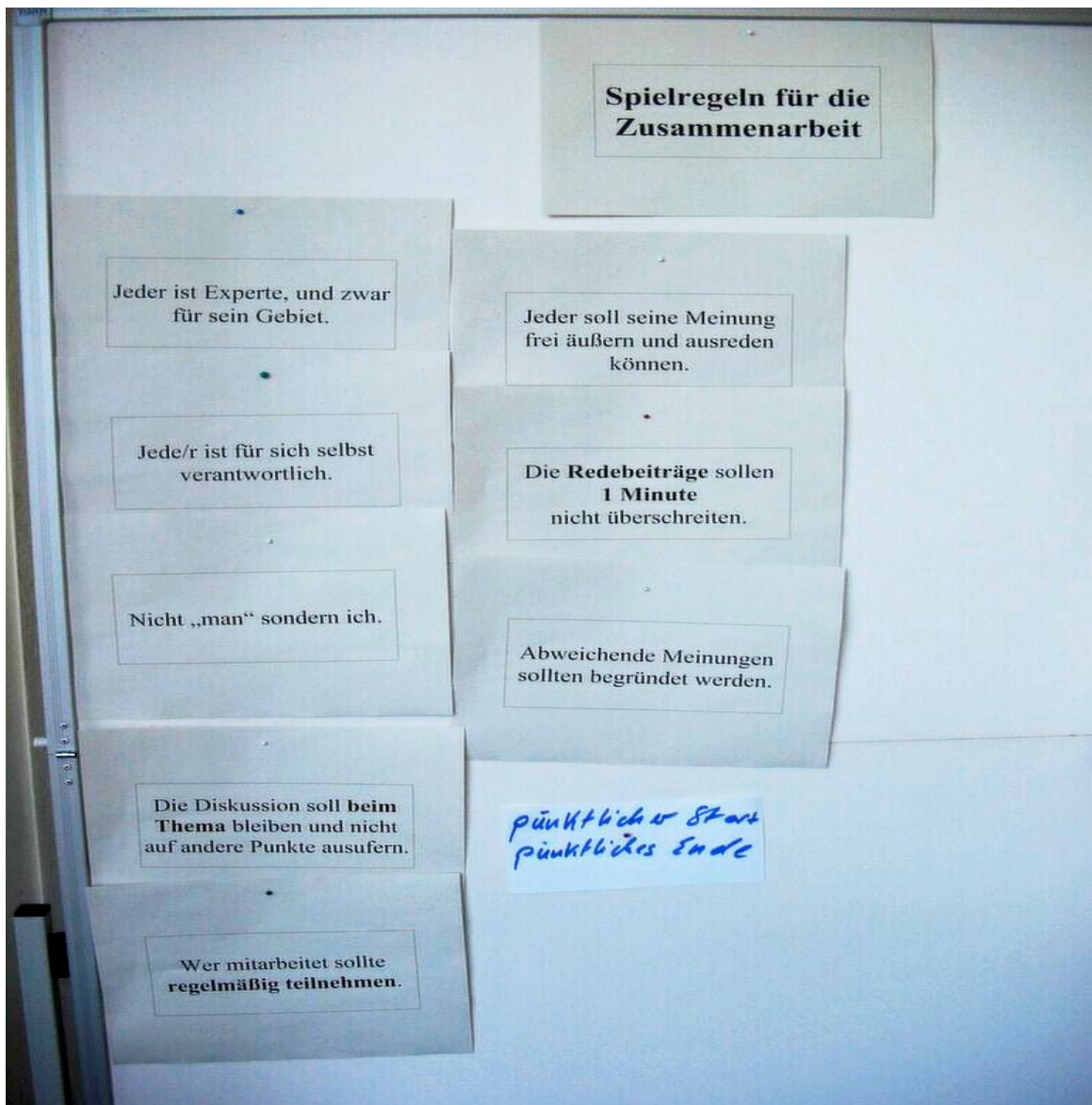


Abbildung 10: Spielregeln für die Zusammenarbeit

Weiterhin machte das Moderatorenteam die Teilnehmer mit Visualisierungsregeln vertraut (Abbildung 11: Spielregeln für die Visualisierung).

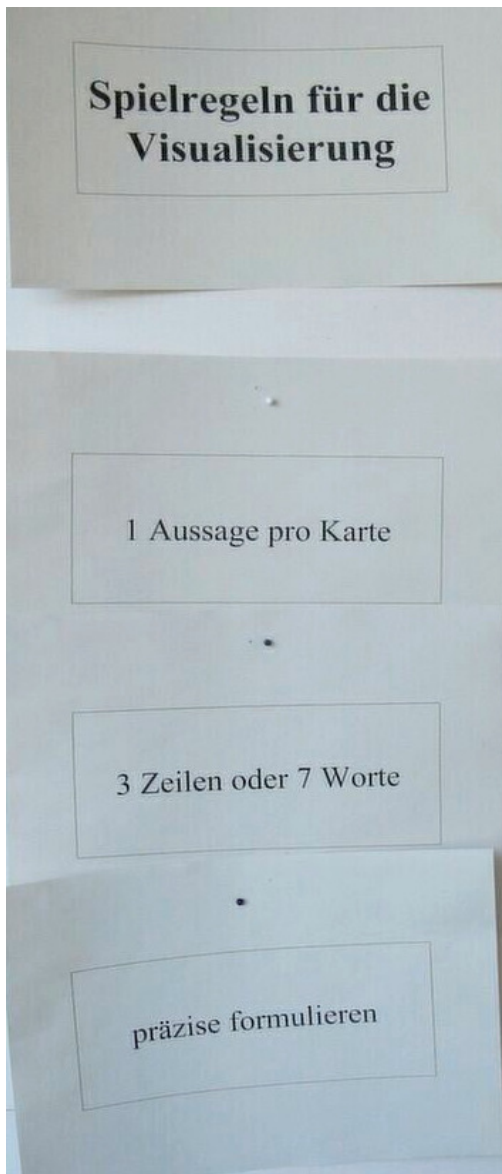


Abbildung 11: Spielregeln für die Visualisierung

Die Spielregeln für die Zusammenarbeit und Visualisierung wurden bei jedem Treffen als Erinnerung und Ermahnung die Regeln einzuhalten im Raum aufgehängt.

Kurzvortrag: Nachdem die Rahmenbedingungen für eine konstruktive Zusammenarbeit gelegt waren, stellte die Projektleitung im Rahmen eines Folienvortrages einige Ergebnisse aus dem Bielefelder Gesundheitssurvey vor. Unter der Fragestellung „Wie erleben Studierende ihre Hochschule? – Erfahrungen an der Universität Bielefeld“ wurden das Studiendesign und ausgewählte Ergebnisse des Bielefelder Ge-

sundheitssurveys vorgetragen. Zu diesen Informationen gehörten die selbstberichteten Krankheiten und Beschwerden sowie die psychosoziale und studienbezogene Belastungen im Studienverlauf. Die Projektleitung wies auf die niedrige Prävalenz ernster und chronischer Erkrankungen und die hohe Prävalenz von Symptomen und Beschwerden hin. Die Studierenden konnten die Erkenntnis, dass einige Beschwerden hohe Assoziationen zu psychosozialen Belastungen aufzeigen, gut nachvollziehen. Auch weitere Ergebnisse wie das Wohlbefinden an der Hochschule, der Wunsch nach struktureller Veränderung, der individuelle Beratungsbedarf sowie der Bedarf an Kurs- und Gruppenprogrammen wurde von den Studierenden interessiert aufgenommen. In der anschließenden Diskussion wurde u. a. thematisiert, dass Studierende in höheren Semestern wenig Interesse an der Universität haben und mehr zu Hause lernen.

Themensammlung: Im Anschluss an die Einführung in die Thematik auf allen Ebenen erfolgte die Themensammlung durch die Zirkelteilnehmer. Die Anwesenden erhielten die Aufforderung alle Probleme, die sie mitgebracht hatten, auf die ausgeteilten Kärtchen zu schreiben. Hier waren insbesondere die Vertreter von Gruppen, in diesem Fall die Fachschaftsmitglieder, gefordert.

Die Frage „Mit welchen Themen soll sich der Gesundheitszirkel beschäftigen?“ beantworteten die Studierenden mit 43 Karten. Diese erste Themensammlung ließ sich in 11 Bereiche clustern. Die Vorschläge bezogen sich zumeist auf formale Bedingungen des Studiums. Es wurde beschlossen, die gesammelten Themen als vorläufig zu betrachten und in der nächsten Zirkelsitzung noch weitere Inhalte zusammenzutragen. Die Teilnehmer des Gesundheitszirkels beschlossen, in den Fachschaften und unter den Studierenden weitere Gebiete zu erfragen.¹⁰

Rückmelderunde: Zum Abschluss befragte das Moderatorenteam die Teilnehmer durch Punktabfrage nach ihrer Bewertung der ersten Sitzung. Mit Hilfe eines Koordinatorenkreuzes wurden die Teilnehmer hinsichtlich der Atmosphäre (auf der Y-Achse) und der Arbeitsergebnisse (auf der X-Achse) befragt. Wie die Abbildung 12: Rückmeldung Auftaktveranstaltung zeigt, befanden sich alle Rückmeldungen (orange Punkte) der ersten Sitzung im positiven Bereich.

¹⁰ Um Redundanzen zu vermeiden, werden nur abgeschlossene Arbeitsschritte gezeigt. Die Abbildung 14: Themensammlung befindet sich deshalb unter 1. Arbeitstreffen, da dort die Themensammlung abgeschlossen wurde.

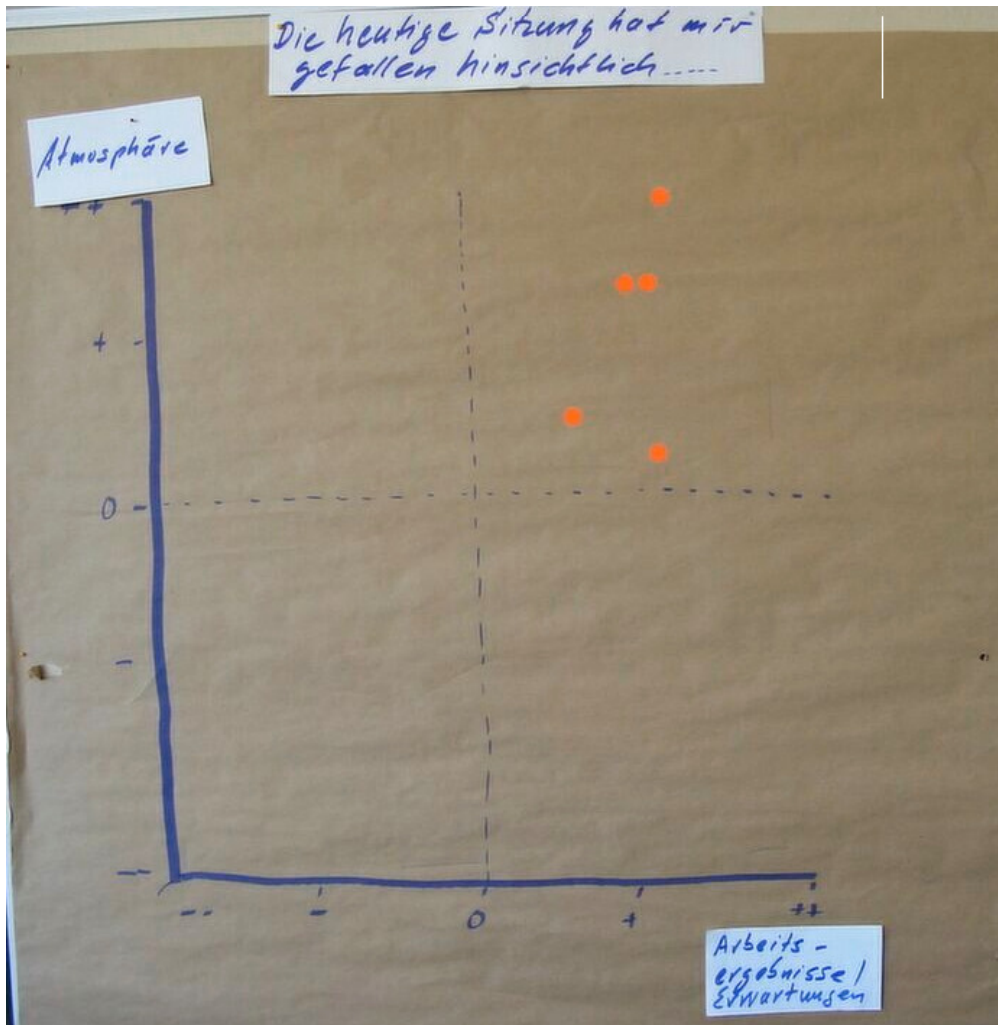


Abbildung 12: Rückmeldung Auftaktveranstaltung (orange Punkte)

4.1.2 Die Arbeitstreffen

Die Arbeitstreffen widmeten sich der Bearbeitung der Themen. Eingerahmt von einer Begrüßungsrunde zu Beginn und einer mündlichen und „schriftlichen“ Feedbackrunde (Klebepunkte auf Rückmeldungsplakat) am Ende einer jeder Sitzung, behandelten die Studierenden ein Themenfeld nach dem anderen.

Die Arbeit an den Themen begann, nachdem die Priorisierung während des ersten Arbeitstreffens vorgenommen wurde, wobei die Reihenfolge 1. Problembeschreibung und 2. Entwicklung von Lösungsvorschlägen strikt eingehalten wurde. Auch wenn die Themensammlung zum Teil schon Lösungsvorschläge enthielt, wurde zu diesen Punkten immer auch eine genaue Problembeschreibung erarbeitet. Hintergrund für dieses Vorgehen war die Idee, dass wenn nur eine Lösung vorliegt, im Nachhinein nicht mehr nachzuvollziehen ist, welches Problem damit gelöst werden soll.

Eine Übersicht über die während der Zirkeltreffen thematisierten Problemfelder gibt die folgende Abbildung 13: Themen der Arbeitstreffen.

- Themen die während der Arbeitstreffen bearbeitet wurden**

 1. Arbeitstreffen
 - Studium: `Prüfung/Prüfungssituation´ und `Problembeschreibung´
 2. Arbeitstreffen
 - Studium (Problembeschreibung)
 - Information
 3. Arbeitstreffen
 - Lernmöglichkeiten
 4. Arbeitstreffen
 - Fehlende Ruhezeiten
 - Sitzgelegenheiten
 - Mensaessen
 - Hochschulsport
 5. Arbeitstreffen
 - Studium

Abbildung 13: Themenbearbeitung während der Arbeitstreffen

Die Themen `Luftqualität (in der Halle)´, `Gebäudegestaltung (innen)´, `Gebäudegestaltung (außen)´ und `Sonstiges´ wurden während des Abschlusstreffens bearbeitet.

4.1.2.1 1. Arbeitstreffen (6. Juni 2001)

Teilnehmer: Am ersten Arbeitstreffen nahmen neben vier Studierenden das Modereatorenteam teil.

Rückmeldungen: Es gab Rückmeldungen von der Vertretung der Fachschaft Psychologie. Sie berichtete von einer Fachschaftssitzung, auf der weitere Themen für eine Themensammlung im Zirkel zusammengetragen wurden. Dabei stellte sich heraus, dass viele von der Fachschaft Psychologie gesammelten Themen sich mit den bereits in der Auftaktveranstaltung von dem Zirkel erarbeiteten Themen überschneiden.

Begriffsbestimmung: Das erste Arbeitstreffen beinhaltete als nächsten Tagungsord-

nungspunkt die Bestimmung der Begriffe Gesundheit und Gesundheitsförderung. Diese Diskussion hätte den Rahmen des Auftakttreffens gesprengt und wurde deshalb bewusst für das erste Arbeitstreffen eingeplant. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation diskutierten die Teilnehmer die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung und Setting-Ansatz.

Die Studierenden verstanden unter Gesundheit Wohlbefinden, keine Beschwerden sowie eine Bewältigungskompetenz, die eine Reaktion auf Anforderungen der Umwelt ist. Sie waren sich auch bewusst, dass Gesundheit etwas Subjektives ist. Aus dieser Diskussion erwuchs ein gemeinsamer Konsens als Grundlage für die weitere Zusammenarbeit.

Themensammlung: Weiterhin wurde die Themensammlung komplettiert. Dadurch, dass die Themensammlung erst in der zweiten Sitzung abgeschlossen wurde, bestand die Möglichkeit für die Beteiligten, zwischen dem ersten und dem zweiten Treffen noch einmal über mögliche Themen nachzudenken und/oder sich mit Kommilitonen, den Fachschaften und/oder dem AStA auszutauschen. Dies geschah mit der Absicht, wichtige fehlende Themen zu identifizieren.

Zusammen mit den Vorschlägen aus der Fachschaft Psychologie (s. o.) ergaben sich 12 neue Moderationskarten, die in die Themensammlung mit aufgenommen werden konnten. Abbildung 14: Themensammlung zeigt 10 der 11 Themen. Das umfangreiche Thema `Studium´ wurde auf einer gesonderten Moderationswand dargestellt¹¹.

¹¹ Da die Problemsammlung Studium während des zweiten Arbeitstreffens nochmals erweitert wurde, findet sich die Abbildung 18 unter 4.1.2.2 2. Arbeitstreffen.



Abbildung 14: Themensammlung, Übersicht über 10 von 11 Themen

Priorisierung: Das Moderatorenteam hatte vorgeschlagen, die gesammelten Themen nach Wichtigkeit und Realisierungschancen zu gewichten. Die Zirkelteilnehmer ent-

schieden sich jedoch für ein anderes Vorgehen. Nur durch das Kriterium Wichtigkeit erstellten die Teilnehmer per Punktabfrage eine Reihenfolge. Die Studierenden wollten damit sicherstellen, dass nicht ein für sie wichtiges Thema daran scheitert, dass wenige Chancen bei der Realisierung vermutet werden. Die Abbildung 16: Priorisierung der Themen gibt einen Einblick in das Abstimmungsverhalten der Teilnehmer und die Abbildung 15 gibt die Reihenfolge der Themen wieder.

- I. Studium, Organisation, Planung, Professoren, Betreuung
- II. Information
- III. Lernmöglichkeiten
- IV. Fehlende Ruhezeiten
- V. Sitzgelegenheiten
- VI. Mensaessen
- VII. Hochschulsport
- VIII. Luftqualität (Halle)
- VIII. Außengestaltung
- IX. Gebäudegestaltung
- X. Sonstiges

Abbildung 15: Reihenfolge der Themen

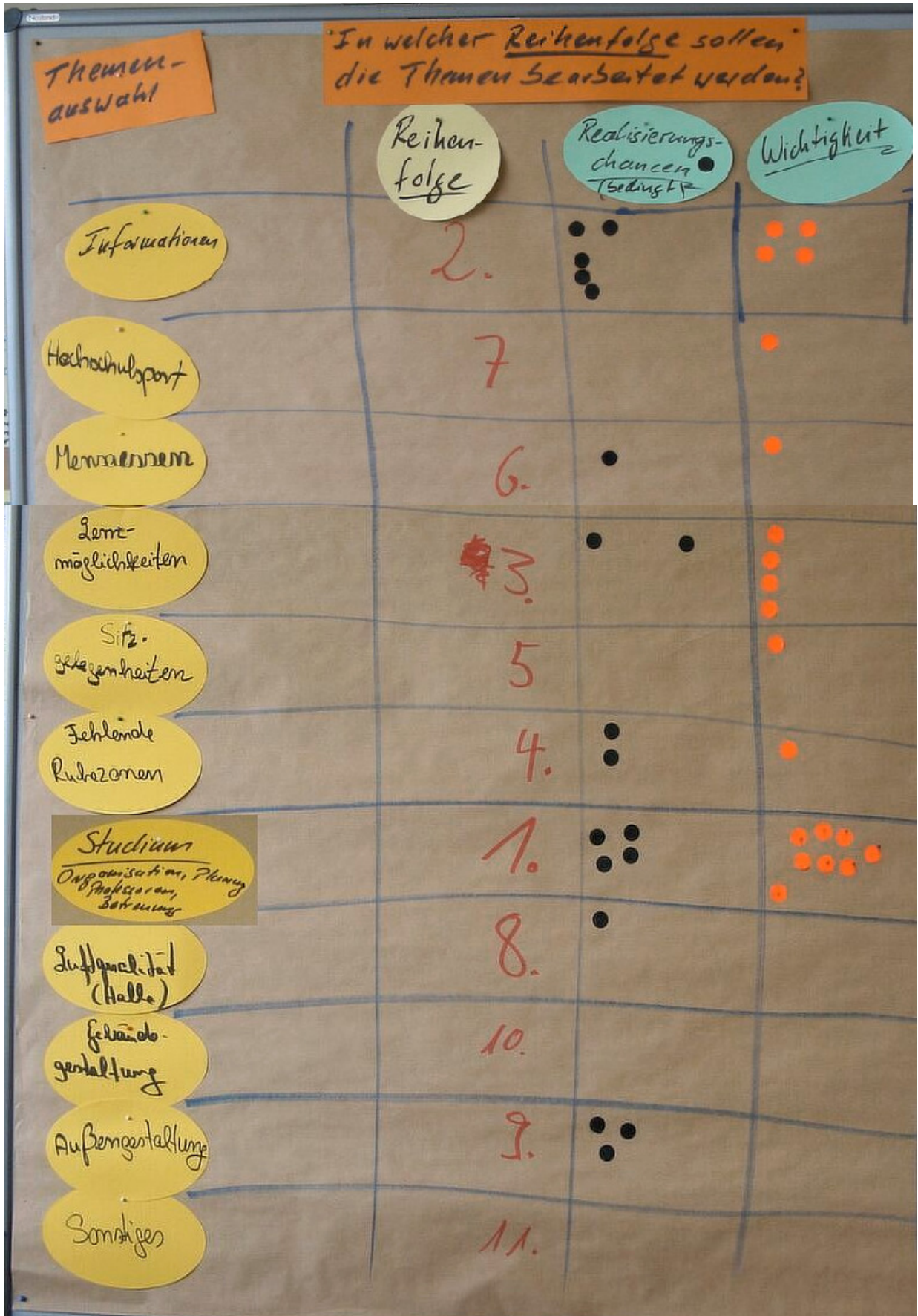


Abbildung 16: Priorisierung der Themen

Weiteres Vorgehen: Als weiteres Vorgehen beschloss die Gruppe alle Themen, die auf der eingerichteten Internetseite in den Diskussionsforen genannt werden, aufzugreifen. Zudem sollen themenbezogene Informationsplakate, die das Diskussionsforum bewerben, in der Universität aufgehängt werden.

Themenbearbeitung: Das Themengebiet Studium wurde in die vier Bereiche 'Prüfung/Prüfungssituation', 'Studienplanung u. -organisation', 'Lehre' und 'Betreuung/Studienbegleitung' unterteilt. Die Problemschreibung zum Thema Studium, Bereich 'Prüfung/Prüfungssituation' wurde weiter ausgearbeitet.

Feedback: Abschließend wurden die Teilnehmer um ihr Meinungsbild gebeten, wie Ihnen die Sitzung hinsichtlich der Atmosphäre und den Arbeitsergebnissen gefallen hat. Wie Abbildung 17: Rückmeldungen 1. Arbeitstreffen zeigt, lagen alle Rückmeldungen im positiven Bereich.

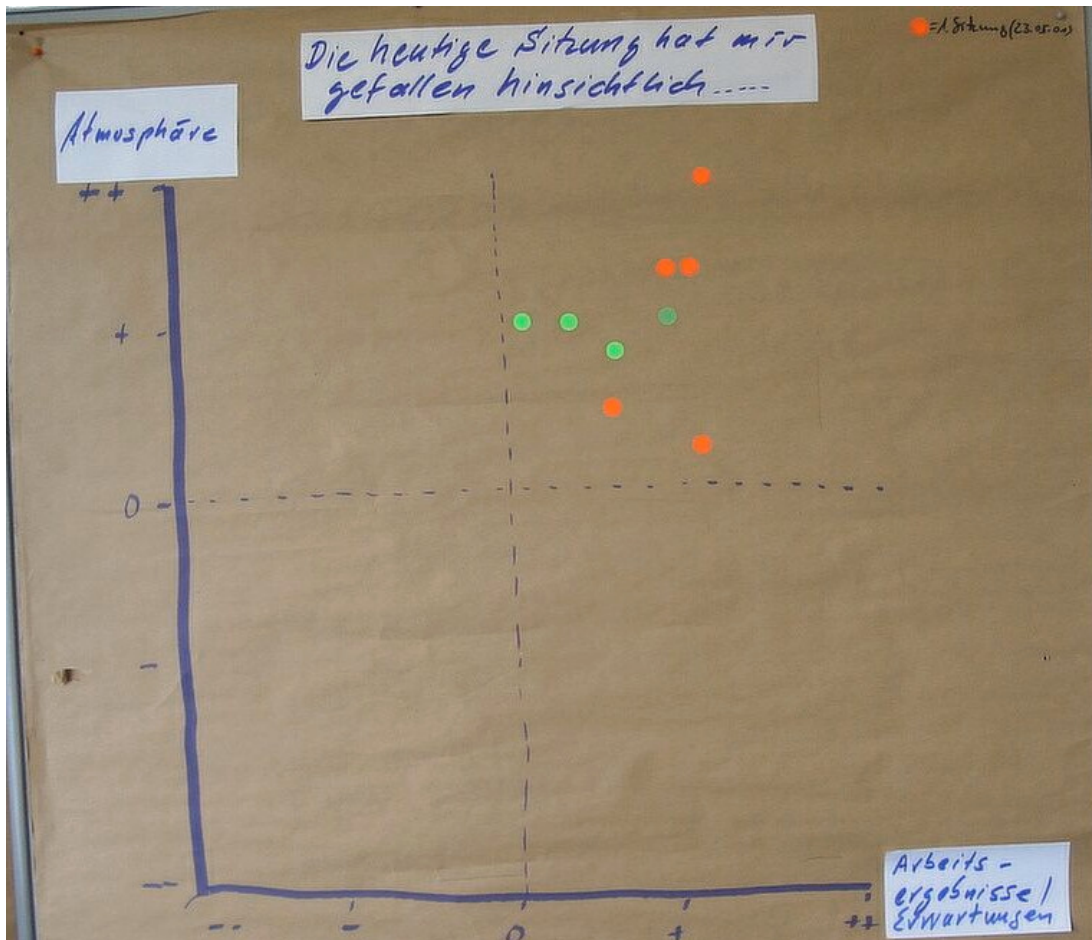


Abbildung 17: Rückmeldung 1. Arbeitstreffen (grüne Punkte)

4.1.2.2 2. Arbeitstreffen (13. Juni 2001)

Teilnehmer: Während des zweiten Arbeitstreffens, an dem vier Studierende und das Moderatorenteam teilnahmen, wurde die Problembeschreibung des Themas 'Studi-ums' fortgeführt und abgeschlossen. Die Erarbeitung der Lösungsvorschläge wurde auf eine Sitzung vertagt, an der die Sprecherin des Prorektors für Lehre anwesend sein kann.



Abbildung 18: Problembeschreibung Studium

Die Abbildung 18: Problembeschreibung Studium gibt einen Einblick in die erarbeiteten Bereiche.

Themenbearbeitung: Es wurde dann mit dem zweiten Thema 'Information' fortgefahren. Die Teilnehmer des Gesundheitszirkels stellten fest, dass zu diesem Thema keine Problembeschreibung mehr notwendig ist, da die Karten bereits die relevanten Informationen enthielten. Die Studierenden erarbeiteten deshalb einen Lösungsvorschlag. Abbildung 19: Information gibt einen Überblick über die Lösungsfindung für diese Problembeschreibungen.

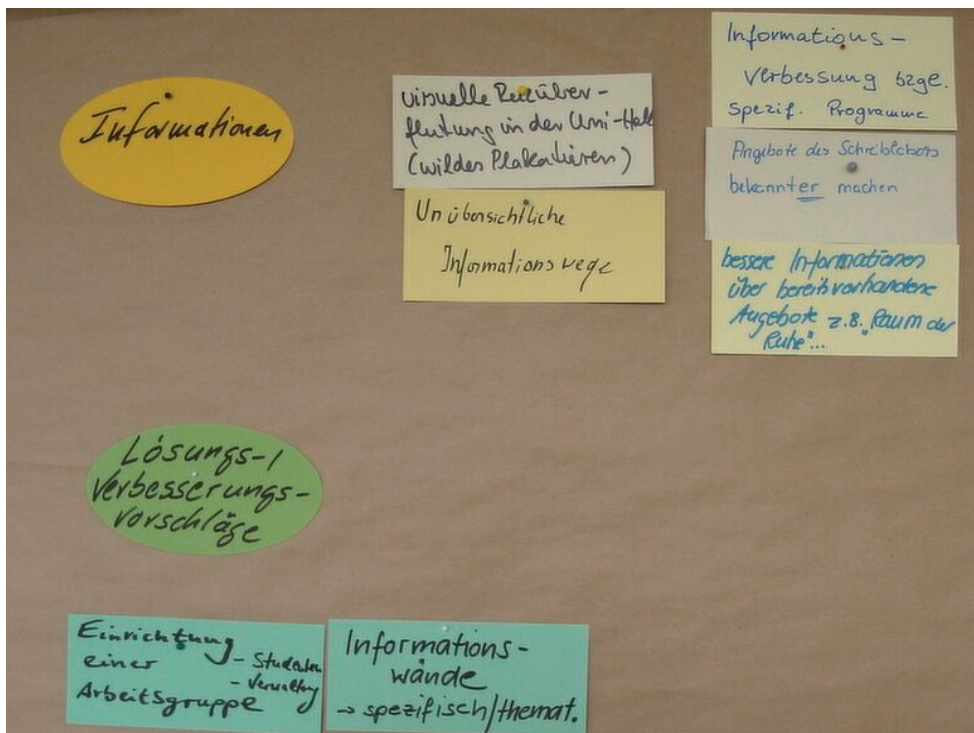


Abbildung 19: Information

Rückmeldung: Abschließend erfolgt die Rückmeldung der Teilnehmer auf dem Koordinatenkreuz (Abbildung 20: Rückmeldung 2. Arbeitstreffen), die alle im positiven Bereich lagen.

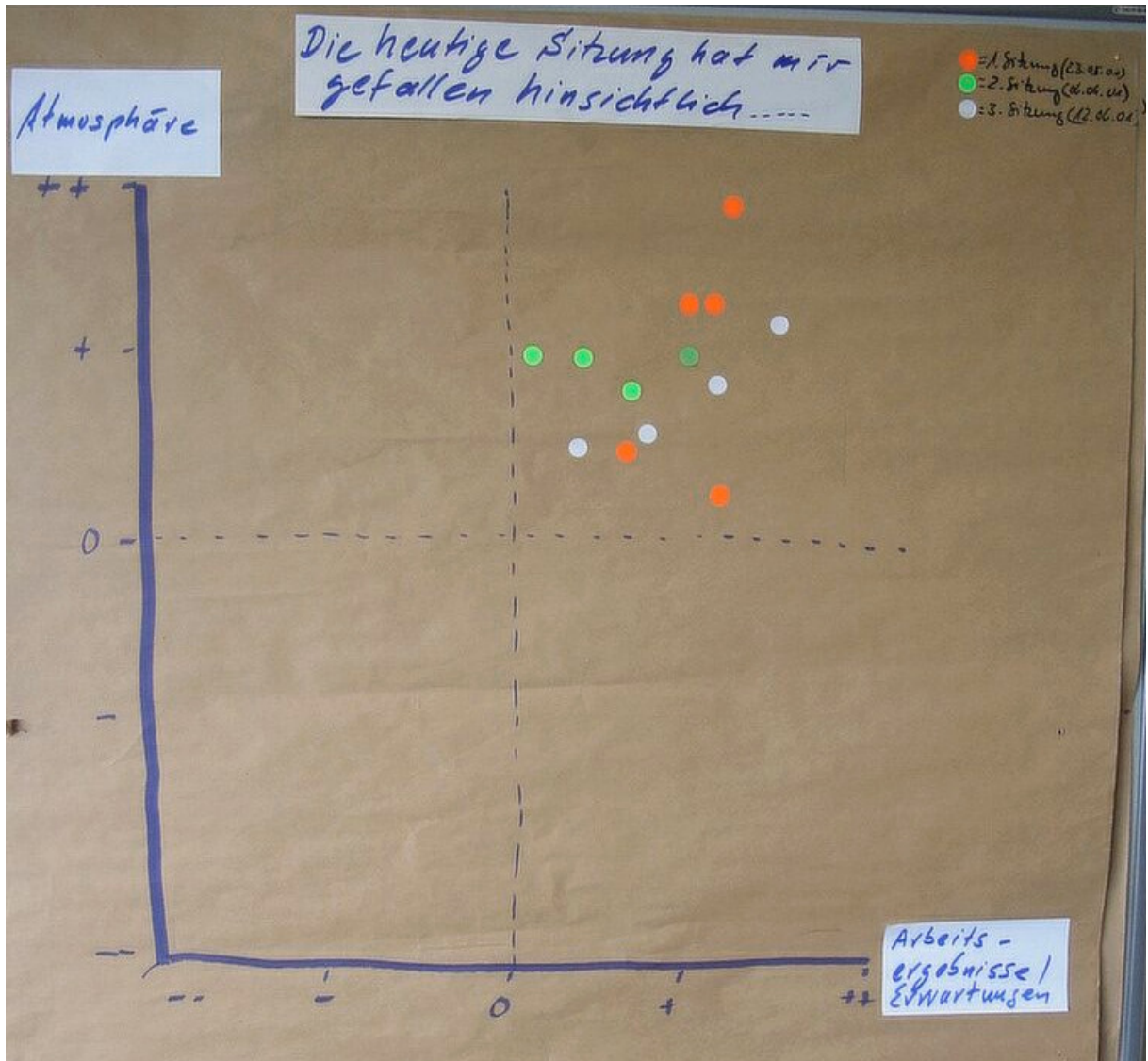


Abbildung 20: Rückmeldung 2. Arbeitstreffen (weiße Punkte)

4.1.2.3 3. Arbeitstreffen (27. Juni 2001)

Teilnehmer: Drei Studierende und die interne Moderation nahmen an diesem Treffen teil. Zudem war eine Vertretung der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen anwesend, durch die die *Vorstellung der Landesunfallkasse NRW* und deren Aufgaben erfolgte.

Feedback zur Halbzeit: Das 3. Arbeitstreffen war, zählt man das Auftakttreffen hinzu, die vierte Sitzung der Gruppe. Die Hälfte der geplanten Zirkelsitzungen war somit vorbei. Zu dieser Halbzeit wurden die Teilnehmer um ein Feedback zur bisherigen Arbeit gebeten. Alle anwesenden Studierenden äußerten sich mündlich. Sie waren mit der bisherigen Zirkelarbeit zufrieden.

Pressespiegel: Die bisher erschienenen Artikel zum Gesundheitszirkel wurden als

Handout den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Diese nahmen die Studierenden mit Interesse und Zustimmung zur Kenntnis.

Diskussionsforum: Um alle Studierenden über das Zirkelprojekt informieren zu können, entschieden die Teilnehmer, dass die für das Projekt eingerichtete Homepage durch Plakate in der Universität beworben werden sollte. Insbesondere auf das Diskussionsforum sollte aufmerksam gemacht werden. Die Zirkelteilnehmer entwickelten Texte für die Plakate.

Themenbearbeitung: Im Weiteren wurde noch der Themenkomplex Lernmöglichkeiten bearbeitet. Die Problembeschreibung Lernmöglichkeiten in der Bibliothek, Möglichkeiten für Kleingruppentreffen und Lernmöglichkeiten im Freien wurden vervollständigt. Letztere wurden dem Thema 'Außengestaltung' zugeordnet.

Rückmeldung: Zum Schluss wurde wieder eine Rückmeldung der Teilnehmer eingeholt. Diese lag im positiven Bereich (Abbildung 21: Rückmeldung 3. Arbeitstreffen).

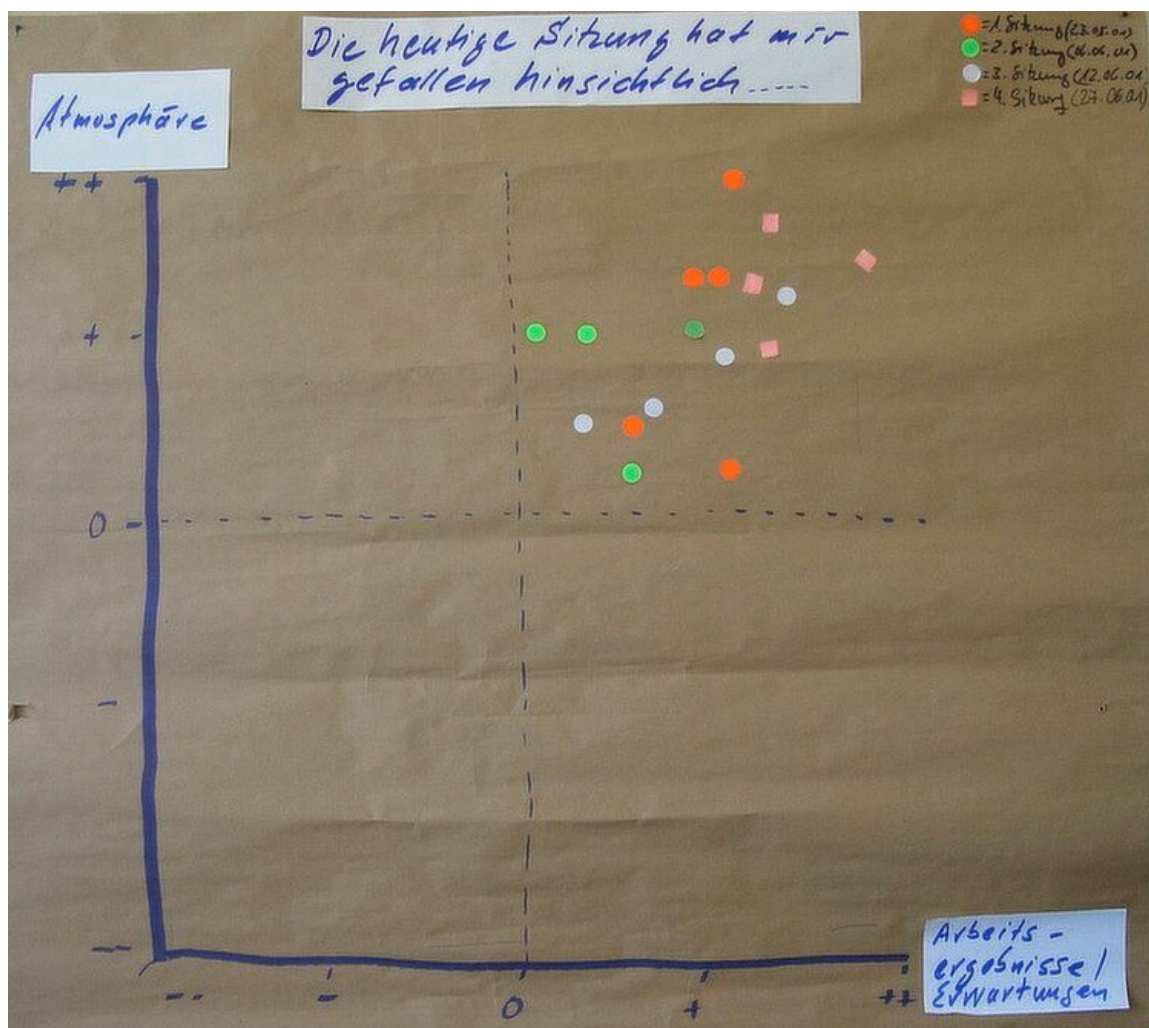


Abbildung 21: Rückmeldung 3. Arbeitstreffen (rosa Quadrate)

4.1.2.4 4. Arbeitstreffen (4. Juli 2001)

Teilnehmer: Am vierten Arbeitstreffen nahmen vier Studierende sowie das Moderatorteam teil.

Rückmeldungen: Als erstes wurden die Rückmeldungen zu den Plakaten diskutiert. Es stellte sich heraus, dass der Name der Homepage zu lang ist, um ihn sich zu merken. Auch waren die Plakate nicht klar genug formuliert. Der Bezug zum Thema Gesundheit war nicht immer deutlich genug. Da die Werbung mit den Plakaten in der Halle nicht den erwünschten Erfolg hatte, beschließt die Gruppe, die Werbung für die Homepage der Arbeitsgruppe zu übertragen, die mit der Umsetzung der Vorschläge betraut wird (AG 8). Zu Beginn des Herbstsemesters soll dann über Flyer noch einmal auf das Diskussionsforum hingewiesen werden.

Um das Thema Studium bearbeiten zu können, wird am nächsten Arbeitstreffen, welches gleichzeitig das letzte Arbeitstreffen ist, die Sprecherin des Prorektors für Lehre eingeladen. Gleichzeitig wird angekündigt, dass die Wissenschaftlerin, die die Interviews durchführen wird, ebenfalls am nächsten Treffen teilnehmen wird.

Themenbearbeitung: Die folgenden Themen wurden während des vierten Arbeitstreffen bearbeitet und Lösungsvorschläge entwickelt: Fehlende Ruhezeiten, Sitzgelegenheiten, Mensaessen und Hochschulsport (Abbildungen 22: Fehlende Ruhezeiten, 23: Sitzgelegenheiten, 24: Mensaessen und 25: Hochschulsport).



Abbildung 22: Fehlende Ruhezeiten



Abbildung 23: Sitzgelegenheiten

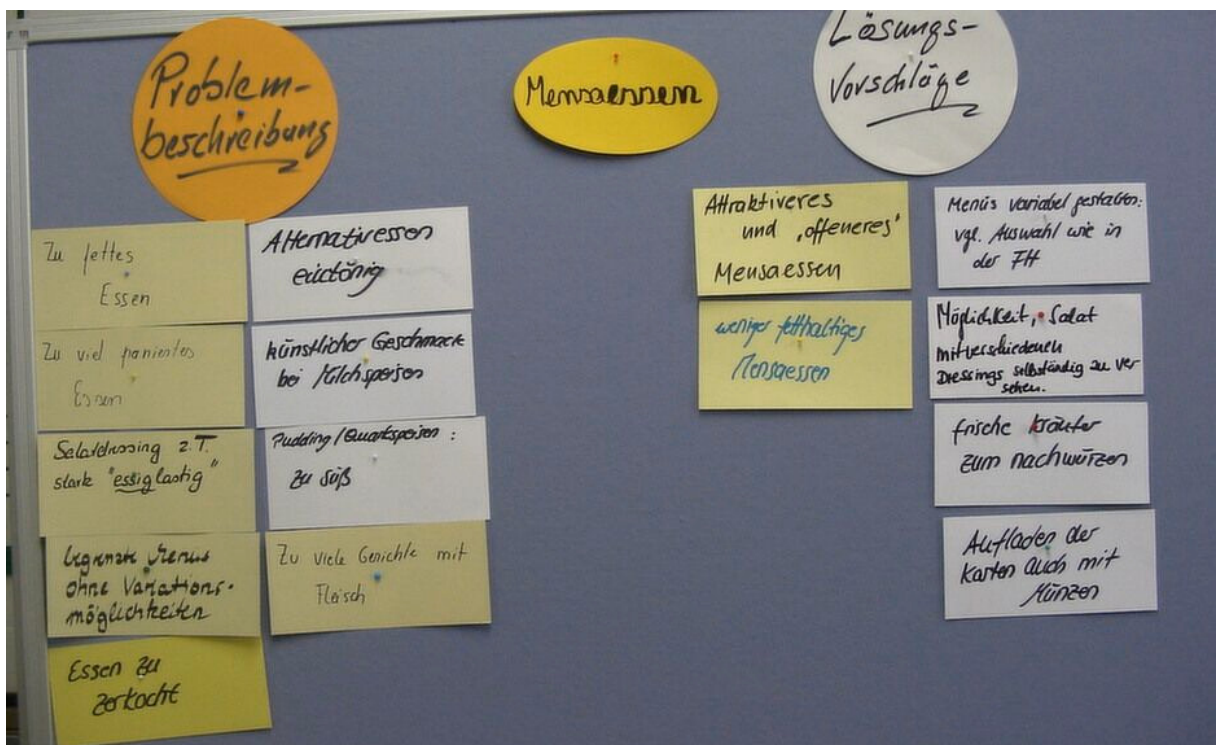


Abbildung 24: Mensaessen

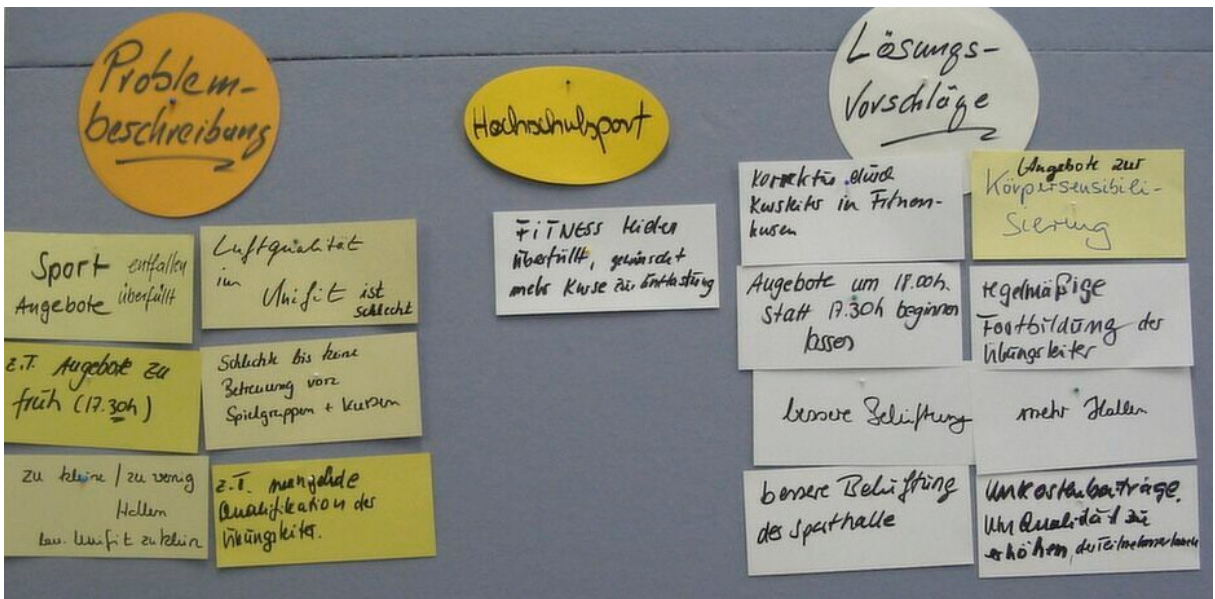


Abbildung 25: Hochschulsport

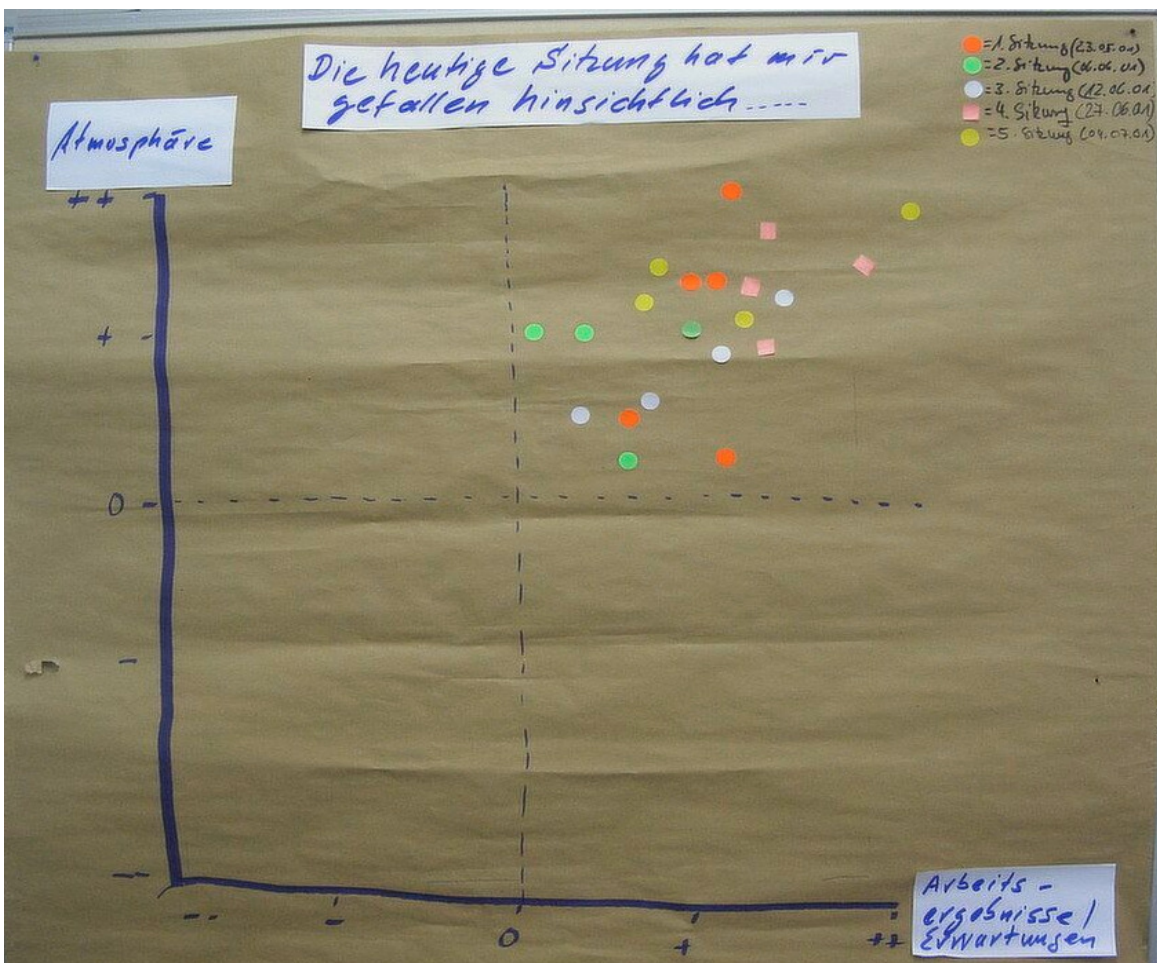


Abbildung 26: Rückmeldung 4. Arbeitstreffen (gelbe Punkte)

Rückmeldung: Die Abbildung 26: Rückmeldungen 4. Arbeitstreffen gibt das Stimmungsbild des vierten Arbeitstreffens wieder. Die Rückmeldungen liegen im positiven Bereich.

4.1.2.5 5. Arbeitstreffen (11. Juli 2001)¹²

Teilnehmer: Am fünften Arbeitstreffen nahmen vier Studierende, die Sprecherin des Prorektors für Lehre, die Interviewerin und die interne Moderation teil.

Themenbearbeitung: Im Vordergrund stand die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zu den Themen Studium 'Prüfung/Prüfungssituation', 'Studienplanung und -organisation' und 'Betreuung/Studienbegleitung'. Die Gruppe hat beschlossen die Problembeschreibung des sehr komplexen Themas Lehre in Anbetracht der wenigen verbleibenden Zeit an die Kommission für Qualität in der Lehre weiterzuleiten.

Rückmeldung: Zum ersten Mal gab es bei der Rückmeldung eine Einschätzung, die sich im negativen Bereich befand. Bezüglich der Arbeitsergebnisse befand ein Teilnehmer die Arbeitsergebnisse im neutralen bis mittleren negativen Bereich. Die Bewertung der Atmosphäre lag im positiven Bereich. Von einem anderen Teilnehmer wurde die Sitzung ebenfalls bezogen auf die Arbeitsergebnisse als neutral angesehen, ebenso die Einschätzung bezüglich der Atmosphäre. Alle anderen Teilnehmer bewerteten die Sitzung im positiven Bereich (Abbildung 29: Rückmeldung Abschlusstreffen)

4.1.3 Abschlusstreffen (18. Juli 2001)

Teilnehmer: Beim Abschlusstreffen waren sechs Studierende und das Moderatorenteam anwesend.

Themenbearbeitung: Die Bearbeitung der Themen wurde abgeschlossen, in dem für die Themen 'Luftqualität (in der Halle)', 'Gebäudegestaltung' (Abbildung 27: Luftqualität (in der Halle) und Gebäudegestaltung) sowie 'Außengestaltung' und 'Sonstiges' (Abbildung 28: Außengestaltung und Sonstiges) Lösungsvorschläge erarbeitet wurden.

¹² Am 5. Arbeitstreffen stand keine Kamera zur Verfügung. Deshalb konnten auch keine Aufnahmen gemacht werden. Das Rückmeldeverhalten zu dieser Sitzung ist dem Plakat der Abschlussveranstaltung zu entnehmen.

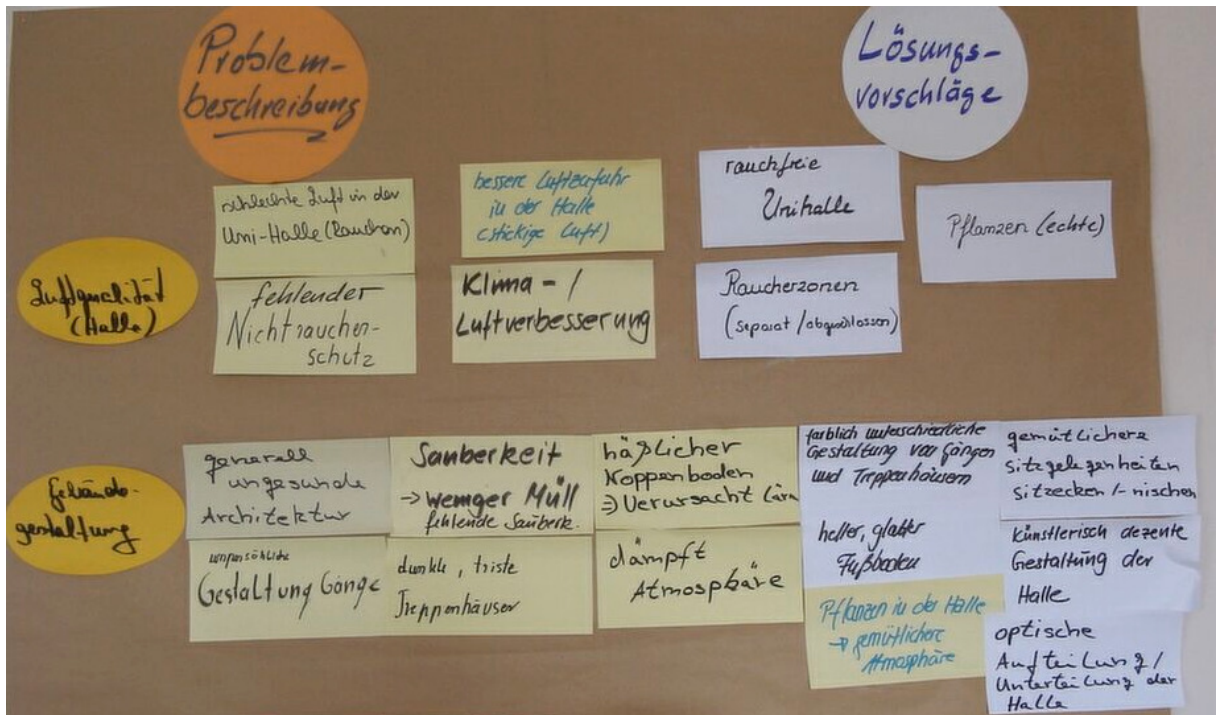


Abbildung 27: Luftqualität (in der Halle) und Gebäudegestaltung

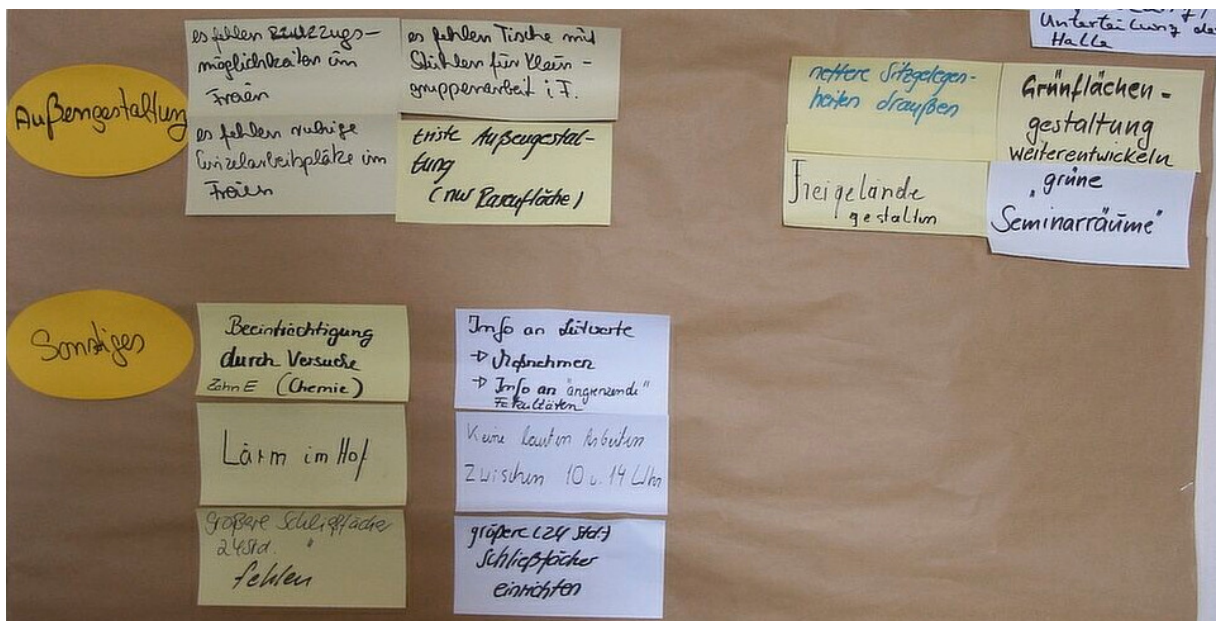


Abbildung 28: Außengestaltung und Sonstiges

Arbeitsplan für nachfolgende Arbeitsgruppe (AG 8): Anhand einer vorbereiteten tabellarischen Zusammenstellung aller bisher erarbeiteten Vorschläge wurden diese überarbeitet. Wo dies noch nicht geschehen war, legte die Gruppe konkrete Maßnahmen bzw. Verfahrensweisen fest.

Rückmeldung: Zum Abschluss der Zirkelarbeit erbat den Moderatoren von den Teilnehmern ein mündliches Feedback, welches sich auf die gesamte Zirkelarbeit beziehen sollte. Die Studierenden gaben folgende Rückmeldungen:

„Ich halte den Zirkel für sehr sinnvoll und hilfreich.“; „Ich habe die Hoffnung, dass viele Dinge umgesetzt werden.“; „Es hat sich herausgestellt, dass der Informationsfluss in der Universität ein Problem darstellt.“; „Ich sehe es als schwierig an, wie das mit den Patenschaften läuft“; „Das Diskussionsforum soll weiter verfolgt werden, damit mehr Leute erreicht werden. Die Information sollte per E-Mail an alle verschickt werden.“; „Sinnvoll“; „Bestehende Grenzen sind frustrierend“; „Bin gespannt was daraus wird.“

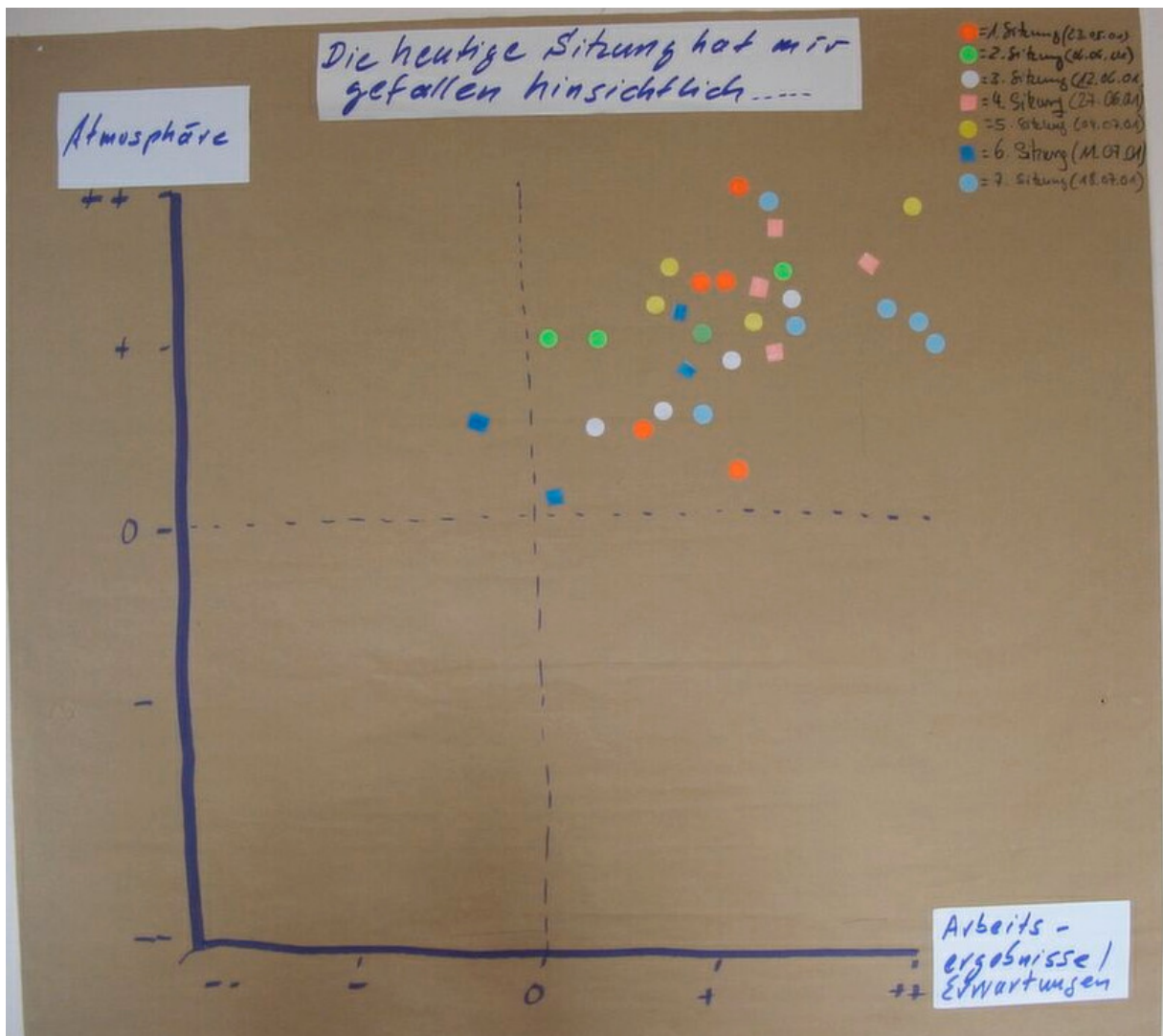


Abbildung 29: Rückmeldung Abschlusstreffen (hellblaue Kreise)

Die Rückmeldungen zu der Abschlusssitzung auf dem Koordinatorenkreuz befanden sich alle im positiven Bereich (Abbildung 29: Rückmeldung Abschlusstreffen)

4.1.4 Nachtreffen 21. November 2001

Im Wintersemester 2001/2002 hat ein Nachtreffen statt gefunden: Inhalt waren der aktuelle Stand der Umsetzung sowie die Pläne der AG 8 zur Umsetzung der Vorschläge.

4.2 Vorschläge des Gesundheitszirkels

Im folgenden Abschnitt werden die Arbeitsergebnisse des Gesundheitszirkels vorgestellt.

Um die Vorschläge besser einordnen zu können, werden zunächst die aus dem Diskussionsprozess erwachsenen Karten vorgestellt. In der Diskussion waren sich die Studierenden stets darüber bewusst, dass sie ihre persönliche Meinung vertraten. Hierzu wurden sie von Seiten der Moderation auch immer wieder ausdrücklich aufgefordert. Trotzdem bemühten sich die Studierenden, Punkte heraus zu arbeiten, von denen sie wussten, dass dies auch für die Kommilitonen Problempunkte darstellten.

Das Ergebnis eines langen Diskussionsprozesses war oft eine Karte, die dann den im Diskussionsprozess erreichten Konsens unter den Teilnehmenden aufzeigt.

Die Anzahl der Karten steht nicht in einem bestimmten Verhältnis zu der Anzahl der entwickelten Vorschläge. So können zwei Vorschläge sowohl das Ergebnis von 10 Karten (z.B. Planung und Organisation) als auch einer einzigen Karte (z.B. Sprechstunden) sein.

Die in den Kästchen dargestellten Vorschläge sowie Maßnahmen/Vorgehensweisen sind der Tabelle entnommen, die in der Abschlusssitzung des Zirkels von den Teilnehmern festgelegt wurde. Um leichter mit den Vorschlägen arbeiten zu können, wurden diese Formulierungen später um eine Überschrift ergänzt. Diese Kurzbeschreibungen werden hier eingeführt, da sie im Weiteren noch Verwendung finden.

4.2.1 I. Studium

Planung und Organisation

Zu dem Thema `Studienplanung und -organisation´ beschrifteten die Teilnehmer zehn Karten. Die Problembeschreibungen setzten sich mit unterschiedlichen Aspekten der Thematik auseinander. Die Zusammenstellung des Stundenplanes wurde für einige Studierende, die am Zirkel teilnahmen dadurch erschwert, dass Pflichtvorlesungen zeitgleich angeboten wurden („fehlende zeitl. Abstimmung der Veranstaltungen“). Die Studierenden fühlten sich über ausfallende Veranstaltungen nicht ausreichend informiert, insbesondere bei dem Einsatz externer Lehrkräfte („mangelnde Abstimmung mit externen Lehrkräften – Ausfall von Veranstaltungen“). Allgemein beschrieben die Studierenden fehlende Koordination, Kooperation, Informationen und Organisation als Problem für ihr Studium („Fehlende Kooperation zwischen Fakultä-

ten“, „schlechte Planung bzgl. Räume + Literatur“, „fehlende Informationen bei Änderung der Studienordnung“, „Koordination Lehramtsstudiengang“ und „Organisation der Prüfungstermine“). Auch beschrieben die Studierenden Probleme mit dem Lehrangebot („Unübersichtlichkeit des Lehrangebotes“, „fehlende Kriterien zur Auswahl“ und „zu wenig Angebote im Hauptstudium – besonders Sportpädagogik“)

Diese Problemfelder wurden zu dem Themenfeld `Studium – Studienplanung und -organisation´ zusammengefasst. Hierzu erarbeitete der Zirkel zwei Vorschläge:

Vorschlag 1 Überschneidungen im Elektronisch Kommentierten Vorlesungsverzeichnis (EKVV)

Vorschlag: *Ein elektronisches Vorlesungsverzeichnis meldet sich überschneidende Veranstaltungen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Noch während der Zirkelarbeit erfuhren die Teilnehmer, dass bereits ein elektronisches Vorlesungsverzeichnis existiert, welches demnächst eingeführt wird.*

Vorschlag 2 Rückmeldefunktion im EKVV

Vorschlag: *Einfügen einer Rückmeldefunktion im elektronischen Vorlesungsverzeichnis, die über ausfallende Veranstaltungen informiert.*

Maßnahme/Vorgehensweise: Die AG 8 soll beim Programmierer des EKVV nachfragen, ob diese Funktion möglich ist.

Betreuung

Zu dem Bereich der Betreuung und Studienbegleitung gaben fünf Karten die Problembeschreibung wieder. Die Karte, die sich mit den Sprechzeiten beschäftigte, wurde nachträglich dem Punkt Sprechstunden der wiss. Mitarbeiter zugeordnet und auch dort bearbeitet. Einige Studierende fühlten sich im Studium nicht ausreichend betreut („zu wenig Ansprechpartner Mentoren“ und „Verinselung + Vereinsamung im Studium“). Am Ende des Studiums wird die „fehlende Koordination/Beratung zwischen Studium und Beruf“ sowie die „fehlende Würdigung des Studienabschlusses“ als belastend beschrieben.

Vorschlag 3 Patenschaften

Vorschlag: *Einführung eines Patenschaftssystems.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die Zirkelteilnehmer erfuhren durch die Sprecherin des Prorektors für Lehre, dass im WS 00/01 ein Patenschaftssystem eingeführt worden ist.*

Vorschlag 4 Rückmeldung über Patenschaften

Vorschlag: *Die Studierenden sollen über die Fachschaften zurückmelden, ob und wie das Patenschaftssystem funktioniert.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die Vertreterin der Fachschaft für Pädagogik bereitet einen Tagesordnungspunkt für das Treffen aller Fachschaften (TAF) vor, der die Fachschaften darüber informieren soll, dass sie Rückmeldungen zum Patenschaftssystem direkt an die Sprecherin der Prorektors für Lehre weiterleiten.*

Sprechstunden (der wissenschaftlichen Mitarbeiter)

Im Zirkel stellte sich heraus, dass es für die Studierenden oft nicht möglich ist, Kontakt zu den wissenschaftlichen Mitarbeitern aufzunehmen. So überschneiden sich die angebotenen Sprechzeiten zum Teil mit Vorlesungszeiten oder Sprechzeiten fallen ohne Vorankündigung aus. Die Fakultäten sollen für diese Thematik sensibilisiert werden. Deshalb soll auf den Fachschaftskonferenzen darüber diskutiert werden, wie die Problematik im eigenen Bereich beurteilt wird und wie damit umgegangen werden soll („ungünstige/zu wenig Sprechzeiten“). Dieser Problembeschreibung wurde von den Studierenden viel Bedeutung zugemessen, da alle davon betroffen waren. Der Zirkel entwickelte zwei unterschiedliche Strategien, um das Thema anzugehen.

Vorschlag 5 Diskussion Sprechstunden

Vorschlag: *Entwicklung von Thesenpapieren zum Thema Sprechstunden, die in den Fakultätskonferenzen diskutiert werden sollen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die Vertreterin der Fachschaft für Pädagogik bereitet den Tagesordnungspunkt für das TAF vor.*

Vorschlag 6 Umfragen Sprechstunden

Vorschlag: *Durchführung von Umfragen bei Studierenden über deren Bedürfnisse bezüglich der Sprechzeiten.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Beim Treffen aller Fachschaften soll ein einheitlicher Fragebogen entwickelt werden.*

Prüfungen

Die Problemstellungen zum Thema `Prüfungen und Prüfungssituation´ waren für die Studierenden sehr vielfältig. Zehn Karten beschreiben das Problemfeld. Für Studierende einiger Fakultäten bestand das Problem darin, dass sie während des Studiums kaum Erfahrungen mit Prüfungen, insbesondere mit mündlichen Prüfungen, sammeln konnten, da diese erst am Ende des Studiums vorgesehen sind. Zu den mündlichen Prüfungen gab es folgende Aussagen „fehlende Vorbereitung auf mdl. Prüfung (Studienordnung)“ und „zu oberflächliche und zu wenig spezifische mdl. Prüfungen in Psychologie“. Bei den Klausuren beschrieben die Studierenden folgende Probleme: „z. T. fehlendes Korrekturlesen bei schriftl. Prüfung“, „fehlende Aufsicht/Kontrolle bei schriftl. Prüfungen“. Die Studierenden sind oft nicht über die unterschiedlichen Hilfsangebote der Universität informiert („fehlende Informationen über Trainingsangebote“ und „fehlende Informationen über Einspruchsmöglichkeiten“). Auch die Prüfer als Person bereiten den Studierenden Probleme. In einigen Bereichen ist es nicht möglich eine bestimmte Person als Prüfer zu umgehen („eingeschränkte Wahlmöglichkeiten - Prüfer“). Im Zirkel trat das Problem auf, dass das Verhalten von einzelnen Prüfern nicht immer der Situation angemessen ist. So leiden Studierende unter der „fehlenden Würdigung der Prüfungssituation durch z.B. rauchende Prüfer“.

Über den Ablauf bzw. Verlauf einer Prüfung existieren in den Fakultäten nur sporadische Informationen („fehlende Muster Klausuren“).

Ergänzend ist zu sagen, dass die Diskussion zeigte, dass die Prüfungsordnungen oft Bücher mit sieben Siegeln sind. Die Prüfungsordnungen sind so kompliziert verfasst, dass sie für die Studierenden nicht nachvollziehbar sind. Aus diesen unterschiedlichen Problembeschreibungen zum Thema `Prüfungen/Prüfungssituation´ erarbeitete der Zirkel sechs Lösungsvorschläge.

Vorschlag 7 Studienbegleitende Prüfungen

Vorschlag: *Veränderung der Prüfungsordnung dahingehend, dass studienbegleitende Prüfungen zur Pflicht werden.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Während des Zirkels stellte sich heraus, dass eine veränderte Prüfungsordnung verabschiedet wurde, die studienbegleitende Prüfungen vorsieht. Die Fakultäten sollen studienbegleitende Prüfungen nach und nach in ihren Prüfungsordnungen umsetzen.*

Vorschlag 8 Mehr Informationen zum Thema Prüfung

Vorschlag: *Mehr Aushänge durch die Studienberatungen, die über die verschiedenen Angebote der Universität zum Thema Prüfung informieren.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll einen Brief entwerfen, der die Studienberatungen darüber informiert, dass Glaskästen als Materialanforderung für Aushänge bestellt werden können.*

Vorschlag 9 STIB überprüfen

Vorschlag: *Überprüfung der Broschüre STIB, ob über die Angebote der Universität ausreichend Informationen gegeben werden.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Für die übernächste Ausgabe soll die AG 8 die Angaben im STIB zum Thema Prüfungen überprüfen und bei Bedarf Verbesserungsvorschläge bei der Redaktion des STIB einreichen.*

Vorschlag 10 Broschüre „Prüfungen“

Vorschlag: *Entwicklung einer Broschüre zum Thema Prüfungen mit einer „Übersetzung“ der Prüfungsordnung.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll die Möglichkeiten der Erstellung einer solchen Broschüre (Verantwortliche, Finanzierung etc.) überprüfen.*

Darüber hinaus wird die Vertreterin der Fachschaft für Psychologie eine in der Fakultät für Psychologie existierende „Übersetzung“ der Prüfungsordnung an die Sprecherin des Prorektors für Lehre weiterreichen. Diese wird die „Übersetzung“ an alle Studienberatungen verteilen.

Vorschlag 11 Muster-Klausuren-Ordner

Vorschlag: *Einführung von Prüfungsprotokollen und „Muster-Klausuren-Ordnern“ in allen Fachschaften.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Dieses Vorgehen soll beim TAF weitergegeben werden.*

Vorschlag 12 Würdigung von Prüfungen

Vorschlag: *Fehlende Würdigung der Prüfungssituation.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die vom Gesundheitszirkel erarbeitete Problemanalyse soll durch die AG 8 an die entsprechenden Stellen in der Universität weitergeleitet werden.*

Lehre (Problembeschreibung)

Im Rahmen der Problembeschreibung waren die vier Unterpunkte zum Thema Studium zunächst anders gegliedert. Die Unterpunkte Sprechstunden der wiss. Mitarbeiter und Mentoren/Patenschaften bildeten den Punkt Betreuung/Studienbegleitung. Den vierten Bereich bildete der Punkt Lehre, zu dem keine Lösungsvorschläge entwickelt wurden. Die erarbeiteten Problembeschreibungen können der Abbildung 30: Problembeschreibung Lehre entnommen werden.

Lehre				
z.T. fehlende Praxisrelevanz	mangelnde didaktische Fähigkeiten	fehlender roter Faden - Semester - einzelne Vorlesung	veraltete Lehrinhalte	zu geringes Niveau einzelner Veranstaltungen
z.T. fehlende Evaluation	mangelnde Transparenz der Evaluations-ergebnisse	fehlende Konsequenz aus Evaluations-ergebnissen	z.T. respektlosen Umgang mit Studierenden	z.T. zu hohe Anforderungen

Abbildung 30: Problembeschreibungen Lehre

Maßnahme/Vorgehensweise: *Der Zirkel macht den Vorschlag, dass diese Problembeschreibungen an die Kommission für Qualität in der Lehre weitergeleitet werden sollen.*

4.2.2 II. Information

Die Studierenden diskutierten auf fünf Karten das Problem der „visuelle(n) Reizüberflutung in der zentralen Halle der Universität (wildes Plakatieren)“ und beschrieben „unübersichtliche Informationswege“. Auf der anderen Seite fehlten ihnen „bessere Informationen über bereits vorhandene Angebote z.B. „Raum der Ruhe“. Die „Angebote des Schreiblabors“ sollten bekannter gemacht werden. Die Studierenden forderten insgesamt eine „Informationsverbesserung bzgl. spezifischer Programme“.

Vorschlag 13 Informationsflut ordnen

Vorschlag: Einrichtung einer Arbeitsgruppe zusammengesetzt aus Studierenden und Verwaltung. Aufgabe dieser Arbeitsgruppe soll die Gestaltung der Informationswände (spezifisch/thematisch) sein.

Maßnahme/Vorgehensweise: Um diesen Vorschlag umzusetzen, soll die AG 8 Vertreter des Allgemeinen Studierenden Ausschusses und den Dezernenten für akademische und studentische Angelegenheiten (Zentrale Universitätsverwaltung Dezernat II) zu einem Gespräch einladen.

4.2.3 III. Lernmöglichkeiten

Bibliothek

Ein Problem für die Studierenden, die sich über längere Zeit in der Bibliothek aufhalten müssen, ist das Raumklima. Die Luft trocknet die Schleimhäute aus. Dies ist für die Studierenden besonders unangenehm, da keine Getränke in die Bibliothek mit hinein genommen werden dürfen („es fehlt die Möglichkeit nichtalkoholische Getränke mitzubringen“). Auch in anderen Bereichen führt das Klima in der Bibliothek zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In einigen Bereichen der Bibliothek, beispielsweise im Bereich Psychologie zieht es so stark durch die Fenster, dass sich die Studierenden mit Jacken und Woldecken ausrüsten, um in der Bibliothek überhaupt arbeiten zu können („an den seitlichen Fenstern zieht es (Psychologie)“).

Besonders betroffen sind Studierende, die sich am Ende ihrer Qualifikationsphase befinden und über einen längeren Zeitraum in der Bibliothek arbeiten müssen wie dies bei Prüfungsvorbereitungen oder der Anfertigung von Diplomarbeiten, Magisterarbeiten, Doktorarbeiten oder ähnlichem der Fall ist. Es existieren keine geeigneten Arbeitsplätze, die auf diese spezielle Situation ausgerichtet sind. So fehlen aus Sicht der Studierenden Einzelarbeitsplätze, an denen die Studierenden einen Teil ihrer persönlichen Arbeitsunterlagen liegenlassen können und die über eine entsprechen-

de Beleuchtung verfügen („es fehlen Einzelarbeitsplätze mit Leselampen“, „es fehlt Platz um Materialien zu verstauen/über Nacht zu lagern“).

Zu den oben genannten vier Problembeschreibungen erarbeitete der Zirkel zwei Lösungsvorschläge.

Vorschlag 14 Einzelarbeitsplätze BIB

Vorschlag: *Einrichtung von Einzelarbeitsplätzen in der Bibliothek (Leselampen, mietbare Rollcontainer, Mitbringen nicht alkoholischer Getränke erlaubt).*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Als Vorgehensweise schlägt der Gesundheitszirkel vor, dass die AG 8 die Abteilung Benutzerdienste der Bibliothek zu einem Gespräch einlädt.*

Vorschlag 15 Raumlufte BIB

Vorschlag: *Die Verantwortlichen auf das Problem ansprechen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll in einem Gespräch (vgl. Vorschlag 14) die Verantwortlichen der Bibliothek darauf ansprechen.*

Unter freiem Himmel

Um die Universität herum befindet sich viel Grünfläche. Andererseits gibt es keine Rückzugsmöglichkeiten, die es den Studierenden ermöglicht, ungestört zu arbeiten („es fehlen Rückzugsmöglichkeiten im Freien“). „Es fehlen Tische mit Stühlen für Kleingruppenarbeit im Freien“ und „es fehlen ruhige Einzelarbeitsplätze im Freien“. Die Außengestaltung (nur Rasenfläche) wird von den Studierenden als trist empfunden. Aus diesen drei Problembeschreibungen gestalteten die Studierenden einen Vorschlag.

Vorschlag 16 Sitzmöbel im Freien

Vorschlag: *Schaffung von geeigneten Rückzugsmöglichkeiten im Freien. Einrichtung von Einzelarbeitsplätzen sowie Anschaffung/Bereitstellung von Tischen und Stühlen für Kleingruppenarbeit.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Eine Teilnehmerin des Zirkels führt an der Fakultät für Pädagogik Lehrveranstaltungen durch und hat sich angeboten, das Thema im nächsten Semester mit den Studierenden zu bearbeiten.*

4.2.4 IV. Fehlende Ruhezeiten

Die Studierenden erleben das „Gedränge in der Halle in den Pausen“ als Beeinträchtigung. Auch wird ein „hoher Geräuschpegel“ in der Halle von den Studierenden als unangenehm empfunden. Die Studierenden haben das Bedürfnis nach einem „Raum, um zwischen den Veranstaltungen abzuschalten...“. Insgesamt „fehlen Ruhezeiten“, Rückzugsmöglichkeiten und Erholungsmöglichkeiten in der Universität. Der „Zugang zu den Lichthöfen fehlt“. Die Studierenden favorisieren die Schaffung von „rauchfreie(n) Ruhezeiten“. Insbesondere vor Prüfungen fehlen Ruheräume („Ruheräume vor Prüfungen fehlen“). Ein „geräuscharmer Raum mit der Möglichkeit Getränke mitzunehmen fehlt“ den Studierenden auch.

Aus den 11 Problembeschreibungen zum Thema fehlende Ruhezeiten entwickelten die Zirkelteilnehmer fünf Vorschläge, die sich auf unterschiedliche Bereiche der Universität beziehen.

Vorschlag 17 Pflanzen in Halle

Vorschlag: *Gliederung der Halle durch Pflanzen.*

Vorschlag 18 Freigabe von leeren Räumen

Vorschlag: *Die zentrale Raumvergabe soll freie Räume den Studierenden bekannt und zugänglich machen.*

Vorschlag 19 Wanderweg

Vorschlag: *„Wanderweg“ in Uninähe markieren und mit Zeitangaben versehen.*

Vorschlag 20 Raum der Ruhe/Stille

Vorschlag: *Klärung der Zugangsmöglichkeiten und Nutzungsmöglichkeiten zu dem „Raum der Stille“ und dem „Raum der Ruhe“.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll versuchen, die Sachverhalte zu klären.*

Vorschlag 21 Lichthöfe

Vorschlag: *Zugänge zu den Lichthöfen ermöglichen und als Ruhezeiten ausweisen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll nachprüfen inwieweit auch die Beschäftigten ein Interesse daran haben. Der Zirkel regt an, die Personalräte zu einem Gespräch einladen.*

4.2.5 V. Sitzgelegenheiten

Ergonomie

Mit dem Thema Sitzgelegenheiten beschäftigten sich sechs Problembeschreibungen. Die Bearbeitung der Problembeschreibung, die sich mit der Belüftung in den Hörsälen beschäftigt, wird unter Sitzgelegenheiten – Belüftung beschrieben.

Die Studierenden, die am Zirkel teilnahmen, empfanden die Bestuhlung in den Hörsälen als ungesund („ungesunde Bestuhlung in den Hörsälen“). Die „Sitzgelegenheiten auf der Galerie“ wurden als „zu niedrig und zu eng“ wahrgenommen. Für kleinere Studierende, die mit den Füßen nicht den Boden erreichen können, fehlen Fußbänke („fehlen(de) Fußbänke“). Den Teilnehmern am Gesundheitszirkel war aufgefallen, dass die Stühle in den Hörsälen und Seminarräumen zum Teil defekt sind („z. Tl. defekte Stühle in den Hörsälen + Seminarräumen“). Die Sitzreihen in den Hörsälen empfinden die Studierenden als eng („enge Sitzreihen in den Hörsälen“).

Vorschlag 22 Bestuhlung Galerie

Vorschlag: *Nach ergonomischen Aspekten ausgerichtete Tische und Stühle mit Rückenlehne auf der Galerie.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Das weitere Vorgehen wird in die Hände der AG 8 gelegt.*

Vorschlag 23 Flexible Fußbänke

Vorschlag: *Anschaffung von Fußbänken, die von „kleinen“ Studierenden ausgeliehen werden können.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Das weitere Vorgehen wird in die Hände der AG 8 gelegt.*

Vorschlag 24 Stühle intakt und ergonomisch

Vorschlag: *Die Sitzgelegenheiten in Seminarräumen und Hörsälen sollen funktionsfähig und ergonomisch sein.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Das weitere Vorgehen wird in die Hände der AG 8 gelegt.*

Belüftung Hörsaal

Durch die Belüftung in den Hörsälen entstehen starke Augenreizungen („starke Augenreizungen durch Belüftung in den Hörsälen“).

Vorschlag 25 Klimaanlage Hörsäle

Vorschlag: *Steuerung der Klimatisierung, so dass die auftretenden Beschwerden verhindert oder reduziert werden.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Das weitere Vorgehen wird in die Hände der AG 8 gelegt.*

4.2.6 VI. Mensa

Essen

Die Studierenden waren sich darüber einig, dass gerade in Bezug auf das Essen jeder einen anderen Geschmack hat. Trotzdem stellten die Zirkelteilnehmer auch zu diesem Punkt neun Problembeschreibungen zusammen. Sie erleben das Mensaessen als zu fett („zu fettes Essen“), zu eintönig („Alternativessen zu eintönig“), „zu viel paniert(es)“, das „Salatdressing z. Tl. stark „essig-lastig“, die „Pudding/Süßspeisen zu süß“, „den künstlichen Geschmack bei Milchspeisen“ als unangenehm und dass „zu viele Gerichte mit Fleisch“ angeboten werden und das „Essen zu zerkocht“ ist. Auch die begrenzten Variationsmöglichkeiten („begrenzte Menüs ohne Variationsmöglichkeiten“) wurden genannt. Aus dieser Vielzahl von Beeinträchtigungen entwickelte der Zirkel drei Lösungsvorschläge.

Vorschlag 26 Salat

Vorschlag: *Möglichkeit, den Salat auf den Essenstabletts mit verschiedenen Dressings selbständig zu versehen.*

Vorschlag 27 Frische Kräuter

Vorschlag: *Angebot von frischen Kräutern zum Nachwürzen.*

Vorschlag 28 Abwechslung für Vegetarier

Vorschlag: *Mehr Abwechslung bei den Gerichten im Laufe des Jahres für Vegetarier.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Das weitere Vorgehen für die Vorschläge 26 – 28 wird in die Hände der AG 8 gelegt.*

Geldkarten

Ohne eine Problembeschreibung entwickelte ein Mitglied des Zirkels die Idee, dass das Aufladen der Karten an den Automaten auch mit Münzen möglich sein sollte. Diese Idee entstand besonders vor dem Hintergrund der anstehenden Währungsumstellung (DM auf Euro).

Vorschlag 29 Geldkarte

Vorschlag: *Aufladen der Karten auch mit Münzen (evtl. bei der Umstellung auf den Euro).*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll nachfragen, ob diese Umstellung mit den neuen Automaten möglich ist.*

4.2.7 VII. Hochschulsport

Zeiten

Die Angebote des Hochschulsports überschneiden sich mit Vorlesungen („z. Tl. Angebote zu früh (17.30h)“. Aus dieser Problembeschreibung entwickelten die Studierenden den

Vorschlag 30 Zeiten Hochschulsport

Vorschlag: *Das Angebot „Fitness“ des Hochschulsports soll um 18.00 Uhr statt um 17.30h beginnen. Die Dauer des Angebotes soll auf 1,5 Stunden ausgedehnt werden.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll das Gespräch mit der Leitung des Hochschulsports suchen. Eine Studierende, die im Zirkel mitarbeitet und das Unifit repräsentiert, soll zu dem Gespräch eingeladen werden.*

Qualifikation der Übungsleiter

Den Studierenden war aufgefallen, dass die Sportangebote teilweise entfallen oder überfüllt sind („Sport Angebote entfallen/überfüllt“). Die Studierenden fühlen sich durch die Kursleiter nicht immer gut betreut („Schlechte bis keine Betreuung von Spielgruppen und Kursen“). Die Ursache hierin vermuten die Studierenden durch „z. Tl. mangelnde Qualifikation der Übungsleiter“.

Vorschlag 31 Fortbildung Übungsleiter

Vorschlag: *Regelmäßige Fortbildung der Übungsleiter.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Der Gesundheitszirkel schlägt der AG 8 das gleiche Vorgehen wie bei Vorschlag 30 vor.*

Unifit

Von den sechs Karten, die als Problembeschreibungen zum Thema Hochschulsport beschriftet wurden, wurden bisher erst vier thematisiert, da hierzu auch Lösungsvorschläge entwickelt wurden. An dieser Stelle sollen der Vollständigkeit halber noch die beiden fehlenden Problembeschreibungen, die sich mit dem Unifit beschäftigen, aufgezählt werden: „Luftqualität im Unifit ist schlecht“ und „Zu kleine/zu wenig Halle, bes. Unifit zu klein“.

4.2.8 VIII. Luftqualität in der Halle

Die „schlechte Luft in der Uni-Halle (Rauchen)“ wird von den Studierenden als gesundheitliche Belastung erlebt. Drei weitere Karten beschäftigten sich mit dem Thema der Luftqualität in der Halle: „Fehlender Nichtraucherchutz“, „Bessere Luftzufuhr in der Halle (stickige Luft)“ und „Klima-/Luftverbesserung“. Aus den drei Lösungsansätzen („Rauchfreie Unihalle“, „Raucherzonen (separat/abgeschlossen)“ und „Pflanzen (echte)“ wurde ein Lösungsvorschlag formuliert.

Vorschlag 32 Rauchfreie Unihalle

Vorschlag und Maßnahme/Vorgehensweise: *Rauchfreie Unihalle mit abgeschlossenen Raucherzonen mit echten Pflanzen*

4.2.9 VIII. Gebäudegestaltung - Innen

Auf sechs Karten formulierten die Studierenden die Beeinträchtigungen, die sie durch die Gebäudegestaltung erleben. Insgesamt wird der Bau als ungesund erlebt („generell ungesunde Architektur“). Die Gestaltung von Gängen und Treppenhäusern wird als unpersönlich und trist empfunden („unpersönliche Gestaltung Gänge“, „dunkle, triste Treppenhäuser“). Der Noppenboden in der Halle wurde ebenfalls als Problem beschrieben („hässlicher Noppenboden -> verursacht Lärm“, „dämpft Atmosphäre“). Auch die „fehlende Sauberkeit -> weniger Müll“ wurde von den Teilnehmern des Zirkels als Problem beschrieben. Aus diesen Problembeschreibungen entwickelte der

Zirkel sechs Lösungsvorschläge.

Vorschlag 33 Gestaltung von Gängen und Treppen

Vorschlag: *Farblich unterschiedliche Gestaltung von Gängen und Treppenhäusern.*

Vorschlag 34 Fußboden Halle

Vorschlag: *Glatter, heller Fußboden in der Halle.*

Vorschlag 35 Aufteilung Halle

Vorschlag: *Optische Aufteilung/Unterteilung der Halle.*

Vorschlag 36 Gestaltung Halle

Vorschlag: *Künstlerisch dezente Gestaltung der Halle.*

Vorschlag 37 Pflanzen Halle

Vorschlag: *Pflanzen in der Halle.*

Vorschlag 38 Sitzecken Halle

Vorschlag: *Gemütlichere Sitzgelegenheiten (Sitzecken/-nischen).*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Für die Vorschläge 33 – 38 schlug der Zirkel der AG 8 vor, die Themen zunächst mit Arbeitskreis Ästhetik zu diskutieren.*

4.2.10 X. Gebäudegestaltung - Außen

Die Problembeschreibungen, die der Zirkel entwickelte, ließen sich zum Teil verschiedenen Themengebieten zuordnen. So wiederholen sich beim Thema Außengestaltung einige Problembeschreibungen, die bereits unter `Lernmöglichkeiten – unter freiem Himmel´ und `Ruhezonen´ behandelt wurden: „es fehlen Rückzugsmöglichkeiten im Freien“, „es fehlen ruhige Einzelarbeitsplätze im Freien“ und „es fehlen Tische mit Stühlen für Kleingruppenarbeit im Freien“. Insgesamt empfinden die Studierenden die Außengestaltung als trist („triste Außengestaltung (nur Rasenfläche“). Es wurden noch vier weitere Vorschläge für die Außengestaltung entwickelt.

Vorschlag 39 Grünflächengestaltung

Vorschlag: *Weiterentwicklung der Gestaltung der Grünflächen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll Vertreter des Umweltreferates des AStA einladen. Die Vorschläge sollen darüber hinaus in den Steuerkreis eingebracht werden.*

Vorschlag 40 „Grüne“ Seminarräume.

Vorschlag: *Einrichtung von „Grünen“ Seminarräumen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Gleiches Vorgehen wie bei Vorschlag 16.*

Vorschlag 41 Sitzgelegenheiten draußen

Vorschlag: *Nettere Sitzgelegenheiten draußen.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Der Zirkel schlägt der AG 8 das gleiche Vorgehen wie bei Vorschlag 39 vor.*

Vorschlag 42 Freigelände

Vorschlag: *Gestaltung des Freigeländes.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Der Zirkel schlägt der AG 8 das gleiche Vorgehen wie bei Vorschlag 39 vor.*

4.2.11 XI. Sonstiges

Unter dem Arbeitstitel „Sonstiges“ wurden drei Problemfelder zusammengenommen, die sich während der Zirkelarbeit nicht in andere Themen integrieren ließen.

Diese werden im Folgenden jeweils getrennt dargestellt.

„Beeinträchtigungen durch Versuche (Chemie) im Zahn E“**Vorschlag 43 Versuche der Chemie**

Vorschlag: *Informationen an Leitwarte, die daraufhin (Schutz-) Maßnahmen (wie z. B.: Information an „angrenzende“ Fakultäten) einleiten kann. Maßnahme/Vorgehensweise: Die AG 8 soll Kontakt mit der Leitwarte und Vertretern der Fakultät für Chemie aufnehmen. Zu dem Gespräch soll auch die betroffene Studentin eingeladen werden.*

„Lärm im Hof“**Vorschlag 44 laute Gartenarbeiten**

Vorschlag: *Keine lauten Arbeiten in „Kernarbeitszeiten“.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll die Information an den Steuerkreis weiterleiten.*

„größere 24 Std. Schließfächer fehlen“**Vorschlag 45 Schließfächer**

Vorschlag: *Größere 24 Stunden Schließfächer einrichten, bes. im Bereich Sport.*

Maßnahme/Vorgehensweise: *Die AG 8 soll das Gespräch mit den Hallenwarten suchen.*

Diskussionsforum

Die Homepage, insbesondere das Diskussionsforum fand während der Laufzeit des Zirkels bei den Studierenden wenig Resonanz. Um die Homepage zu bewerben, startete der Gesundheitszirkel noch während seiner Arbeit eine Plakataktion, die die Studierenden dazu motivieren sollte, ihre Meinungen im Diskussionsforum zu hinterlassen. Als ein Problem wurde die zu lange und komplizierte E-Mail Adresse erkannt. Auch war der Bezug zum Thema Gesundheit bei der Plakataktion nicht deutlich genug. Deshalb fügte der Zirkel den Vorschlag 46 als einen zusätzlichen Vorschlag bei den Lösungsvorschlägen ein.

Vorschlag 46 Diskussionsforum

Vorschlag und Maßnahme/Vorgehensweise: *Zu Beginn des Wintersemesters 01/02 soll mit Flyern, E-Mails und durch die Universitätsmedien (Zeitungen und Unifunk) die Homepage beworben werden.*

4.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen¹³

4.3.1 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Rahmenbedingungen

Als erstes forderte der Fragebogen Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen des Zirkels. Hier war die Hälfte der befragten Zirkelteilnehmer der Meinung, dass „genau die richtige Anzahl“ von Zirkeltreffen stattfanden, die andere Hälfte war der Meinung, dass sich der Zirkel „eher zu selten“ getroffen hat. Alle beurteilten den Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen als „genau richtig“. Auch die Dauer der Arbeitstreffen gaben die meisten als „genau richtig“ an. Ein Teilnehmer empfand die Sitzungen „eher zu kurz“, ein anderer beurteilte die Treffen als „eher zu lang“. Alle Teilnehmer waren der Meinung, dass es sinnvoll („ja, sehr sinnvoll“ oder „ja, eher sinnvoll“) ist, dass immer dieselben Personen am Gesundheitszirkel teilnehmen. Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer zufrieden mit den Rahmenbedingungen. Für weitere Projekte ist festzuhalten, dass die Hälfte der Teilnehmer der Meinung war, dass der Zirkel sich hätte öfter treffen können.

4.3.2 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Kommunikation

Die Frage, ob die Zirkelteilnehmer durch den Gesundheitszirkel mehr Informationen über Zusammenhänge und Strukturen der Universität und der betrieblichen Gesundheitsförderung im speziellen erhalten haben, beantworteten mit nur einer Ausnahme alle mit ja („ja, sehr“ oder „ja, eher“). Die Befragten waren alle der Meinung, dass sie im Zirkel immer das sagen konnten, was sie wollten. Bis auf einen („stimme eher zu“) gaben alle Befragten an, dass sie der Aussage „Ich habe im Gesundheitszirkel immer das sagen können, was ich sagen wollte“ voll und ganz zustimmen. Die Anwesenheit von Besuchern hat nicht dazu geführt, dass die Teilnehmer manches lieber nicht thematisiert haben. Ein Teilnehmer enthielt sich bei dieser Frage seiner Meinung mit der schriftlichen Begründung „Kann ich leider nicht beurteilen“, da er bei den Zirkeltreffen mit Besuch nicht anwesend war.

Die im Gesundheitszirkel festgelegten „Spielregeln“ wurden nach Aussage der Teilnehmer „meistens beachtet“. Ein Teilnehmer war der Meinung, dass die „Spielregeln“ „immer beachtet“ worden sind. Die Arbeitsatmosphäre im Gesundheitszirkel beschrieben die Teilnehmern einheitlich als produktiv („sehr produktiv“ und „eher pro-

¹³ Die Darstellung der Ergebnisse aus dem Fragebogen erfolgt in Anlehnung an den Projektbericht über das Modellprojekt (Krämer et al., 2001).

duktiv“), nur ein Teilnehmer war unentschieden und bewertet mit „teils/teils“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Teilnehmer des Gesundheitszirkels ausreichend Informationen über die gesundheitsförderlichen Aktivitäten an der Universität Bielefeld erhielten. Sie konnten immer das sagen, was sie wollten, und auch die Anwesenheit von Besuchern hatte hierauf keinen Einfluss. Die Arbeitsatmosphäre im Gesundheitszirkel wurde als produktiv empfunden, wobei die Spielregeln meistens Beachtung fanden.

4.3.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Moderation

Die Moderation nahmen die Teilnehmern als strukturiert und zielgerichtet war („stimme voll und ganz zu“), wobei ein Teilnehmer „stimme eher zu“ wählte. Ebenfalls ein Großteil der Studierenden fühlte sich durch die Moderation für die Arbeit im Gesundheitszirkel motiviert („stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“), ein Teilnehmer fühlte sich weniger motiviert („stimme eher nicht zu“). Weiterhin verhalf die Moderationstechnik den Studierenden dazu, Dinge in ihrer Studiumgebung in anderen Zusammenhängen wahrzunehmen. Mit der Moderationstechnik gelang es nicht bei allen Teilnehmern, die komplexen und zum Teil undurchsichtigen Zusammenhänge im Arbeitsbereich der Studierenden transparenter zu gestalten.

Die Teilnehmer fühlten sich von dem Moderatorenteam immer ernst genommen. Das Moderatorenteam ging hinreichend auf die Beiträge der Studierenden ein. Ebenfalls wurde das Moderatorenteam überwiegend als ausgewogen und neutral bewertet. Keiner der Teilnehmer fühlte sich überfordert.

Mit der Moderation waren die Teilnehmer zufrieden, obwohl es der Moderation nicht bei allen gelang, die komplexen und zum Teil undurchsichtigen Zusammenhänge im Arbeitsbereich der Studierenden transparenter zu gestalten.

4.3.4 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Protokolle

Die Zirkelteilnehmer gaben an, dass sie die Protokolle gelesen haben und sie als klar und verständlich empfunden haben („stimme voll und ganz zu“ oder „stimme eher zu“). Zwei Teilnehmer gaben an, dass die Protokolle sie nicht immer ganz auf dem aktuellen Stand über den Arbeitsprozess hielten („stimme eher nicht zu“). Alle anderen fühlten sich von den Protokollen über den aktuellen Stand der Arbeitsprozesse im Zirkel informiert („stimme voll und ganz zu“ oder „stimme eher zu“). Ebenso waren auch fast alle Studierende der Meinung, dass sich auch die nicht teilnehmenden Studierenden über die Arbeit im Gesundheitszirkel informieren konnten („stimme voll

und ganz zu“, „stimme eher zu“). Lediglich ein Teilnehmer konnte dieser Aussage nicht zustimmen („stimme eher nicht zu“).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Protokolle klar und verständlich geschrieben waren und von den Teilnehmern gelesen wurden. Die Protokolle hielten die Teilnehmer auf dem aktuellen Stand über den Arbeitsprozess im Zirkel und die Studierenden konnten sich durch die Protokolle über die Arbeit im Gesundheitszirkel informieren.

4.3.5 Ergebnis aus dem Fragebogen zum Thema abschließende Beurteilung

Abschließend wurden die Teilnehmer des Gesundheitszirkels aufgefordert, eine Bewertung über die Zirkelarbeit insgesamt abzugeben. Die Frage, wie sie insgesamt die Arbeit des Gesundheitszirkels bewerten, beantworteten alle Befragten positiv („sehr positiv“ oder „eher positiv“).

Insgesamt wurde die Arbeit des Zirkels durch die Teilnehmer positiv bewertet.

4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews¹⁴

4.4.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme

Kontaktaufnahme

Hier interessiert, wie die Studierenden zum Zirkel gekommen sind, bzw. wie sie darauf aufmerksam geworden sind.¹⁵

Es gibt zwei Modi – die direkte persönliche Ansprache sowie die Anfrage, die an ein Gremium (Fachschaft, Asta, Arbeitskreis etc.) gerichtet worden ist. Das eine schließt das andere nicht aus. Insgesamt 3 Teilnehmer berichten, dass die Anfrage an das Gremium, in dem sie arbeiten, gerichtet gewesen sei. Zwei von ihnen sind zusätzlich von der Organisatorin direkt angesprochen worden. Ein weiterer Teilnehmer ist ebenfalls direkt angesprochen worden, allerdings ohne Mitglied in einem Gremium zu sein. Der fünfte Teilnehmer ist vorsorglich von einer Gremienkollegin angesprochen worden, die für sich eine unregelmäßige Teilnahme voraussah und einen Vertreter habe anbieten wollen.

Auffällig ist erstens, dass die Gremienanfrage allein offenbar nicht ausgereicht hätte, und dass zweitens, keiner der Teilnehmer berichtet, durch gezielte Ankündigungen wie z.B. ein Aushang auf das Projekt aufmerksam geworden zu sein.

Motivation¹⁶

Was hat den Einzelnen bewogen, am Zirkel teilzunehmen?

Vier geben an, dass es in erster Linie Interesse an dem Thema Gesundheit/Zirkelmethode/Gesundheitsförderung gewesen ist, das sie zur Teilnahme bewogen hat. Dieses Interesse wurde nicht neu geweckt, sondern die Ankündigung des Zirkelprojekts und seiner Zielsetzung knüpfte an einen bereits bestehenden Interessenhorizont an. So haben sich zwei Teilnehmer bereits zuvor mit Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinandergesetzt und wissen, dass ein Gesundheitszirkel eine der in diesem Feld bevorzugten Methoden ist, die sie nun aus eigener Anschauung

¹⁴ Die Darstellung der Ergebnisse aus dem Interview erfolgt in Anlehnung an den Projektbericht über das Modellprojekt (Krämer et al., 2001).

¹⁵ Der Anfang von einem wurde beim Transkribieren versehentlich gelöscht; deshalb sind hier nur 5 Interviews berücksichtigt.

kennen lernen möchten. Auch bei einem dritten Teilnehmer sticht das im Studium gebildete Interesse deutlich hervor, wenngleich er mit dem "Soma-Psyche-Konzept" und der Überzeugung, dass Umwelt Stress erzeugen und damit das Studium erschweren kann, einen sehr viel weiteren Rahmen aufspannt. Ein Teilnehmer spezifiziert sein Interesse nicht genauer ("bin solchen Sachen eigentlich immer sehr aufgeschlossen"), nennt aber zusätzlich die Neugier auf Sichtweisen anderer Fakultäten. Der 5. Teilnehmer allerdings nennt als Hauptmotiv seine quasi amtliche Verpflichtung: als Referent für Ökologie und Gesundheitsförderung habe er die Teilnahme als seine Aufgabe angesehen, sein persönliches Interesse sei "eher zweitrangig" gewesen.

Erwartungen/Vorstellungen¹⁷

Was haben sich die Studierenden unter einem Zirkel vorgestellt, bevor die Arbeit begann? Welche Annahmen zur Arbeitsweise und Zielsetzung gab es?

Zwei Teilnehmer, die sich bereits theoretisch mit dem Thema "Gesundheitszirkel" auseinandergesetzt hatten (siehe Motivation), hatten genauere Vorstellungen davon, wie ein Zirkel zu Beginn arbeitet: Die Beteiligten sammeln Themen, formulieren Probleme, für die im Weiteren gemeinsam Lösungen erarbeitet werden sollen. Die Vorstellung, dass es um eine "Problemsammlung", einen Benennungsvorgang ("krankmachende Bedingungen im Studium") gehen würde, hegten auch die übrigen Teilnehmer, wenngleich deutlich wird, dass über die thematische Fokussierung hinaus keine konkreten Vorstellungen vorhanden waren.

Ein Teilnehmer erwähnt, dass er einen größeren und heterogeneren Teilnehmerkreis erwartet habe; auch, dass ein "direkter Bezug zur Leitungsebene" gegeben sein würde. Ein anderer hat damit gerechnet, dass vor der Problembearbeitung ein Selektionsvorgang stattfinden würde, "also an weniger Themen konkreter gearbeitet" werde. Drei Teilnehmer sprechen Überlegungen zur Wirkung des Zirkels an: Einer hofft, „dass das weitergetragen wird“, also die Arbeit des Zirkels nicht ins Leere läuft. Zwei Teilnehmer äußern hingegen, mit einer skeptischen Einschätzung zur Wirkungsmöglichkeit die Zirkelarbeit begonnen zu haben.

¹⁶ Auch hier nur 5 Interviews, s. o.

¹⁷ Wiederum nur 5 Interviews, s. o.

4.4.2 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation

Moderatoren als Team

Hier wurde danach gefragt, wie die Teilnehmer das Moderatorenteam wahrgenommen haben, und wie dessen Auftritt als Team empfunden wurde.

Das Moderatorenteam war nach Meinung der Teilnehmer gut organisiert und harmonierte. Die Aufgabenteilung war für die meisten Studierenden klar erkennbar. Die externe Moderation leitete die Moderation der Gespräche und trieb die Gruppe voran, während die interne Moderation schwerpunktmäßig im Hintergrund agierte, die Treffen organisierte und Protokolle schrieb. An Terminen, an denen die externe Moderation nicht teilnehmen konnte, übernahm die interne Moderation. Insgesamt wurde diese sich ergänzende Arbeitsteilung von den Teilnehmern positiv aufgenommen. Ein Teilnehmer meinte, dass er etwas „gespürt“ habe, eine „Disharmonie“, konnte dies aber nicht weiter belegen.

Die Teilnehmer wurden auch aufgefordert, sich über die beiden Moderatoren im Einzelnen zu äußern. Jeweils mit den Fragen, was hat Ihnen an der Moderation gefallen, was hat Ihnen nicht so gut gefallen.

Externe Moderation

Die Mehrzahl der Befragten hatte eine gemischte Haltung zu der externen Moderation. Die Professionalität der Moderation wurde von fast allen positiv hervorgehoben. Vier der sechs Teilnehmer ging diese fordernde Haltung dann aber zu weit. So wurde das Verhalten als „lästig“, „ein bisschen Imponiergehabe“ oder „unangenehm“ beschrieben. Ein Studierender äußerte die Vermutung, die externe Moderation sei nicht ganz freiwillig dabei gewesen. In allen Äußerungen überwog aber doch die als zielgerichtet und klar strukturierte wahrgenommene Moderationstechnik, die bei allen den Eindruck hinterlassen hat, dass die Zeit optimal genutzt und die Arbeit effektiv durchgeführt wurde. Zwei der Befragten äußerten sich uneingeschränkt positiv.

Interne Moderation¹⁸

Die Befragten, die etwas zu der internen Moderation sagen konnten, äußerten sich durchweg positiv. Die interne Moderation bringt einer der Befragten folgendermaßen

¹⁸ Zwei Teilnehmer konnten sich zu der internen Moderation nicht äußern, da sie an den Sitzungen, die von der internen Moderation moderiert wurden, nicht teilgenommen hatten.

auf den Punkt: Im Unterschied zu der externen Moderation ist sie der „andere Pol dieser Dimension“. Äußerungen wie „sehr warmherzig“, „noch ein bisschen entspannter (...) und lustiger“ sowie „sehr nett und fürsorglich“ charakterisieren die Vorgehensweise der internen Moderation. Ein Teilnehmer merkte an, dass die interne Moderation schlechter als die externe Moderation ein Schweigen habe aushalten können und es sich damit „echt schwer gemacht“ habe. Der gleiche Teilnehmer stellte auch fest, dass die interne Moderation sich sehr mit der Zirkelarbeit identifizierte: „das ist ihr Kind, dieses Projekt, da ist sie irgendwie mit verwurzelt, das ist ihr´s“.

Moderationstechnik

Den Teilnehmern wurde die Frage gestellt, ob sie das Vorgehen der Moderation schon bei einer früheren Gelegenheit kennen gelernt haben.

Zwei Teilnehmern war die Moderationsmethode (Kärtchentechnik) vertraut und sie hatten bereits eigene praktische Erfahrungen mit ihr gesammelt. Zwei andere Befragte konnten auf keine eigenen Erfahrungen zurückblicken, hatten aber einige theoretische Kenntnisse. Einem Teilnehmer war das Vorgehen nicht bekannt. (Bei einem Teilnehmer lag keine entsprechend kodierte Textstelle vor.)

Moderation, Beschreibung (Eindrücke, Schilderungen des Vorgehens)

Die Befragten wurden aufgefordert, den Eindruck, den sie von dem Vorgehen hatten, zu beschreiben.

Alle Teilnehmer äußerten sich positiv bezüglich des Vorgehens des Moderatorenteams. Die Visualisierung per Kärtchen fand bei allen Befragten positive Rückmeldungen. Die Kärtchentechnik wurde u. a. als „effektiv“, „sehr strukturiert“, „sehr positiv und hilfreich“ beschrieben. Der rote Faden blieb immer erkennbar. Ein Teilnehmer setzt sich sehr kritisch mit der Zirkelarbeit auseinander und äußert an dieser Stelle einige Kritikpunkte. So fehlte diesem Teilnehmer an einigen Stellen der Bezug zur Gesundheit. Er stellt auch in Frage, ob wirklich alle gesammelten Themen unbedingt haben abgearbeitet werden müssen, und merkte an, dass einige Vorschläge des Zirkels durch bereits bestehende Arbeitsgruppen bearbeitet werden. Trotz dieser Kritikpunkte empfand der Teilnehmer das Vorgehen, wie die anderen auch, so als sei „genau geplant, was gemacht werden soll“.

Betreuung (Informierung, Organisation, Absprache)

Konzept des Zirkels war es, den Teilnehmern keine zusätzlichen Aufgaben zu übertragen. Dies wurde von zwei Teilnehmern erwähnt und von einem Teilnehmer positiv und von dem anderen negativ bewertet. Von einigen Studierenden wurde angemerkt, dass die Protokolle teilweise sehr kurzfristig vorlagen. Ein Teilnehmer kommentierte, dass dadurch nicht ausreichend Zeit gegeben war, sich vorzubereiten. Zusammenfassend wurde die Betreuung von den Teilnehmern als „perfekt“, „angenehm“ und „im allgemeinen als gut“ beschrieben. Bei den Zirkeltreffen fühlten sich die Teilnehmer gut umsorgt und dadurch ernst genommen.

4.4.3 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Kommunikation

Kommunikation unter den Teilnehmern

Hier sind die Interviewten gebeten worden, die Kommunikation im Gesundheitszirkel zu beschreiben.

Alle Teilnehmer äußerten sich positiv bezüglich der Kommunikation unter den Teilnehmern. Die Kommunikation war geprägt durch „Akzeptanz und Offenheit“, die „Anregungen der anderen wurden angenommen“. Die Hypothese eines Teilnehmers hierzu: unterschiedliche Meinungen wurden akzeptiert, weil sich die Teilnehmer nicht näher („persönlich“) kannten. Deshalb fanden keine „kontraproduktiven Auseinandersetzungen“ statt. Weitere Beschreibungen der Atmosphäre waren „produktiv“, „sehr locker“ und „größtenteils sachlich“. Eine „leichte Spannung“ habe „wieder ausgeräumt“ werden können. Alle waren an der Diskussion beteiligt, es gab keine Unterteilung in Schweiger und Vielredner, eine freie Diskussion bei gleichzeitiger Disziplin („jeder hat sich auch mal zurückgenommen“). Ein Teilnehmer war der Meinung, dass manche Teilnehmer nicht diszipliniert genug waren und „ganz weitschweifige Beiträge“ lieferten. Hier neigte dieser Teilnehmer zu Eingrenzungsversuchen. Die positive Schilderung eines anderen Teilnehmers ist durch folgende Erfahrung etwas getrübt: „Wenn ich was gesagt habe, wurde das immer gleich hinterfragt“. Dieser Kritik hält der Teilnehmer jedoch im Interview entgegen, dass jeder über andere fakultätsspezifische Erfahrungen verfügt.

Kommunikation mit den Gästen¹⁹

Die Teilnehmer wurden danach gefragt, die Kommunikationssituation zu beschreiben, wenn Gäste anwesend waren.

Die Kommunikation mit Gästen (Projektleitung, Sprecherin des Prorektors für Lehre, und Vertretung der Landesunfallkasse) verlief ohne Unterschied, „wie normale Teilnehmer auch“. Die Gäste wurden als „einfache Mitarbeiter in dem Zirkel“ wahrgenommen, die zu speziellen Themen befragt wurden.

Die Kommunikation mit der Sprecherin des Prorektors für Lehre beschrieben die Zirkelteilnehmern als „sehr hilfreich“. Bei dem ersten Besuch empfand ein Teilnehmer die Kommunikation als „ein bisschen anstrengend“, da kein Engagement erkennbar war. Die Kommunikation während des zweiten Besuches beurteilten die Befragten als „gut“. Einem Teilnehmer fehlte es an Empathie oder Affirmation (mehr Anbindung an ihr Gremium als an den Interessenhorizont der Studierenden). Die Vertretung der Landesunfallkasse NRW nahmen die Studierenden als „sehr aufgeschlossen und interessiert“ wahr. Die Projektleitung war einer Teilnehmerin schon bekannt und deshalb „Gewohnheit“.

Die Anwesenheit der Gäste hat nach Meinung eines Teilnehmers „nichts verändert“, sie war „eher informativ“, ansonsten bestand „kein Unterschied“. Einem anderen Teilnehmer war aufgefallen, dass der „Redeanteil bei den Gästen jeweils größer war“.

Kommunikation mit den Moderatoren

Die Teilnehmer wurden aufgefordert, die Kommunikation mit den Moderatoren zu beschreiben.

Die Kommunikation mit den Moderatoren wurde von einem Teilnehmer „genau so wie unter den Teilnehmern untereinander“ beschrieben. Die Moderatoren wurden als Teil der Gruppe wahrgenommen: „Wie ein Ei“. Ein anderer Teilnehmer meinte, dass es „keine Schwierigkeiten auf der persönlichen Ebene“ gab. Die Kommunikation mit den Moderatoren wurde als gut bewertet, die die Teilnehmer zur aktiven Beteiligung animierte.

¹⁹ Ein Teilnehmer konnte wegen Nichtteilnahme keine Beurteilung abgeben.

Redefreiheit

Es wurde nachgefragt, ob die Teilnehmer im Zirkel immer das haben sagen können, was sie wollten und falls nein, warum nicht.

Keiner der Teilnehmer hat sich in seiner Redefreiheit beschränkt gefühlt. Wenn zwischen Sagen/Schweigen abgewogen wurde, dann aus sachlichen Erwägungen heraus, nicht aus Scheu. Die eingangs formulierte Aufforderung, ggf. „Bedürfnisse anzumelden“, konnte, als schließlich einmalig so eine Situation eintrat, von den Teilnehmern beherzigt werden.

Arbeitsatmosphäre

„Beschreiben Sie doch bitte die Arbeitsatmosphäre“, war hier die Frage der Interviewerin.

Alle befragten Teilnehmer äußerten sich bezüglich der Arbeitsatmosphäre positiv: „sehr angenehm, sehr entspannend“, „angenehm, entspannt, locker, unkonventionell“, „fruchtbar“ und „eher stressfrei“. Die Befragten fühlten sich „sehr ernst genommen“ und haben sich nicht „ganz klein“ gefühlt. In der Arbeit sei die Gruppe „vorwärts“ gekommen. Jeder hat versucht, aus seinem Bereich Wissen einzubringen und aufgrund der qualifizierten Moderation war es eine sehr nette produktive Atmosphäre.

Vergleich mit anderen Gruppenarbeiten aus dem Studium

Der Zirkel sollte mit anderen Situationen (z.B. Arbeitsgruppen, Seminaren) verglichen und Ähnlichkeiten sowie Unterschiede benannt werden.

Allen Teilnehmern ist positiv aufgefallen, dass im Vergleich zu anderen eigenen Erfahrungen, im Gesundheitszirkel sehr zielorientiert moderiert wurde, es aber auf der anderen Seite durch die Moderation keine inhaltliche Lenkung gegeben hat.

4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse

Allgemeine Beurteilung der Ergebnisse der Zirkelarbeit

Es wurde nach einer allgemeinen Beurteilung der Ergebnisse der Zirkelarbeit gefragt. Die Ergebnisse des Zirkels wurden von den Teilnehmern als „ziemlich produktiv“ eingeschätzt. Der Großteil der Studierenden sieht es schon als einen Fortschritt an, dass Probleme in dieser Vielfältigkeit überhaupt thematisiert und herausgearbeitet worden sind. Bei der Möglichkeit nach Realisierungschance äußern fast alle Befrag-

ten Skepsis. Die Umsetzung könne aus politischen Gründen oder einfach aus Geldmangel scheitern. Ein Teilnehmer äußert an dieser Stelle, dass es eine „spannende“ Erfahrung war, einmal zu sehen, „was passiert ist, und dass es tatsächlich möglich ist, bestimmte Verantwortliche anzusprechen und mal zu hinterfragen, warum laufen die Dinge so und so?“.

Vollständigkeit der Themen

Hier wurde bei den Teilnehmern nachgefragt, ob alles was ihnen wichtig war, besprochen und bearbeitet worden ist.

Fünf der Befragten äußerten sich hinsichtlich der Vollständigkeit der Themen zufrieden. Es sei „nichts durchs Raster gefallen“, es gäbe keinen unerledigten Rest. Einige Teilnehmer merkten an, dass es ja in der Verantwortung von jedem selbst gelegen hätte, Themen einzubringen. Ein Teilnehmer, der sich nicht konkret zu dem Punkt Vollständigkeit äußerte, bedauert nicht an allen Terminen anwesend gewesen zu sein. An dem Termin, an dem „sein“ Thema besprochen wurde, war er ebenfalls nicht anwesend und meint deshalb „es wäre sicher gut gewesen, wenn ich dabei gewesen wäre“.

Auswahl der Themen

Spiegeln Problemauswahl und die Art der Bearbeitung die tatsächlichen Belastungen wider?

Auch hier äußerte sich die Mehrheit der Befragten zufrieden. Die meisten glauben nicht, dass der Zirkel mit seinen Themen „daneben gelegen“ hat, auch wenn die Auswahl bisweilen „zu speziell“ gewesen sei. An anderer Stelle wird die Themenauswahl von einem anderen Teilnehmer als „sehr treffsicher“ beschrieben, ein weiterer Teilnehmer merkt an, dass die Partizipation der Teilnehmer bereits die Validität der Problemauswahl sicherstellte.

Verhältnis Analyse/Lösung

Beurteilung des Verhältnisses von Problemanalyse und Lösungsentwicklung.

Das Verhältnis von Problemanalyse und Lösungsentwicklung wurde von den Befragten durchgängig als zufrieden stellend bezeichnet und zwar sowohl auf der inhaltlichen als auch auf der zeitlichen Ebene. Zwar hätte sich der eine oder andere Teilnehmer mehr Zeit gewünscht, um Themen zu vertiefen. Diese Teilnehmer kamen dann aber zu dem Schluss, dass mit der vorhandenen Zeit zweckmäßig umgegan-

gen worden sei.

Anzahl der gefundenen Lösungen

Die Teilnehmer des Zirkels wurden gefragt, ob sie mit der Anzahl der Lösungen zufrieden waren.

Zu diesem Punkt äußerten sich im Interview nur drei der Befragten. Einer fand, dass die Anzahl der Lösungen dem Zeitraum angemessen war. Ein zweiter urteilte, dass „zu viele!“ Lösungen erarbeitet worden wären, zu Lasten der Qualität und ein dritter hatte Erinnerungsschwierigkeiten und wollte sich deshalb zu diesem Punkt inhaltlich nicht äußern.

Qualität der Lösungen

Hier ging es um die Qualität der erarbeiteten Lösungsvorschläge.

Die Mehrzahl der Befragten war mit der Qualität der Vorschläge zufrieden. Die Aussage eines Teilnehmers „...würde nicht sagen, sie [die Qualität] ist schlecht. Ich würde schon sagen, dass es gute Ideen und gute Anstöße waren“ spiegelt die Meinungen der meisten Zirkelteilnehmer wider. Ein Teilnehmer hätte sich „mehr konkretere Ergebnisse gewünscht“ und hätte es gut gefunden, wenn der Umsetzungsprozess „etwas weiter fortgeschritten“ wäre.

Ergebnisse und deren Umsetzung

Hier sind Kommentare und Einschätzungen zusammengefasst, die die Umsetzung betreffen.

Fünf der Befragten nennen hier die Weiterleitung der Vorschläge an die AG 8 und äußern ihre Skepsis, ob dort Fortschritte erzielt werden können. Einigen Teilnehmern war die Zusammensetzung der AG 8 nicht transparent genug. Der sechste Befragte nennt die AG 8 nicht explizit, äußert aber, dass er eine „Ahnung“ davon bekommen habe, dass nicht alles so bleiben müsse, wie es sei, eine Ahnung von Veränderbarkeit also.

Vergleich zwischen den Erwartungen und den gemachten Erfahrungen

Die Befragten sollten ihre Erwartungen vor Beginn der Zirkelarbeit mit ihren nach Beendigung des Zirkels gemachten Erfahrungen vergleichen.

Fast alle Erwartungen, die zu Beginn an den Zirkel gerichtet worden sind, wurden im Nachhinein als positive Erfahrungen geschildert. Hierzu zählte auch die Erwartung „so einen Zirkel kennen zu lernen“. Die Teilnehmer waren „sehr zufrieden mit dieser Arbeit“ und dieser Form der Gesundheitsförderung. Zum Teil wurden die Erwartun-

gen übertroffen, was sich aus den folgenden Äußerungen entnehmen lässt: „echt positiv überrascht“ und „sehr überrascht – positiv“ oder „in positiver Weise bestätigt worden“. Auch Teilnehmer, die im Vorfeld keine Erwartungen formuliert hatten, äußerten sich zufrieden über die Zirkelarbeit: „Durch die Mitarbeit hier sind mir schon einige Probleme mehr ins Bewusstsein getreten.“

Persönlicher Gewinn

Hier interessierte, inwieweit die Mitarbeit im Zirkel für die Teilnehmer einen persönlichen Gewinn darstellte.

Obwohl einige Befragte sich zunächst von der Frage irritiert fühlten, beantworteten fünf die Frage positiv. Die Mitarbeit hat den Teilnehmern in verschiedenen Bereichen (Spaß, Kenntnisse über Strukturen, Anregungen zur Moderation und zielorientierte Gruppenarbeit) Anregungen gegeben, die zum Teil unmittelbar transferiert werden konnten. Ein Teilnehmer bezog die Frage lediglich auf die Moderationstechnik und sagte deshalb von sich selber, dass ihm der Zirkel persönlich „nicht viel“ gebracht habe, weil er die Methode nicht auf seine Arbeit übertragen kann, da die Bedingungen und Zielsetzungen zu verschieden seien.

Verschiedenes

Hier äußerte sich nur ein Teilnehmer.

Es wird angeregt, als nächsten Schritt einen fakultätsinternen Gesundheitszirkel zu organisieren, der als Ergänzung zum Stattgefundenen arbeitet. Der Vorteil wird von dem Studierenden darin gesehen, dass der Spezifität der Problemlagen der jeweiligen Fakultät so besser Rechnung getragen werden könnte. Es könnte viel konkreter an Themen gearbeitet werden. Eine Erweiterung der Teilnehmerrunde auf Professoren oder den Mittelbau lehnt der Teilnehmer jedoch ab, da die Abhängigkeit der Studierenden von Professoren zu hoch ist und deshalb keine produktive Arbeitsatmosphäre entstehen könnte.

4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen

Reaktionen

Wer aus dem Umfeld des Teilnehmers reagierte auf die Beteiligung am Zirkel und wie sah diese Reaktion aus? Ist die Mitarbeit überhaupt zur Kenntnis genommen worden?

Alle Befragten haben mit ihrem Umfeld in verschiedenen Formen über den Gesundheitszirkel gesprochen. Entweder in bestehenden Gremien (Fachschaften, Koordinationstreffen des Unifit und AStA-Sitzungen) oder das Thema ist in Gesprächen mit Bekannten und Freunden eingeflossen. Informationen, die in diesen Gesprächen gesammelt wurden, konnten auch in den Zirkel eingebracht werden. Eine erste Reaktion war häufig ein Erstaunen, dass es so etwas wie einen Gesundheitszirkel für Studierende überhaupt gibt. Die weitergehenden Reaktionen gingen von Interesse bis Desinteresse. Viele Studierende waren wohl grundsätzlich interessiert, konnten sich aber nicht vorstellen, was und wie so ein Zirkel (be-)arbeitet und dass wirklich etwas bewirkt werden kann.

Motivationsmöglichkeiten

Wie können Studierende zur Teilnahme am Zirkel motiviert werden?

Zwei Befragte schlugen unabhängig voneinander vor, die Teilnahme am Gesundheitszirkel durch einen „Schein“ oder ein Zertifikat für die Teilnehmer attraktiver zu machen. Ein weiterer Vorschlag bestand darin, durch einen Stand in der Halle den Gesundheitszirkel bekannt zu machen. Interessierte könnten dort gleich Fragen stellen und sich informieren. Ein ähnliches Vorgehen schwebt auch einem anderen Teilnehmer vor, indem er die persönliche Ansprache des Einzelnen hervorhebt. Wichtig wäre es auch, so die Meinung eines weiteren Teilnehmers, den Nutzen im Vorfeld herauszustreichen. Von einem Teilnehmer kam die Äußerung, dass der Weg über die Fachschaften von vornherein zum Scheitern verurteilt war, da hier sowieso die schon engagierten Studierenden zu finden gewesen sind. Seine Resignation, was die Aktivierung von Studierenden anbetrifft, drückt ein Befragter sehr deutlich aus und weiß auch keinen Weg, dies zu ändern.

Angenommene Barrieren zur Teilnahme anderer Studierender

Was steht nach Einschätzung der Teilnehmer einem Engagement im Gesundheitszirkel entgegen?

Von den Teilnehmern wurden verschiedene Bereiche genannt, die eine Barriere für die Mitarbeit im Zirkel darstellen könnten. Zwei Befragte nannten das Zeit- und Planungsproblem. Einer dieser zwei Befragten schlug vor, die Termine bereits zum Ende des Semesters bekannt zu geben, so dass der Semesterplan darauf eingestellt werden könne. Eine weitere starke Barriere wurde in der Tatsache vermutet, dass die Studierenden „eigentlich eine sehr gesunde Bevölkerung“ sind und der Thematik

deshalb keine große Relevanz zubilligen, zumal die Zeit des Studiums zeitlich limitiert ist und genügend Ausweichmöglichkeiten vorhanden wären. Ein Befragter kennt auch alle diese Barrieren, hält sie jedoch für „völlig unbegründet“.

Sonstiges

Abschließend hatten die Teilnehmer noch die Gelegenheit, etwas zu sagen oder anzumerken, nachdem sie nicht gefragt worden sind.

Obwohl es von einem Teilnehmer als „angenehm“ empfunden wurde, „in kleiner Gruppe zusammenzuarbeiten“, schlägt er in der Zukunft eine breitere Basis für den Zirkel vor. Nicht nur Studierende sondern auch Angestellte der Universität sollten daran teilnehmen. Die Resonanz und Verbreitung seien dann größer. Ein Teilnehmer hatte eine weniger homogene Gruppe erwartet.

Ein anderer Teilnehmer betont an dieser Stelle die Vorteile der kleinen gegenüber der größeren Gruppe. Die „Einzelpersonen mit ihren persönlichen Erfahrungen und Problemen“ sollten nicht übersehen werden. Ein Teilnehmer möchte auf dem Laufenden gehalten werden über das, was weiter geschieht, so wie es auch im Zirkel vereinbart worden ist.

4.5 Umsetzung der Zirkelergebnisse: Arbeitsgruppe 8 und der Steuerkreis Gesundheit

Der folgende Abschnitt dokumentiert die Arbeitstreffen der AG 8 und die Sitzungen des Steuerkreises Gesundheit, die sich mit dem Thema Gesundheitszirkel für Studierende beschäftigten. Unterteilt wird die chronologische Darstellung in die vier Phasen des Projektes: Planungsphase, Zirkelphase, Umsetzungsphase und Abschlussphase.

Die Konzeption des Modellprojektes sah von Beginn an vor, dass die Zirkelarbeit sich auf die Entwicklung von Vorschlägen konzentriert. Die Verfolgung der Umsetzung der Vorschläge sollte die dafür eingerichtete Arbeitsgruppe des Steuerkreises Gesundheit (AG 8) (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen) übernehmen.

Die Aktivitäten der AG 8 erstreckten sich auf einen Zeitraum vom Frühjahr 2001 bis Sommer 2005. Insgesamt kamen die Mitglieder der AG 8 zu sieben Sitzungen zusammen (Tabelle 6: Übersicht über die Treffen der AG 8). Der Steuerkreis Gesundheit beschäftigte sich auf elf Sitzungen mit dem Modellprojekt.

Über die offiziellen Treffen hinaus gab es eine Vielzahl von informeller Kommunikation. Es fand ein intensiver Austausch zwischen den Gruppenmitgliedern der AG 8 schwerpunktmäßig per Telefon und E-Mail statt. Kamen einzelne Mitglieder der AG 8 auf anderen Sitzungen oder Treffen zusammen, war die Arbeit der AG 8 immer auch ein Gesprächsthema.

Tabelle 6: Übersicht über die Treffen AG 8

14.03.2001	Vorbereitendes Treffen
21.05.2001	Konstituierendes Treffen
20.08.2001	2. Sitzung
07.01.2002	3. Sitzung
24.04.2002	4. Sitzung
13.06.2002	5. Sitzung
06.11.2002	6. Sitzung
31.03.2004	Letzte Sitzung

4.5.1 I. Planungsphase

Den Auftakt für die AG 8 initiierte ein vorbereitendes Treffen (**14. März 2001**). In dieser Zusammenkunft bereiteten die Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die Koordination des Modellprojektes sowie die Vertretung des AStA die weitere Einbindung des Modellprojektes in die Strukturen der Universität vor.

In Form einer Tischvorlage und mit erläuternden Worten der Projektkoordination erfolgte die Vorstellung des Modellprojektes auf der Sitzung des Steuerkreises am **2. April 2001**. Der Steuerkreis beschloss das Modellprojekt zu unterstützen und hierfür, wie angefragt, eine Arbeitsgruppe einzusetzen. Als Sprecher der Gruppe schlug der Steuerkreis die Koordination des Modellprojektes vor. Tabelle 7 gibt den entsprechenden Abschnitt des Protokolls des Steuerkreises Gesundheit wieder.

Tabelle 7: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Planungsphase des Modellprojektes "Gesundheitszirkel für Studierende"

Protokollauszug aus der Sitzung des Steuerkreises in der Planungsphase	
02.04.2001	<p>TOP 4 Konstituierung weiterer Arbeitsgruppen, Arbeitsgruppe 8: Gesundheitszirkel für Studierende</p> <p>Nachdem die Koordinatorin des Projektes den Hintergrund zur Gründung dieser AG dargestellt hat (Erläuterungen hierzu können der Anlage 2 entnommen werden), beschließt der Steuerkreis den Gesundheitszirkel für Studierende zu unterstützen und setzt dazu eine Arbeitsgruppe mit den Mitgliedern: Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld, Vertreter des AStA und Koordination des Modellprojektes ein. Die Aktivitäten der AG sollen unter Einbindung des AStA und des Rektors stattfinden. Außerdem wird angeregt, das Ziel des Gesundheitszirkels genauer zu bestimmen bzw. inhaltlich einzugrenzen (z.B. auf eine bestimmte Zielgruppe).</p>

4.5.2 II. Zirkelphase

Am **21. Mai 2001**, noch vor dem ersten Zirkeltreffen, nahm die AG 8 'Gesundheitszirkel für Studierende' in einer konstituierenden Sitzung ihre Arbeit auf. An diesem Treffen nahm auch die externe Moderation des Gesundheitszirkels teil. Die Gruppe diskutierte die verschiedenen Erwartungshaltungen an das Modellprojekt. Die Ziele des Gesundheitszirkels wurden noch einmal formuliert, um Kriterien zu entwickeln, an denen später der Erfolg des Gesundheitszirkels gemessen werden kann.

Am gleichen Tag fand auch eine Sitzung des Steuerkreises statt. Die Sprecherin der AG 8 berichtete den Anwesenden, dass seit der letzten Sitzung das Projekt dem Rektor vorgestellt werden konnte und er es zustimmend zur Kenntnis genommen hat. Der Rektor regte an, die Sprecherin des Prorektors für Lehre zu den Zirkelsitzungen einzuladen. Dies ist geschehen. Der Rektor hat auch im Rektorat kurz von dem Projektvorhaben berichtet. Außerdem wurde das Projekt von der Koordination im AStA vorgestellt, wo es ebenfalls Zustimmung fand.

Als externe Moderation konnte ein ehemaliger Mitarbeiter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, ein erfahrener Moderator von Gesundheitszirkeln, gewonnen werden. Die Rückmeldungen der Fakultäten bezüglich ihrer Teilnahme lagen den Anwesenden als Tischvorlage vor. Als Start des Gesundheitszirkels wurde der 23. Mai 2001 festgelegt. Die Mitglieder des Steuerkreises wurden darauf hingewiesen, dass sich auf der Homepage des Gesundheitszirkels aktuelle Informationen über das Modellprojekt befinden. Die Protokolle der einzelnen Sitzungen sollen auf dieser Seite mit dem Ziel der Transparenz veröffentlicht werden. Der Steuerkreis empfahl die Veröffentlichung der einzelnen Sitzungsprotokolle mit den Mitgliedern des Gesundheitszirkels abzusprechen.

Nach Abschluss des Gesundheitszirkels traf sich die AG 8 am **20. August 2001** zu ihrer zweiten Sitzung. Die Gruppe informierte sich über den Ablauf der Zirkeltreffen und die entwickelten Lösungsvorschläge. Die gleichen Informationen erhielt der Steuerkreis auf seiner Sitzung am **3. September 2001**. Die Vorschläge des Gesundheitszirkels wurden diskutiert. Besonders den Wunsch nach einer rauchfreien Halle nahm das Gremium interessiert auf. Der Steuerkreis beschließt das Schwerpunktthema Nichtraucherchutz für das Jahr 2002.

Im Nachgang zu dieser Sitzung wurde deutlich, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen werden, um den Vorschlägen gerecht zu werden. Die Projektleitung formuliert einen Antrag auf Bewilligung einer Hilfskraftstelle. Der Entwurf wird in der

Gruppe diskutiert und als Tischvorlage dem Steuerkreis auf seiner Sitzung am **3. Dezember 2001** vorgelegt. Da der Antrag erst am Sitzungstag vorlag, beschließt der Steuerkreis auf seiner nächsten Sitzung darüber zu entscheiden. Bis zur nächsten Sitzung riet die Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung den Antrag zurückzuziehen, da sie die Aussichten, Gelder vom Rektorat zu erhalten, für nicht gut einschätzt. Die Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Protokollbeiträge zum Modellprojekt während der Zirkelphase.

Tabelle 8: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld während der Zirkelphase des Modellprojektes "Gesundheitszirkel für Studierende"

Protokollauszüge aus den Sitzungen des Steuerkreises in der Zirkelphase	
21.05.2001	<p>TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen/Diskussion, Arbeitsgruppe 8: Gesundheitszirkel für Studierende</p> <p>Das Projekt wurde dem Rektor vorgestellt, er hat es zustimmend zur Kenntnis genommen und angeregt, die Sprecherin des Prorektors für Lehre zu den Zirkelsitzungen einzuladen. Dies ist geschehen und die Sprecherin des Prorektors für Lehre wird an der ersten und letzten Sitzung des Gesundheitszirkels teilnehmen. Der Rektor hat auch im Rektorat kurz von dem Projektvorhaben berichtet. Außerdem wurde das Projekt von der Projektkoordinatorin im AStA vorgestellt, wo es ebenfalls Zustimmung fand. Als Moderator konnte ein Mitarbeiter der AG 1, der Fakultät für Gesundheitswissenschaften gewonnen werden. Die Rückmeldungen der Fakultäten bezüglich ihrer Teilnahme liegen den Anwesenden als Tischvorlage vor. Die Zusammensetzung des Gesundheitszirkels kann der Anlage 2 entnommen werden. Start des Gesundheitszirkels wird der 23. Mai 2001 ein. Mehr Informationen hierzu finden sich auf der Homepage²⁰ des Gesundheitszirkels. Die Protokolle der einzelnen Sitzungen sollen auf dieser Seite mit dem Ziel der Transparenz veröffentlicht werden. Der Steuerkreis empfiehlt, die Veröffentlichung der einzelnen Sitzungsprotokolle mit den Mitgliedern des Gesundheitszirkels abzusprechen.</p>

²⁰ Da die Homepage nicht mehr online ist, wurde auf die Angabe der korrekten Adresse an dieser Stelle verzichtet

03.09.2001	<p>TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen / Diskussion, Arbeitsgruppe 8 : Gesundheitszirkel für Studierende</p> <p>Alle geplanten Treffen des Gesundheitszirkels haben in der Zwischenzeit statt gefunden. Die Sprecherin des Prorektors für Lehre hat mit fachlichem Rat an zwei Sitzungen teilgenommen. Insgesamt wurden von den 8 Studierenden (2 Mitglieder des AStA) 11 Themenbereiche als belastend benannt und 46 Verbesserungsvorschläge entwickelt. Mehr Informationen z.B. die Protokolle der Sitzungen, Pressespiegel, etc. sind auf der Homepage des Gesundheitszirkels²¹ einsehbar. Auf dieser Seite soll im Herbst auch ein Diskussionsforum eingerichtet werden. Im Januar 2002 werden Vertreter der für die jeweiligen Verbesserungsvorschläge zuständigen Bereiche von der AG 8 zu einem Gespräch über die Umsetzbarkeit der Vorschläge eingeladen.</p>
03.12.2001	<p>TOP 3 Berichte aus den Arbeitsgruppen / Diskussion + Beschlussfassung, Arbeitsgruppe 8 Gesundheitszirkel für Studierende</p> <p>Die vorgelegte Tischvorlage soll in der nächsten Sitzung inhaltlich bewertet werden. Sie wird vor der Sitzung, in der darüber beschlossen werden soll, allen Mitgliedern geschickt.²²</p>

4.5.3 III. Umsetzungsphase

Auf dem dritten Arbeitstreffen der AG 8 am **7. Januar 2002** arbeitete die Gruppe die Vorschläge bezüglich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten ab. Die Gruppe erstellte eine Liste, in der die Verfolgung einzelner Vorschläge durch ein Gruppenmitglied aufgeführt wird.

Die drei folgenden Treffen (**24. April 2002, 13. Juni 2002 und 6. November 2002**) bildeten eine Plattform der Gruppenmitglieder um sich über die jeweiligen Aktivitäten der Gruppenmitglieder auszutauschen.

²¹ Da die Homepage nicht mehr online ist, wurde auf die Angabe der korrekten Adresse an dieser Stelle verzichtet

²² Bei der Tischvorlage handelt es sich um einen Antrag für eine Hilfskraft, die die AG 8 bei ihrer Arbeit unterstützen sollte. Dieser Antrag wurde von der AG 8 wieder zurückgezogen. Weiterhin enthielt die Tischvorlage eine tabellarische Aufstellung des Fortgangs der Umsetzungen der Vorschläge des Gesundheitszirkels.

Bei diesen Aktivitäten ging es meist um das Bemühen mit den für die Umsetzung von Vorschlägen zuständigen Mitarbeitern Kontakt auf zu nehmen und diese über die Vorstellungen der Studierenden zu informieren.

In diesem Zeitraum fand am **29. April 2002** ein Treffen des Steuerkreises statt. Die Mitglieder des Steuerkreises erhielten vorab einen Bericht über den Gesundheitszirkel mit dem Hinweis zugesandt, dass die Vorschläge zurzeit von der AG 8 bearbeitet werden und sowohl dem Steuerkreis als auch dem Rektorat ein abschließender Bericht vorgelegt werden soll. Die Vertretung der LUK NRW berichtet im Steuerkreis, dass die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen die positiven Erfahrungen mit dem Gesundheitszirkel für Studierende in einer Broschüre darstellen wird, um diese anderen Hochschulen zugänglich zu machen. Auf der Sitzung am **2. September 2002** wird die Broschüre der Landesunfallkasse NRW (Faller und Meier, 2002) und ein Artikel in der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften mit dem Titel: „Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr?“, in dem das Modellprojekt sowie erste Ergebnisse beschrieben werden, vorgestellt (Stock et al., 2002).

Auf der Steuerkreis Sitzung am **14. November 2003** kündigte die AG 8 an, dass die Präsentation der Ergebnisse des Gesundheitszirkels in der nächsten Steuerkreissitzung erfolgt. Die Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Protokollbeiträge zum Modellprojekt während der Umsetzungsphase.

Tabelle 9: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Umsetzungsphase des Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“

Protokollauszüge aus den Sitzungen des Steuerkreises in der Umsetzungsphase	
29.04.2002	<p>TOP 4: Berichte aus den Arbeitsgruppen / Diskussion + Beschlussfassung, Arbeitsgruppe 8 Gesundheitszirkel für Studierende</p> <p>Den Steuerkreismitgliedern wurde vorab in Anlage 1 c ein Bericht über den Gesundheitszirkel zugesandt. Die Verbesserungsvorschläge werden zurzeit von der AG 8 bearbeitet und werden dem Steuerkreis und dem Rektorat in einem abschließenden Bericht vorgelegt werden. Die Vertreterin der Landesunfallkasse NRW berichtet, dass die LUK NRW die positiven Erfahrungen mit dem Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld in einer Broschüre darstellen wird, die anderen Hochschulen zugänglich gemacht wird.</p>
02.09.2002	<p>TOP 3: Berichte aus den Arbeitsgruppen / Diskussion + Beschlussfassung²³</p>
14.11.2003	<p>Anlage zu TOP 4 / Mitteilungen der 9. Sitzung des Steuerkreises Gesundheit am 14. November 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszirkel für Studierende (AG 8) Die Präsentation der Ergebnisse des Gesundheitszirkels wird in der nächsten Steuerkreis Sitzung erfolgen.
11.10.2004 ²⁴	<p>TOP 7 Planungen der 2. Sitzung in 2004 im Dezember</p> <p>Themen der zweiten Sitzung im Dezember 2004 sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse des Gesundheitszirkels für Studierende / Empfehlungen für das Rektorat

²³ Im Protokoll findet sich kein Eintrag zur AG 8, aus persönlichen Notizen der Koordination ist zu ersehen, dass berichtet wurde, dass geplant ist, die Vorschläge bis zum Frühjahr 2003 abzuarbeiten, so dass dem Rektorat ein abschließender Bericht vorgelegt werden kann.

²⁴ Diese Sitzung hat erst am 13.04.2005 statt gefunden.

4.5.4 IV. Abschlussphase

Die letzte Sitzung der AG 8 fand am **31. März 2004** statt. Als Diskussionsgrundlage für dieses Treffen bereitete die Sprecherin eine über 30 Seiten starke Dokumentation der Aktivitäten der AG 8 bezüglich der Umsetzung der Vorschläge vor. Ausgehend von diesem Termin wurden immer wieder neue Arten der Darstellung ausprobiert und wieder verworfen. Besonders die Bewertung, ob ein Vorschlag nun umgesetzt sei oder nicht, stellte sich als schwierig heraus.

Eine von der Koordination des Projektes erstellte Übersicht sollte auf einem für den **11. Oktober 2004** angesetzten Treffen des Steuerkreises vorgestellt werden. Das Treffen wurde verschoben. Deshalb erhielten sowohl die Teilnehmer des Steuerkreises als auch die Teilnehmer des Gesundheitszirkels per E-Mail eine Tabelle mit dem Stand der Umsetzung. Hintergrund für dieses Vorgehen war der Plan, das Modellprojekt sowie den Stand der Umsetzung der Vorschläge auf dem Gesundheitstag auf einem Gemeinschaftstand der AG 8 mit der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen vorzustellen. Am 06.12.2004 fand an der Universität Bielefeld ein Gesundheitstag statt, auf dem an einem Stand zusammen mit der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen mit Hilfe von zwei Postern (eines enthielt eine Übersicht über das Projekt, ein weiteres gab den Stand der Umsetzung der Vorschläge wieder) über das Projekt informiert wurde. Am **13. April 2005** fand die nächste Sitzung des Steuerkreises statt. Das Modellprojekt wurde noch einmal kurz vorgestellt und die Ergebnisse diskutiert. Der Steuerkreis beschloss die AG 8 zu bitten, für die nächste Sitzung eine Rektoratsvorlage zu erarbeiten. Diese konnte auf der am **2. Juni 2005** statt findenden Sitzung des Steuerkreises vorgestellt und verabschiedet werden.

Auf der 1.355ten Sitzung des Rektorats am **8. November 2005** wurden die Ergebnisse des Gesundheitszirkels für Studierende diskutiert. Der Beschlussvorschlag des Rektorates lautet: „Das Rektorat nimmt die Ergebnisse des Gesundheitszirkels und die genannten Handlungsbedarfe zur Kenntnis.“

Der Steuerkreis wird durch die Personaldezernentin über den Beschluss des Rektorats in seiner Sitzung vom **18. November 2005** in Kenntnis gesetzt. Hiermit ist ein offizieller Schlusspunkt unter das Projekt gesetzt worden. Die Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Protokollbeiträge zum Modellprojekt während der Abschlussphase.

Tabelle 10: Auszüge aus den Protokollen des Steuerkreises Gesundheit der Universität Bielefeld in der Abschlussphase des Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“

Protokollauszüge aus den Sitzungen des Steuerkreises in der Abschlussphase	
13.04.2005	<p>TOP 4: Ergebnisse des Gesundheitszirkels für Studierende</p> <p>Die Ergebnisse des Gesundheitszirkels für Studierende werden diskutiert. Für die nächste Sitzung soll eine Empfehlung für das Rektorat erarbeitet werden, in der die Themen des Gesundheitszirkels und bestehende Handlungsbedarfe benannt werden.</p>
02.06.2005	<p>TOP 3: Abschlussbericht: Gesundheitszirkel für Studierende / Rektoratsvorlage</p> <p>Der vorgelegte Abschlussbericht wird vom Steuerkreis zustimmend zur Kenntnis genommen, der Beschlussvorschlag für das Rektorat wird verändert und lautet nun: <i>Der Steuerkreis Gesundheit bittet das Rektorat, die Ergebnisse und die genannten Handlungsbedarfe des Gesundheitszirkels für Studierende zur Kenntnis zu nehmen und diese weiter zu bearbeiten.</i></p>
18.11.2005	<p>TOP 3 Ergebnisse der Beratungen im Rektorat</p> <p>Die Personaldezernentin berichtet über die Ergebnisse der Beratungen im Rektorat ... und zum Abschlussbericht des Gesundheitszirkels für Studierende.</p>

4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge

Das folgende Kapitel beschreibt den Stand der Umsetzung der Vorschläge. Zunächst gibt Tabelle 11 den quantitativen Stand der Umsetzung der Vorschläge bei Projektende wieder. Die Einteilung der Themen erfolgte nach Prioritäten. Der Themenkomplex Studium mit insgesamt 11 Vorschlägen erhielt eine sehr hohe Priorität. Die Themen Informationsfluss, Qualität und Quantität der Arbeitsplätze für Studierende in der Bibliothek, Ruhezonen sowie Bestuhlung, mit insgesamt 10 Vorschlägen, erhielten eine hohe Priorität. Mit einer weniger hohen Priorität wurden die 25 Vorschläge aus den Themenfeldern Mensa, Hochschulsport, Raumklima, Gebäudegestaltung Außen und Innen sowie die Einrichtung eines Diskussionsforums versehen.

Insgesamt konnten 20% der Vorschläge im Projektzeitraum realisiert werden. 26% befanden sich bei Projektende noch in der Umsetzungsphase. 43% der Vorschläge mündeten in Empfehlungen für das Rektorat und 11% der Vorschläge konnten bis zum Projektende nicht umgesetzt werden.

Richtet man den Blick auf die unterschiedlichen Prioritäten, so fällt auf, dass die Themen mit sehr hoher oder hoher Priorität vermehrt umgesetzt wurden (38%) im Gegensatz zu den Themen mit weniger hoher Priorität, wo nur 4% der Vorschläge bis zum Projektende umgesetzt werden konnten.

Tabelle 11: Stand der Umsetzung der Vorschläge bei Projektende (Meier et al., 2006)

A = umgesetzt, B = in Arbeit, C = Empfehlung an das Rektorat, D = nicht zu realisieren

Themen mit sehr hoher Priorität
Themen mit hoher Priorität
Themen mit weniger hoher Priorität

Themen	N=46	Stand der Umsetzung			
		A	B	C	D
Studium	11				
Studienplanung und -organisation	2	1		1	
Mentoren	2	1	1		
Sprechstunden	2	1		1	
Prüfungen	5	2	2		1
Informationsfluss	1	1			
Qualität und Quantität der Arbeitsplätze für Studierende in der Bibliothek	1	1			
Ruhezonen	5	1	2	1	1
Bestuhlung	3		2	1	
Mensa	4		3		1
Hochschulsport	3		2		1
Raumklima	5	1		3	1
Gestaltung des Außengeländes	6			6	
Gebäudegestaltung – Innen	6			6	
Einrichtung eines Diskussionsforums im Internet	1			1	
Gesamt	46	9	12	20	5
(%)	(100%)	(20%)	(26%)	(43%)	(11%)
Themen mit sehr hoher oder hoher Priorität	21	8	7	4	2
(%)	(100%)	(38%)	(33%)	(19%)	(10%)
Themen mit weniger hoher Priorität	25	1	5	16	3
(%)	(100%)	(4%)	(20%)	(64%)	(12%)

Tabelle 12 zeigt die Entwicklung bis zum Sommer 2007. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte fast 1/3 der Vorschläge (30%) umgesetzt werden. Über die Hälfte (52%) befindet sich noch in der Arbeit und gut 1/6 der Fälle (17%) hat sich als nicht realisierbar herausgestellt.²⁵

Tabelle 12: Stand der Umsetzung Sommer 2007

A = umgesetzt, B = in Arbeit, D= nicht zu realisieren

	A	B	D
I. Studium			
Planung und Organisation			
Vorschlag 1 Überschneidungen im EKVV Das EKKV meldet sich überschneidende Veranstaltungen	X		
Vorschlag 2 Rückmeldefunktion des EKVV Das EKKV meldet ausfallende Veranstaltungen.	X		
Betreuung			
Vorschlag 3 Patenschaften Seit dem WS 00/01 existiert ein Mentorenprogramm.	X		
Vorschlag 4 Rückmeldung über Patenschaften Rückmeldungen über die Funktionalität soll in Zukunft über die Fachschaften direkt an das Rektorat (Sprecherin Prorektor für Lehre) gehen.	X		
Vorschlag 5 Diskussion Sprechstunden/Vorschlag 6 Umfragen Sprechstunden Die Vorschläge zur Problematik der Sprechstunden sollen während des TAF den Fachschaften vorgestellt und mit ihnen diskutiert werden.		X X	
Prüfungen			
Vorschlag 7 Studienbegleitende Prüfungen Durch veränderte Studienordnungen fügen die Fakultäten studienbegleitende Prüfungen nach und nach in ihre Studienordnungen ein.	X		
Vorschlag 8 Mehr Information zum Thema Prüfungen Das Anbringen von Glaskästen für eine umfassende Information der Studierenden über Angebote der Universität zum Thema Prüfungen ist aus Sicherheitsgründen nicht überall möglich. Die Sprecherin des Prorektors für Lehre hat sich deshalb angeboten, dem Problem der nicht ausreichenden Information der Studierenden nachzugehen.		X	

²⁵ Die Empfehlungen an das Rektorat erfolgten im November 2005. Da nicht nachvollziehbar ist, welchen Einfluss das Rektorat evtl. auf die Umsetzung von Vorschlägen genommen hat, macht diese Spalte (C) hier keinen Sinn mehr. Die Tabelle weist deshalb nur die Kategorien A umgesetzt, B in Arbeit und D nicht zu realisieren auf.

	A	B	D
Vorschlag 9 STIB überprüfen Nach Überprüfung der STIB Ausgabe 2001/2002 durch den Vertreter des AStA leitete dieser die notwendigen Veränderungen direkt an die Redaktion des STIB weiter.	X		
Vorschlag 10 Broschüre „Prüfungen“ Da die neuen Prüfungsordnungen „studentengerecht“ formuliert werden sollen, besteht keine Notwendigkeit mehr zum Thema Prüfungen eine Broschüre mit einer „Übersetzung“ der jeweiligen Prüfungsordnung herauszugeben.	X		
Vorschlag 11 Muster-Klausuren-Ordner Die Einführung von Prüfungsprotokollen und „Muster-Klausuren-Ordner“ soll im TAF vorgestellt werden.		X	
Vorschlag 12 Würdigung von Prüfungen Der Vertreter des AStA leitet die Problembeschreibung über die fehlende Würdigung von Prüfungssituationen an die Kommission für Qualität in der Lehre weiter.		X	
II. Information			
Vorschlag 13 Informationsflut ordnen Der AStA gestaltet und pflegt die Wände in der Halle	X		
III. Lernmöglichkeiten			
Vorschlag 14 Einzelarbeitsplätze BIB Die Bibliothek führt nach und nach in den verschiedenen Bereichen Einzelarbeitsplätze ein.	X		
Vorschlag 15 Raumlufte BIB Sowohl der Direktor der Bibliothek als auch der Technische Direktor der Universität sind auf das problematische Raumklima hingewiesen worden.	X		
Vorschlag 16 Sitzmöbel im Freiem Der Vorschlag Ruheazonen im Freiem zu schaffen wurde sowohl an das Dezernat IV ²⁶ als auch das Ästhetische Zentrum weiter geleitet.		X	
IV. Fehlende Ruheazonen			
Vorschlag 17 Pflanzen in Halle Der Vorschlag, die Halle durch Pflanzen zu gliedern, wurde an das Ästhetische Zentrum weiter geleitet. Mittlerweile wurden schon einige Pflanzen angeschafft.	X		
Vorschlag 18 Freigabe von leeren Räumen Der AStA erhielt die Auskunft von Seiten der Hochschule, dass für Seminarräume keine andere Nutzung als Lehre vorgesehen ist.			X

²⁶ (Dezernat IV Technische Direktion, Bau- u. Liegenschaftsangelegenheiten, Betriebstechnik, Gebäudemanagement, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit)

	A	B	D
Vorschlag 19 Wanderweg Der Vertreter des AStA bringt den Vorschlag, einen Wanderweg in Uninähe einzurichten, in den Arbeitskreis Umwelt ein.		X	
Vorschlag 20 Raum der Ruhe/Stille Die Recherchen der AG 8 haben ergeben, dass ein Raum der Ruhe nicht existiert. Es gibt einen Raum der Stille. Dieser gehört zur Fakultät TGKM und kann von Studierenden vorzugsweise zum Gebet genutzt werden.			X
Vorschlag 21 Lichthöfe Die Nachfrage durch den AStA bei der Universitätsverwaltung ergab, dass die Lichthöfe aus versicherungstechnischen Gründen nicht frei gegeben werden dürfen.			X
V. Sitzgelegenheiten			
Ergonomie Vorschläge 22 Bestuhlung Galerie, 23 Flexible Fußbänke, 24 Stühle intakt und ergonomisch Die Vorschläge, die sich mit der Bestuhlung beschäftigen, wurden an die Strukturkommission, das Dezernat VI und das Ästhetische Zentrum weitergeleitet.		X X X	
Vorschlag 25 Belüftung Hörsäle Die gesundheitlichen Probleme, die durch die Belüftung der Hörsäle entstehen, wurden an den Technischen Direktor weitergeleitet. Veränderungen sind erst mit der Anschaffung einer neuen Klimaanlage möglich.			X
VI. Mensa			
Vorschläge 26 Salat, 27 Frische Kräuter, 28 Abwechslung für Vegetarier Die Vorschläge, die sich mit dem Mensaessen beschäftigen, konnten von der AG 8 an den Verwaltungsrat und den Verwaltungsausschuss, der sich mit der Neugestaltung der Mensa beschäftigen, weitergeleitet werden.		X X X	
Vorschlag 29 Die Umstellung der Automaten zum Aufladen der Mensakarten auf Münzen ist aus technischen Gründen nicht möglich.			X
VII. Hochschulsport			
Vorschläge 30 Zeiten Hochschulsport, 31 Fortbildung Übungsleiter Die Vorschläge, die sich mit dem Hochschulsport beschäftigen, wurden der Leitung des Hochschulsports mitgeteilt. Per Brief teilte diese mit, dass Veränderungen aus organisatorischen (Vorschlag 30) und aus finanziellen Gründen (Vorschlag 31) nicht zu realisieren sind.			X X
VIII. Luftqualität in der Halle			
Vorschlag 32 Rauchfreie Halle Nach verschiedenen Zwischenlösungen ist die Hochschule ab dem 01.05.2007 rauchfrei.	X		

	A	B	D
VIII. Gebäudegestaltung – Innen			
Vorschlag 33 Gestaltung von Gängen und Treppen, Vorschlag 34 Fußboden Halle, Vorschlag 35 Aufteilung Halle, Vorschlag 36 Gestaltung Halle, Vorschlag 37 Pflanzen Halle, Vorschlag 38 Sitzecken Halle Die Vorschläge bezogen sich auf eine Neugestaltung des Gebäudes, schwerpunktmäßig der Halle. Die Vorschläge konnten an das Ästhetische Zentrum weitergeleitet werden, welches mit der Umgestaltung der Halle betraut ist.		X X X X X	
X. Gebäudegestaltung – Außen			
Vorschlag 39, Vorschlag 40 „Gründe Seminarräume, Vorschlag 41 Sitzgelegenheiten draußen, Vorschlag 42 Freigelände Die Vorschläge, die sich mit der Gestaltung der Außenflächen beschäftigen, wurden durch die AG 8 an die Strukturkommission sowie das Ästhetische Zentrum weiter geleitet.		X X X X	
XI. Sonstiges			
Vorschlag 43 Versuche der Chemie Die Problemlage wurde an das Dezernat VI weiter geleitet.		X	
Vorschlag 44 laute Gartenarbeiten Der Vorschlag der Verlegung lauter Gartenarbeiten außerhalb der Kernarbeitszeiten wurde vom Steuerkreis nach kurzer Diskussion als nicht weiter zu verfolgen klassifiziert.			X
Vorschlag 45 Schließfächer Die Leitung des Hochschulsports meldet auf Anfrage zurück, dass die Anschaffung größerer Schließfächer im Bereich Sport aus Platzgründen nicht zu realisieren sei.			X
Vorschlag 46 Diskussionsforum Ein Diskussionsforum wurde für die Dauer des Wintersemesters ½ bis zum Sommersemester 2002 eingerichtet.	X		
Gesamt in Fällen	14	24	8
Fälle in Prozent	30	52	17

Eine Gegenüberstellung der beiden Zeitpunkte (Tabelle 13) macht deutlich, dass eine Verschiebung zugunsten einer Entscheidung stattgefunden hat. Von sieben Vorschlägen, die sich im November 2005 noch in der Bearbeitung befanden bzw. als Empfehlung an das Rektorat weitergeleitet wurden, konnten vier Vorschläge realisiert werden und bei drei Vorschlägen musste festgestellt werden, dass sie nicht zu realisieren sind.

Tabelle 13: Gegenüberstellung: Umsetzung der Vorschläge zum Projektende und Sommer 2007

A = umgesetzt, B = in Arbeit, D = nicht zu realisieren

Zeitpunkt	A	B	D
Projektende (11.2005)	9 (19,5 %)	32 (69,5 %)	5 (11%)
Sommer 2007	14 (31 %)	24 (52 %)	8 (17%)
	+ 5 (11,5%)	-8 (17,5 %)	+ 3 (7%)

5. Diskussion

5.1 Einordnung der Ergebnisse in die Lebenswelt der Studierenden und Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung

Das Studium und die damit verbundenen Lebensumstände haben eine Wirkung auf die Gesundheit von Studierenden (Bachmann, 1999; Hornung und Knoch, 1999). Die Zeit des Studierens ist der letzte Schritt von der Kinder- und Jugendzeit in das Erwachsenenleben. Studierende befinden sich in der Spätadoleszenz, d. h. die materielle und soziale Verselbständigung sowie die Identitätsentwicklung sind noch nicht abgeschlossen. Hieraus resultieren Verunsicherungen und Konflikte die durch die Lebens- und Studiensituation gegeben sind. Hierzu gehören die Ablösung vom Elternhaus, der Aufbau von neuen sozialen Kontakten sowie die unsichere berufliche Zukunft (ZSB, 2006). Darüber hinaus muss die Motivation zum Studium von den Studierenden selbst aufrechterhalten werden. Ein Studium fordert intellektuelles und kreatives Arbeiten. Um dies erfolgreich absolvieren zu können, ist ein hohes Maß an selbstgesteuertem Handeln und Selbstreflexion die Voraussetzung. Intellektuelle Arbeit kann nicht mechanisch geleistet werden. Es erfordert ein hohes Maß an Bewusstsein (ZSB, 1997b). Eine weitere in den letzten Jahren vielfach diskutierte Belastungsquelle, ist die Verunsicherung der Studierenden durch die Umstellung der Studienstrukturen auf Bachelor und Master im Rahmen des Bologna-Prozesses. Dieser Trend scheint sich jedoch abzuschwächen (ZSB, 2006).

Studierende halten sich selbst für gesund und sind es, was die physischen Erkrankungen betrifft, abgesehen von den Allergien, auch zum größten Teil. Trotzdem sind die bereits im Kindes- und Jugendalter zu beobachtenden Veränderungen im Krankheitsspektrum auch bei den Studierenden zu finden. Insgesamt sind akute Erkrankungen auf dem Rückzug, wohingegen die Prävalenzen chronischer und psychosomatischer Erkrankungen steigen. Dieser Trend scheint auch die Studierenden erfasst zu haben. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund alarmierend, dass sich die auftretenden Befindlichkeitsstörungen, wie psychosomatische Beschwerden, negativ auf das Wohlbefinden der Studierenden auswirken. Bereits bei den Jugendlichen gibt es Hinweise auf diese Zusammenhänge. Zudem scheint es so zu sein, dass mit steigendem Alter psychosomatische Beschwerden vermehrt auftreten.

Diese Zunahme kann auch in Zusammenhang mit steigenden gesellschaftlichen Erwartungen gebracht werden. Hintergrund hierfür ist die Tatsache, dass Leistungsan-

forderungen und gesellschaftliche Rollenerwartungen mit steigendem Druck erfüllt werden müssen. Doch auch Zukunftsängste und Perspektivlosigkeit werden als Mitverursacher diskutiert (Langness et al., 2005).

Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Erschöpfungszustände und Depressionen, die in unserer modernen Gesellschaft häufig auftreten, finden sich somit auch bei den Studierenden. Diese Beschwerden sind eher auf funktionelle Beeinträchtigungen zurückzuführen als auf klar definierte Krankheiten. Der gemeinsame Entstehungshintergrund für viele dieser langfristigen Befindlichkeitsstörungen ist die fehlende Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags- und Arbeitslebens (Langness et al., 2005, Hurrelmann, 2003, Torsheim et al., 2004; Richter, 2005). Die hohe Prävalenz von psychosomatischen Beschwerden gibt Hinweise darauf, dass bereits viele Jugendliche (Langness et al., 2005) und Studierende mit der Bewältigung des Alltags überfordert sind.

Da die Studierenden mit dieser Hypothek ihr Studium beginnen, verwundert es nicht, wenn die in 2.1.4 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken von Studierenden ausgewerteten Studien deutlich zeigen, dass dies in besonderem Maße für die Gruppe der Studierenden zutrifft. Im Setting Hochschule finden sich viele Risiken wie beispielsweise die mangelhafte Organisation des Studiums. So haben auch die psychischen Beeinträchtigungen unter denen die Studierenden leiden und unter denen auch das Studium und der Studienerfolg leidet, ihre Ursache im Setting Hochschule. Einzelne Gruppen weisen dabei besondere Risiken auf. Ähnlich wie auch bei den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen scheinen weibliche Studierende insgesamt häufiger von Depressionen betroffen zu sein (Langness et al., 2005; Ihle et al., 2004). Wobei zu berücksichtigen ist, dass weibliche Studierende insgesamt stärker mit Beschwerden reagieren. Bei männlichen Studierenden ist der hohe Anteil am Suchtverhalten wie Alkoholmissbrauch auffällig.

Die Betrachtung der gesundheitlichen Lage der Studierenden macht deutlich, dass Gesundheitsförderung notwendig ist. Eine gute Basis für Maßnahmen im Setting Hochschule ist das gut ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein der Studierenden.

Da das Studium eine wichtige Phase in der Entwicklung eines jungen Menschen darstellt und auf die Arbeitswelt vorbereiten soll, sollten dort auch die Fähigkeiten vermittelt werden, die es ermöglichen mit Belastungen konstruktiv umzugehen und diese als Herausforderung zu begreifen. Ein Rüstzeug für die Arbeitswelt, die sich wie die Universitäten in einem dauerhaften Wandel befindet. So erscheint eine intensivere psychosoziale Betreuung und Beratung im Setting aufgrund der steigenden psy-

chosozialen Beschwerden notwendig. Einen "großen psychologischen Versorgungsbedarf" sehen auch Autoren einer Studie, die psychische Störungen bei Studierenden zum Thema hatte (Bailer et al. 2007, S. 1).

Für Jugendliche werden bereits erfolgreich Programme zur Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenzen und zur Verbesserung der sozialen und personalen Kompetenzen eingesetzt. Ziel dieser Programme ist es, Jugendliche dazu zu befähigen, Copingstrategien und Handlungskompetenzen zu entwickeln, um die Anforderungen und Schwierigkeiten im Alltag optimal zu bewältigen. Da diese Ansätze breit angelegt sind, wirken sie auf unterschiedliche Verhaltensweisen und Kompetenzen von Jugendlichen. Diese Lebenskompetenztrainings sind insbesondere im englischsprachigen Ausland zur Stärkung der mentalen Gesundheit eingesetzt worden (WHO, 1997a). Diese Programme bedürfen der Weiterentwicklung, um sie auch für die Zielgruppe der Studierenden anbieten zu können. Die geschlechtsspezifische Ausrichtung, die diese Programme bisher vermissen lassen, sollte beachtet werden. Ebenso sollten die besonderen Risiken der Studierenden aus dem Ausland oder mit Migrationshintergrund Beachtung finden.

Da sich die Studierenden mehr Möglichkeiten der Partizipation im Setting Hochschule wünschen und Angeboten der Gesundheitsförderung gegenüber offen sind, ist ein Gesundheitszirkel ein möglicher Weg diesen Bedürfnissen entgegen zu kommen.

5.2 Zusammenfassende Beurteilung der Konzepte und Aktivitäten von Hochschulen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für Studierende

Im vorangegangenen Abschnitt konnte gezeigt, dass auf Seiten der Studierenden ein Bedarf an Gesundheitsförderung besteht. Der Abschnitt 2.2. Gesundheitsförderung im Setting Hochschule hat beschrieben, auf welche Rahmenbedingungen die Studierenden treffen und welche Potentiale sich im Setting Hochschule verbergen. Am Beispiel der europäischen Vernetzungsinitiative wurde aufgezeigt, welche Möglichkeiten Experten im Setting Hochschule sehen. Die Entwicklung in England machte aber auch deutlich, wie schwierig das konsequente Voranschreiten auf diesem Weg ist. Obwohl das deutsche Netzwerk und die deutschen Hochschulen im internationalen Vergleich als sehr aktiv einzustufen sind, sind unter Beachtung der Größenordnungen deutscher Hochschulen die bisherigen Ansätze zur Gesundheitsförderung insgesamt eher als marginal zu betrachten. Und obwohl Studierende mit Abstand die zahlenmäßig größte Gruppe bilden, lag der Fokus der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen, die in der Vergangenheit betrieben wurde, eindeutig auf den Beschäftigten (Hartmann et al., 2003). Auch an der Universität Bielefeld zeigt sich ein ähnliches Bild. Obwohl die vorgestellten Bausteine sicherlich einem idealtypischen Vorgehen sehr nahe kommen, welches zur Implementierung von Gesundheitsförderung in einem Setting empfohlen wird, fanden die Studierenden in dem ersten Konzept keine ausreichende Beachtung (vgl. 2.2.3.7.3 Das 1994er Konzept und seine Umsetzung bis zum Jahr 2000). Diese Tatsache verwundert um so mehr vor dem Hintergrund, dass Studierende, im Vergleich zu den anderen Statusgruppen, eine, insbesondere an der Universität Bielefeld (vgl. 2.1.4.3 Erkenntnisse über Bielefelder Studierende), gut erforschte Zielgruppe sind. Im Gegensatz dazu liegen über die Zielgruppe der nichtwissenschaftlichen Beschäftigten, beispielsweise an der Universität Bielefeld, keinerlei Erkenntnisse vor. Obwohl diese Grundlagen fehlen, wurden für diese Zielgruppe viele Maßnahmen entwickelt. Bei den wissenschaftlich Beschäftigten liegen mittlerweile erste Erkenntnisse vor und Interventionen befinden sich in der Vorbereitung. Das Teilnahmeverhalten an den bisherigen Angeboten der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld belegt, dass die sich prinzipiell an alle Beschäftigten richtenden Maßnahmen, die wissenschaftlichen Mitarbeiter kaum erreichen (Universität Bielefeld, ohne Jahresangabe b). Bei der Schulung der Füh-

ungskräfte zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Führungskräftebildungen zum Thema gesundheitsförderliches Führen richteten sich zunächst an Kräfte aus der Verwaltung. Die wissenschaftlichen Führungskräfte, die mehr Kontakt zu Studierenden haben, werden erst in Zukunft in diese Schulungen eingebunden werden.

Wie aber auch gezeigt werden konnte, war und ist das konzeptionelle Vorgehen der Universität Bielefeld einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess unterworfen. Am Beispiel des Steuerkreises Gesundheit wurden die verschiedenen Phasen der Neu- und Umorientierung besonders deutlich. Instrumente wurden weiterentwickelt. Nach und nach konnten die angestrebten Strukturen ausgebaut und verbessert werden. So konnte auch die Statusgruppe der Studierenden, durch das noch vorzustellende Modellprojekt, als Zielgruppe einbezogen werden (Unnold, 2005). Ein großer Vorteil der Bielefelder Strukturen ist sicherlich, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung von Anfang an von den Verantwortlichen initiiert und gefördert wurde. Hierdurch wird auch die Relevanz der Forderung der WHO, unter anderem nach der Einbeziehung des „top level commitment“ erfüllt (Tsouros et al., 1998). Die genannten Aktivitäten des Gesundheitslabors zeigen Möglichkeiten und Wege der Gesundheitsförderung für Studierende auf. Es macht deutlich, wie Studierende angesprochen und integriert werden können. Die Möglichkeiten des Gesundheitslabors sind bei weitem nicht ausgeschöpft. Weitere Ideen wie Peer-Education im Rahmen von Lehrveranstaltungen wären denkbar und könnten das Spektrum erweitern.

Es wurde deutlich, dass es im Setting Hochschule nicht an Konzepten oder Ideen mangelt. Es besteht aber ein Bedarf an integrierenden Konzepten. Angebote sollten mit Personen und nicht für Personen gestaltet werden. Diesen Forderungen und die Notwendigkeit einer koordinierten Steuerung sowie der Unterstützung der Leitungsebene, kommt das Konzept der Gesundheitszirkel nach (Simm und Unnold, 2000).

Um die in 2.2.3.3 Zu erwartende Effekte von Gesundheitsförderung im Setting Hochschule genannten Veränderungen bewirken zu können, ist es primäres Ziel der Gesundheitsförderung an Hochschulen Einfluss- und Bewältigungsmöglichkeiten für Betroffene zu schaffen. Es geht darum, vorhandene Fähigkeiten zu stärken und zu erweitern. Ein Großteil der Arbeit an Hochschulen ist geprägt durch Kreativität und Motivation. Deshalb würde sich die beteiligungsorientierte Gestaltung der Hochschulen nicht nur positiv auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken, sondern auch die Qualität der Arbeit steigern. Erst wenn eine Partizipation nicht möglich ist, sollte danach geschaut werden, wo Belastungen abgebaut werden können (Faller, 2005). Gesundheitszirkel eröffnen diese Partizipationsmöglichkeiten.

Eine Synopse von veröffentlichten Studien zur Gesundheit von Hochschulangehörigen filterte pathogen wirkende strukturelle Bedingungen an Hochschulen heraus. Die dort genannten pathogenen strukturellen Bedingungen wie fehlende Selbstgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten, lassen sich durch den Einsatz eines Gesundheitszirkels positiv beeinflussen. Gesundheitszirkel bieten eine Plattform zur Gestaltung des Arbeitsplatzes. Eine Mitarbeit in einem Gesundheitszirkelprojekt bedeutet für die Beteiligten Partizipation. Durch das Zusammentreffen mit anderen, besteht die Chance die weiterhin beklagten fehlenden Möglichkeiten zu sozialen Kontakten zu realisieren. Intransparente Organisationsstrukturen sowie unklare Informationsflüsse können in einem Gesundheitszirkel nachvollziehbar gemacht werden. Ebenso kann auf eine unzureichende Arbeitsplatzgestaltung, -ausstattung und/oder -umgebung Einfluss genommen werden. Das Gleiche trifft auf unklare bzw. unangemessene Leistungsanforderungen zu (Hildebrand et al., 2004). Gesundheitszirkel können dazu beitragen, den Austausch und die Kommunikation zwischen den Statusgruppen zu verbessern. Aus anderen Studien ist bekannt, dass Studierende, die regelmäßig Gespräche mit Dozenten haben, seltener unter mangelnden Selbstwertgefühlen leiden (Hahne et al., 1999). Gesundheitszirkel scheinen also auch im Setting Hochschule eine Katalysatorenwirkung entfalten zu können.

5.3 Diskussion der Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

5.3.1 Diskussion der Ergebnisse zur Strukturevaluation

Die in diesem Projekt gewählten Rahmenbedingungen entsprachen im Großen und Ganzen denen eines Gesundheitszirkels, wie er bereits als Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung in verschiedenen Branchen vielfach eingesetzt wurde (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen). Die Einbindung in die Hochschule wurde durch die bereits bestehenden Strukturen der Gesundheitsförderung ermöglicht (vgl. 4.5 Umsetzung der Zirkelergebnisse: Arbeitsgruppe 8 und der Steuerkreis Gesundheit).

Das Vorgehen mit einer im Vorhinein festgelegten Anzahl von Zirkeltreffen in einem definierten Zeitraum hat sich auch für die Gruppe der Studierenden bewährt. Der Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen (1-2 Wochen) sowie die Dauer der Sitzungen (1,5 Std.) wurden von den Studierenden akzeptiert. Was die Gesamtanzahl der Treffen anging, hätten es für einen Teil der Studierenden mehr Treffen sein können (vgl. 4.3.1 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Rahmenbedingungen). Die zur Verfügung stehende Zeit wurde aus Sicht der Teilnehmer optimal genutzt (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse).

In der Vorbereitungsphase der Zirkeltreffen wurde die Schwierigkeit der Kontaktaufnahme zu der Zielgruppe deutlich. Letztendlich entstand der Kontakt zu den Teilnehmern durch die persönliche Ansprache durch die Koordination. Der sehr aufwändige Weg über die Fachschaften als Gremienanfrage allein hätte offenbar nicht ausgereicht (vgl. 4.4.2.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme, Kontaktaufnahme). Die Annahme im Vorfeld des Zirkels, dass gerade die engagierten Studierenden der Fachschaften eher zu motivieren sind, sich an einem solchen Zirkel zu beteiligen (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen), wurde nicht bestätigt. Dieses Desinteresse kann viele Ursachen haben. Die Briefe an die Fachschaften wurden zum größten Teil überhaupt nicht wahrgenommen. Der Bitte der Organisation des Gesundheitszirkelprojektes, einen Aushang zur Information der Studierenden zu machen, kam - nach dem Wissen der Koordination²⁷ - keine Fachschaft nach. Die Motivation der Studierenden, sich an so einer Maßnahme zu beteiligen, war nicht das Interesse an einer Beteiligung an Entscheidungsprozessen der Universität, sondern das persönliche Interesse an dem Instrument Gesundheits-

zirkel. Es hat sich gezeigt, dass in erste Linie Studierende Interesse an dem Zirkel zeigten, die mit der Thematik Gesundheitsförderung bereits vertraut waren (vgl. 4.4.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme, Motivation). Dies bedeutet aber nicht ein generelles Desinteresse der anderen Fakultäten. Die Fachschaft der Juristen schien insgesamt sehr interessiert und auch die Linguisten sowie Vertreter der Philosophie traten erst spät von ihrer Zusage zur Teilnahme zurück. Deutlich wurde eine ablehnende Haltung nur bei den Fachschaften Chemie und Physik. Über die Interessenlage der anderen Fachschaften kann hier keine Aussage getroffen werden, da kein ausreichender Kontakt zustande kam. Insgesamt kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass ein hohes Interesse an Gesundheitsförderung auf bestimmte Studienrichtungen beschränkt zu sein scheint.

Die Erwartungen der Studierenden im Vorfeld des Zirkels waren eher diffus und sehr heterogen (vgl. 4.4.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme, Erwartungen/Vorstellungen). Was die Ergebnisse des Zirkels betrifft, äußerte sich die Hälfte der Teilnehmer. Diese Teilnehmer waren eher skeptisch, was die Wirkungsmöglichkeiten des Zirkels betrifft (vgl. 4.4.1 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Bedingungen der Teilnahme, Erwartungen/Vorstellungen).

Bei der spannenden Frage, wie Studierende in Zukunft motiviert werden können an einem solchen Projekt teilzunehmen, stand die persönliche Ansprache wieder im Vordergrund. Die Anregung eines Teilnehmers, einen Informationsstand in der Halle einzusetzen, scheint sehr vielversprechend. Erfolg versprechend scheint auch der Hinweis von gleich zwei Studierenden, die einen Schein oder ein Zertifikat für die Teilnahme an einem Gesundheitszirkel anregten (vgl. 4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen, Motivationsmöglichkeiten). Die genannten Barrieren (vgl. 4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen, Angenommene Barrieren zur Teilnahme anderer Studierender) gegenüber einer Teilnahme wie Zeit- und Planungsprobleme sowie der Annahme, dass die Thematik Gesundheit keine besondere Relevanz bei den Studierenden zukommt, waren den Organisatoren schon im Vorfeld bekannt.

²⁷ Diese Tatsache ließ sich aus Telefonaten, die während der Nachfassaktion geführt wurden, rekonstruieren.

Trotz des schwierigen Zugangs zur Zielgruppe, hat sich die Zusammensetzung des Zirkels aus Studierenden unterschiedlicher Fakultäten bewährt. Das Konzept dieses Modellprojektes war es, nur Studierende als regelmäßige Teilnehmer am Gesundheitszirkel einzubinden (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen). Die Vorgehensweise, dass andere Personengruppen nur als Gäste zugelassen wurden, hat sich als erfolgreich erwiesen.

Im abschließenden Interview schlug ein Teilnehmer nach der Frage nach sonstigen Themen einen Zirkel mit Angestellten vor, um dem Zirkel eine breitere Basis zu ermöglichen. Ein anderer betonte an dieser Stelle noch einmal die Vorteile der kleinen Gruppe, in der jeder zu Wort kommt (vgl. 4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen, Sonstiges).

Folgende personelle Ressourcen wurden im Rahmen des Modellprojekts an der Universität Bielefeld beantragt: Koordination, externen Moderation und Evaluationsmaßnahmen (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen). Somit verfügte das Projekt über eine gute personelle Ausstattung, insbesondere in den ersten beiden Projektphasen.

Die Koordination (vgl. 4.4.2. Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation, Betreuung), die externe Moderation sowie die Anbindung an die und Nutzung der Strukturen der Hochschule (vgl. 4.5 Umsetzung der Zirkelergebnisse: Arbeitsgruppe 8 und der Steuerkreis Gesundheit) dokumentieren dies (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen). Gegen Ende der Zirkelphase wurde in der AG 8 deutlich, dass für die Umsetzung der Vorschläge mehr Unterstützung in Form von personellen Ressourcen nötig gewesen wäre. Die Behebung dieses Mangels wurde aber von der AG 8 nicht vehement genug angegangen, wie das Zurückziehen eines schon formulierten Antrages zeigt (vgl. 4.5.2 II. Zirkelphase).

Zusammengefasst zeigte die Strukturevaluation, die alle in einem Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen dahingehend begutachtet, ob sie hinsichtlich ihrer Qualität und Quantität für die Zielerreichung angemessen sind, dass die gewählten Rahmenbedingungen und die Zusammensetzung des Zirkels sich als erfolgreich bewährt haben. Verbesserungsvorschläge ergab die Evaluation hinsichtlich der Kontaktaufnahme und Motivation der Zielgruppe. Schwächen deckte die Evaluation hinsichtlich der personellen Ressourcen bei der Umsetzung der Vorschläge auf.

5.3.2 Diskussion der Ergebnisse zur Prozessevaluation

Was das Teilnahmeverhalten betrifft, zeigen die Protokolle, dass die Studierenden regelmäßig an den Zirkelsitzungen teilgenommen haben (vgl. 4.1 Prozesse des Gesundheitszirkels: Die Zirkeltreffen).

Es hat sich gezeigt, dass der Anteil einer gelungenen Moderation am Erfolg eines Gesundheitszirkels nicht zu unterschätzen ist. Deshalb ist es wichtig, auf erfahrene Moderatoren zurückzugreifen, die den Prozess professionell begleiten (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen, 4.4.2 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation). So hat sich auch in diesem Projekt der Einsatz eines erfahrenen Moderatorenteams bewährt (vgl. 4.3.3 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Moderation). Das Team arbeitete gut organisiert und harmonisch (vgl. 4.4.2. Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation, Moderatoren als Team). Das strukturierte Vorgehen, das die Studierenden aus den Lehrveranstaltungen offensichtlich bisher nicht gewohnt waren, kann jedoch auch dazu beitragen haben, dass die Rückmeldungen auf den externen Moderator zum Teil negativ ausfielen (vgl. 4.4.3 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Kommunikation, Vergleich mit anderen Gruppenarbeiten aus dem Studium, 4.4.2 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation, externe Moderation).

Die Moderationstechnik trug dazu bei, dass langatmige und wenig zielführende Diskussionen vermieden werden konnten (vgl. 4.4.2 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Moderation, Moderationstechnik und Moderation Beschreibung).

Wie schon die Protokolle der Zirkelsitzungen zeigten, befanden sich die Rückmeldungen zu der Arbeitsatmosphäre im positiven Bereich des Koordinatenkreuzes (vgl. 4.1.3 Abschlusstreffen (18. Juli 2001)).

Die Kommunikationsstrukturen ermöglichten den Teilnehmern immer zu sagen, was sie wollten. Diese Freiheit der Rede wurde auch nicht durch die Anwesenheit von Gästen beeinflusst. Die Arbeitsatmosphäre empfanden die Teilnehmer als produktiv. Die Spielregeln wurden eingehalten (vgl. 4.3.2 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Kommunikation). Diese Rückmeldungen aus dem Fragebogen entsprachen denen im Interview (vgl. 4.4.3 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Kommunikation).

Die Teilnehmer haben ausreichend Informationen über die gesundheitsförderlichen Aktivitäten der Universität erhalten (vgl. 4.3.2 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum

Thema Kommunikation).

Weiterhin verhalfen die Protokolle dem Zirkelgeschehen zu mehr Transparenz. Sie hielten die Teilnehmer auf dem Laufenden und ermöglichten es auch Außenstehenden, das Geschehen zu verfolgen und nachzuvollziehen (vgl. 4.3.4 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Protokoll).

Diejenigen Studierenden, die am Zirkel teilgenommen haben, haben sehr engagiert gearbeitet und waren von den Ergebnissen selbst positiv beeindruckt. Viele der Studierenden sahen es als Fortschritt an, dass Probleme dieser Art überhaupt thematisiert wurden (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse, Allgemeine Beurteilung der Ergebnisse der Zirkelarbeit).

Die Teilnehmer waren mit den von ihnen erarbeiteten Ergebnissen in vielerlei Hinsicht zufrieden. Sowohl die Auswahl und die Vollständigkeit der Themen, als auch die Quantität und Qualität der Vorschläge beurteilten die Beteiligten positiv. Problemanalyse und Lösungsfindung standen nach Meinung der Teilnehmer in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse).

Was die Identifizierung von Belastungen (vgl. 4.2 Vorschläge des Gesundheitszirkels) angeht, zeigt ein Vergleich der Ergebnisse des Gesundheitszirkels mit denen der Baseline des Bielefelder Gesundheitssurveys für Studierende (vgl. 2.1 Gesundheit von Studierenden) eine hohe Übereinstimmung. So wurde beispielsweise sowohl in dem quantitativen Ansatz (Survey) als auch in dem qualitativen Ansatz (Gesundheitszirkel) deutlich, dass die Studierenden ein Bedürfnis nach Ruhezeiten und Rückzugsmöglichkeiten im Setting Hochschule haben und sich mehrheitlich eine rauchfreie Hochschule wünschen (Stock et al., 2002, Meier et al., 2003).

Bezogen auf die Erwartungen der Teilnehmer waren diese vom Zirkelgeschehen positiv überrascht (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse, Vergleich zwischen den Erwartungen und den gemachten Erfahrungen) und konnten die Teilnahme als persönlichen Gewinn für sich verbuchen (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse, Persönlicher Gewinn).

Die Umsetzung der Empfehlungen des Zirkels brachten die Zirkelteilnehmer in Verbindung mit der AG 8 (vgl. 4.4.4 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse, Ergebnisse und deren Umsetzung).

Insgesamt waren die Studierenden mit dem Projekt sehr zufrieden (vgl. 4.4.5 Ergebnisse aus dem Fragebogen zum Thema Abschließende Beurteilung).

Zusammenfassend hat die Prozessevaluation, die zur Aufgabe hat das Projekt zu begleiten mit dem Ziel, Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung zu erkennen, ergeben, dass alle untersuchten Aspekte wie Teilnahmeverhalten, Moderation, Arbeitsatmosphäre, Kommunikation, Protokolle, Ergebnisse, Identifikation von Belastungen, Erwartungen der Teilnehmer und Umsetzung der Empfehlungen zur Zufriedenheit aller Beteiligten und im Sinne der Konzeption abgewickelt wurden.

5.3.3 Ergebnisevaluation

Die Anzahl der erarbeiteten Vorschläge (46) (vgl. 4.2 Vorschläge des Gesundheitszirkels) entspricht den Erfahrungen in anderen Gesundheitszirkelprojekten (Schröder, 1992).

Als schwierig gestaltete sich die Bewertung, ob ein Vorschlag nun umgesetzt ist oder nicht (vgl. 4.5.4 IV. Abschlussphase). Nachdem diese Entscheidungen getroffen waren, zeigte sich zum Zeitpunkt des offiziellen Projektendes, dass 38% der Vorschläge, die einer sehr hohen Priorität zugeordnet waren, als umgesetzt bewertet werden konnten. Vor dem Hintergrund, dass es nicht das vorrangige Ziel dieses Gesundheitszirkels war Vorschläge umzusetzen (vgl. 3.1.5 Erwartungen an das Projekt, 3.1.6 Ziele), ist dies sicherlich als beachtlicher Erfolg zu werten. Bei 11% der Vorschläge musste festgestellt werden, dass sie nicht in absehbarer Zeit zu realisieren sind.

Die weitere Dokumentation der Umsetzung der Vorschläge bis zum Sommer 2007 zeigt, dass der Anteil der Vorschläge, die sich bei Projektende noch in Arbeit befunden haben, sich zugunsten einer Entscheidung verschoben hat. Von sieben Vorschlägen, die seit dem Projektende bearbeitet wurden, konnten 5 realisiert werden. Weitere drei stellten sich als nicht umsetzbar heraus. Als vorläufiges Endergebnis befindet sich über die Hälfte der Vorschläge immer noch in Arbeit (52 %), ein knappes Drittel wurde realisiert (31%) und 17% der Vorschläge konnten nicht realisiert werden (vgl. 4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge).

Die Umsetzung der Vorschläge konnte in den verschiedenen Bereichen der Hochschule unterschiedliche realisiert werden. Während beispielsweise im Bereich Studium fast alle Vorschläge (Planung und Organisation: Vorschläge 1+2 umgesetzt, Betreuung: Vorschläge 3+4 umgesetzt, Vorschläge 5+6 in Arbeit) realisiert wurden, beurteilte die Hochschulsportleitung die Vorschläge, die den Hochschulsport betrafen (Vorschläge 30 Zeiten Hochschulsport, 31 Fortbildung Übungsleiter, 45 Schließfächer) als nicht umsetzbar. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit die persönliche Anwesenheit der Sprecherin des Prorektors für Lehre bei einzelnen Zir-

kelsitzungen, die die Thematik Studium betrafen, sich positiv auf die Realisierung der Vorschläge ausgewirkt hat (vgl. 4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge).

Das Konzept des Gesundheitszirkels sah vor, den Erfolg des Zirkels an den vorher formulierten Zielen (vgl. 3.1.6 Ziele) zu messen (vgl. 4.5.2 II. Zirkelphase).

Die ersten beiden Ziele betrafen direkt die Zirkelarbeit: „Subjektive Analyse der Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von Studierenden im Arbeits- und Lebensraum Hochschule“ und „Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen“. Diese beiden Ziele können als erreicht eingestuft werden (s. o.).

Ein weiteres Ziel des Gesundheitszirkels war es, die Kommunikation der Studierenden über das Thema Gesundheit anzuregen (vgl. 3.1.6 Ziele). Darauf im Interview angesprochen, antworteten alle Teilnehmer, dass Sie mit ihrem Umfeld ins Gespräch gekommen sind, sowohl in bestehenden Gremien als auch mit Bekannten und Freunden. Somit kann dieses Ziel der Gesundheitszirkels ebenfalls als erreicht betrachtet werden (vgl. 4.4.5 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Umfeld und Empfehlungen, Reaktionen). Das für die Kommunikation innerhalb der Hochschule eingerichtete Diskussionsforum (vgl. 4.2.11 XI. Sonstiges, Diskussionsforum) wurde zwar genutzt, konnte aber aufgrund mangelnder Ressourcen nur kurze Zeit angeboten werden.

Darüber hinaus wurde das Modellprojekt über zahlreiche Beiträge in der Presse, Vorträge und Publikationen auch außerhalb der Universität Bielefeld bekannt gemacht. Für andere interessierte Hochschulen informiert die Landesunfallkasse NRW in einer Broschüre über das Projekt.

Auf nationaler Ebene hat die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., für Mitglieder des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Workshops angeboten, um das Konzept auch an anderen Hochschulen zur Anwendung zu bringen. Auf internationaler Ebene reicht das Interesse bzw. die Anfragen von Österreich bis nach Australien (vgl. 3.1.9 Öffentlichkeitsarbeit).

Zusammengefasst zeigt die Ergebnisevaluation, die untersucht, ob und in welchem Umfang die Projektziele erreicht wurden, dass die vorher formulierten Ziele für das Zirkelprojekt erreicht worden sind.

5.4 Diskussion des Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“

Das hier vorgestellte Modellprojekt war ein erster Versuch, das Instrument der Gesundheitszirkel mit der Zielgruppe Studierende anzuwenden. Die Komplexität eines solchen Projektes zeigt sich in den verschiedenen Zirkelphasen. Insgesamt betrug der Projektzeitraum über 5 Jahre. Die meisten der teilnehmenden Studierenden haben einige Veränderungen, die durch den Zirkel bewirkt worden sind, nicht mehr „erlebt“, da sie die Hochschule bereits verlassen hatten. Obwohl das Zirkelprojekt offiziell im November 2005 abgeschlossen wurde, befinden sich einige Vorschläge immer noch in Arbeit. Die lange Laufzeit ist zum einen mit der Komplexität des Settings Hochschule zu begründen und steht auch im Zusammenhang mit der Entscheidung, den Zirkel hochschulweit durchzuführen. Ein im Vorfeld des Modellprojektes diskutierter fakultätsbezogener Zirkel hätte wahrscheinlich weniger Informationen über die Lage der Studierenden allgemein ergeben. Während des Zirkelprozesses wurde deutlich, dass zwischen den Fakultäten bezüglich der wahrgenommenen Risiken zum Teil große Unterschiede bestehen. Obwohl das Konzept einen hochschulweiten Zirkel vorsah (vgl. 3.1.4 Konzeptuelles Vorgehen), erhob das Projekt nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein. Einige Ergebnisse scheinen aber trotzdem einen repräsentativen Status erreicht zu haben, da sie identisch mit denen sind, die im Gesundheitssurvey für Studierende erhoben wurden. Dies betrifft beispielsweise das Bedürfnis nach Rückzugsmöglichkeiten oder die nicht ausreichend bequemen Sitzgelegenheiten. Im Vorfeld des Projektes sahen die Initiatoren die Schwierigkeit, Teilnehmer für den Zirkel zu akquirieren. Deshalb sah das Konzept vor, einen bestimmten Typ Studierenden für das Projekt zu gewinnen. Es wurde davon ausgegangen, dass der „normale“ Studierende sich nicht für ein solches Thema interessiert. Die Initiatoren hatten die Fachschaften in den Fokus gerückt, da davon ausgegangen wurde, dass hier engagierte Studierende zu finden sind. Im Zirkel arbeiteten letztendlich Studierende aus verschiedenen Hochschulbereichen, die sich in ihrem Bereich jeweils durch ein besonderes Engagement bspw. im Hochschulsport oder im AStA auszeichneten. Von den ursprünglich angesprochenen und sehr umworbenen Fachschaften nahmen nur zwei Vertreter teil. Die telefonische Nachfrage ergab, dass die Informationspost (Brief und E-Mail) von den Verantwortlichen nicht wirklich wahrgenommen wurde oder aber aufgrund vielfältiger anderer Verpflichtungen keine Auf-

merksamkeit erfahren hatte. Einige Fachschaften waren im persönlichen Gespräch mit der Koordination sehr interessiert und eine Fachschaft sagte die Teilnahme verbindlich zu, erschien dann aber zu den Zirkelsitzungen doch nicht (3.1.8 Zusammensetzung des Zirkels). Ein solches Verhalten wurde auch schon in anderen Projekten mit Studierenden beobachtet. Auch bleibt das Veränderungsbestreben von Studierenden oft auf der Ebene der Kritik, wobei Studierende angeben, sich aufgrund von Zeitmangel nicht engagieren zu können (Schwarz et al, 1995). Dem Problem, dass keine Änderungsvorstellungen bei der Zielgruppe bestehen und sozusagen „nur gemeckert“ wird, beugt das Zirkelgeschehen instrumentell vor, indem es ein zentrales Element ist, Lösungsvorschläge für bestehende Belastungen zu erarbeiten. Auf einen Gesundheitszirkel entfallen im Schnitt 36 diskutierte Arbeitsbelastungen und 50 Verbesserungsvorschläge (Sochert, 1999). Das Modellprojekt verdichtete 25 Belastungen zu 11 Themen. 46 Veränderungsvorschläge entwickelten die Studierenden (vgl. 4.6 Stand der Umsetzung der Vorschläge). Ein im Rahmen des Umwelt-Audits im gleichen Zeitraum wie der Zirkel durchgeführter Ideenwettbewerb suchte die besten, praktikabelsten und originellsten Vorschläge, um den Umweltschutz an der Universität Bielefeld noch zu verbessern. Zu erwähnen ist hier, dass die meisten Ideen von Studierenden eingereicht wurden (Eco-campus.net, 2000). Sowohl im Modellprojekt als auch bei dem Ideenwettbewerb wurde deutlich, welches kreative Potential auf Seiten der Studierenden besteht.

Was die Themen betraf, die im Zirkel diskutiert wurden, zeigte sich, dass der Bezug zur Gesundheit nicht immer deutlich war. Im Umfeld des Zirkels tauchte des Öfteren die Frage nach dem Bezug zum Thema Gesundheit auf. So erschien für einige Studierende das Thema Belüftung in der Bibliothek nicht mit Gesundheit in Verbindung zu stehen. Diese Reaktion legt den Gedanken nahe, dass das Querschnittsthema Gesundheit im Setting Hochschule noch nicht sehr verbreitet zu sein scheint.

Die Skepsis, welche die Studierenden hinsichtlich der Ergebnisse und Möglichkeiten der Umsetzung zu Beginn des Zirkels äußerten, sind für ein Zirkelprojekt als typisch zu bezeichnen und finden sich auch in anderen Studien wieder (Zlotos, 2002). Die geäußerten Bedenken der Studierenden vor endlosen Sitzungen und „Rumgelaber“ (4.1.1 Die Auftaktveranstaltung (23. Mai 2001)) stellten sich jedoch im Modellprojekt als nicht berechtigt heraus (4.4.3 Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zum Thema Kommunikation). Und auch mit den erreichten Ergebnissen waren die Modellprojektteilnehmer zufrieden (4.4.4 Ergebnisse aus dem leitfadengestützten Interviews zum Thema Ergebnisse).

Das sich die Evaluation von Gesundheitszirkeln wie in 2.3.1.7 Evaluation von Gesundheitszirkeln schon dargelegt wurde, schwierig gestaltet, zeigt sich unter anderem daran, dass nur wenige Gesundheitszirkel von Beginn an über ein Evaluationskonzept verfügen. Das hier vorgestellte Forschungsprojekt enthielt bereits in seiner Konzeption zwei ausgewiesene Evaluationsinstrumente: einen Fragebogen und ein Interview. Trotzdem musste von einer Evaluation der Ergebnisse im Hinblick auf gesundheitliche Veränderungen bei den Studierenden, aufgrund der Komplexität der Thematik, Abstand genommen werden. So liegen zwar mit den Ergebnissen des Bielefelder Gesundheitssurveys (vgl. 2.1.4.3 Erkenntnisse über Bielefelder Studierende) vielfältige Informationen über relevante Beanspruchungs- und Gesundheitsindikatoren der Studierenden wie: Befinden, Beschwerden und Zufriedenheit vor, diese Daten stammen aber nicht aus dem Zeitraum direkt vor dem Zirkel. Diese sehr umfangreiche Befragung konnte aufgrund der dafür notwendigen Ressourcen, die sicher auch nicht im Verhältnis zu den Ergebnissen stehen würden, nicht nach Abschluss sowie nach sechs bzw. zwölf Monaten wiederholt werden. Auch sind Ursache und Wirkung bei einer Gruppe von bis zu 20.000 Studierenden zu multifaktoriell. Eine andere Hochschule als Vergleichsgruppe auszuwählen, wäre aufgrund der Heterogenität der Hochschulen schwer möglich.

Das Zirkelprojekt konnte von bereits bestehenden Erfahrungen mit Gesundheitszirkeln profitieren. In der Vergangenheit hatte sich gezeigt, dass auch von Gesundheitszirkeln keine Wunder erwartet werden dürfen. Dies wurde im Vorfeld des Modellprojektes deutlich kommuniziert. Diese Herangehensweise hat sich für den Bielefelder Zirkel gelohnt. Die Erwartungen an das Projekt, insbesondere was mögliche Veränderungen betrafen, waren von keinem der Beteiligten überhöht (vgl. 3.1.5 Erwartungen an das Projekt). Im Zirkel zeigte sich, dass Bedarfe der Studierenden der Hochschule zum Teil schon bekannt waren. Den Studierenden waren die bereits eingeleiteten Veränderungen jedoch nicht bekannt. Dies weist auf Schwächen in der Kommunikation zwischen der Universität auf der einen Seite und den Studierenden auf der anderen Seite hin. Lösungsvorschläge, die von den Zirkelteilnehmern entwickelt wurden, wie das Mentorensystem, existieren bereits an einigen Fakultäten. Diese Information war noch nicht bei allen Studierenden angekommen. Ein wichtiges Ergebnis des Zirkels ist es, dass die Kommunikationsstrukturen in der Hochschule der Überprüfung und Verbesserung bedürfen, damit Studierende für sie relevante Informationen effektiver erreichen. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass aber auch Erkenntnisse über die Bedürfnisse von Studierenden zu Tage traten, die vorher

nicht bekannt waren.

Für das Modellprojekt war die Integration in die Strukturen der Hochschulen und die enge Anbindung an den AStA wertvoll. Hierdurch konnten viele Informationen fließen, wie beispielsweise die Zusammenarbeit mit der Sprecherin des Prorektors für Lehre. Trotz der guten Anbindung zeigte sich in der Umsetzungsphase, dass die Einrichtung einer Arbeitsgruppe durch den Steuerkreis ohne weitere Ressourcen im Hintergrund nicht ausreichte, um die Vorschläge konsequent genug zu verfolgen. Es bestand kurz nach Beendigung der Zirkelphase bereits der Eindruck, dass die zu leistenden Aufgaben nicht von den Mitgliedern der AG 8 alleine zu leisten seien. Der bereits vorbereitete Antrag wurde jedoch auf Anraten der Koordination der Betrieblichen Gesundheitsförderung zurückgestellt. Dieses Manko war in der ganzen Umsetzungsphase zu spüren. Deshalb beschränkte sich die AG 8 darauf, die Vorschläge an die dafür zuständigen Stellen weiterzuleiten. Die Abfolge der Termine über die Laufzeit des Projektes lässt einen Zusammenhang zwischen den Sitzungen des Steuerkreises und den Arbeitstreffen der AG 8 erkennen. Es scheint einen zeitlichen Zusammenhang zwischen den Treffen der AG 8 und den Sitzungen des Steuerkreises Gesundheit zu geben. Dieser Zusammenhang kann so gedeutet werden, dass der Steuerkreis Gesundheit als eine Art Motor oder Motivator für die Teilnehmer der AG 8 wirkte, Ergebnisse vorzulegen. Der Steuerkreis Gesundheit hat im Vorfeld des Zirkels dem Projekt viel Aufmerksamkeit geschenkt. Die Mitglieder waren insbesondere an den Vorschlägen der Studierenden sehr interessiert. Kritisch anzumerken ist, dass das Interesse an der Umsetzung der Vorschläge eher gering war.

Die Diskussionsplattform durch einen privaten Anbieter freischalten zu lassen, der sein kostenloses Angebot mit Werbung finanziert, wurde von den Studierenden sicherlich zu recht kritisiert. Die Idee, eine solche Möglichkeit des Austausches zu schaffen, war trotz dieses gescheiterten Versuches sicherlich der richtige Weg. Studierende nutzten das Angebot, um ihre Meinung, insbesondere zu dem gerade aktuellen Thema „Rauchfreie Halle“, zu äußern.

Insgesamt einschränkend ist zum Projekt noch zu sagen, dass nur ein Zirkel durchgeführt wurde.

Die Unterstützung durch die LUK NRW wurde erst im Rahmen der Änderungen des Beitragsentlastungsgesetzes möglich, indem die Gesundheitsförderung als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen übertragen wurde (Meierjürgen, 2002).

Das Modellprojekt hat sich insgesamt eines großen Interesses erfreut. Für das Jahr

2009 ist bereits ein dritter Workshop für Interessierte aus Hochschulen geplant, in denen sie sich zu Moderatoren für Gesundheitszirkel ausbilden lassen konnten. Diese Workshops werden von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., der die Koordinatorin und Moderatorin des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen angehört, veranstaltet. Die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz unterstützt die Workshops finanziell.

Besonders nach der englischsprachigen Publikation (Meier et al., 2006b) hat das Projekt weltweite Aufmerksamkeit erfahren. Anfragen von Hochschullehrenden, die das Projekt in ihre Lehre eingebaut haben, kamen beispielsweise aus Österreich, Israel und Australien.

Darüber hinaus hat das Forschungsprojekt gezeigt, dass das Potential des Gesundheitszirkelkonzeptes noch nicht ausgeschöpft ist. Weitere Zielgruppen, die vielleicht ebenso wie die Studierenden auf den ersten Blick als nicht besonders geeignet wahrgenommen werden, warten sozusagen darauf „entdeckt“ zu werden.

Schließlich ist anzumerken, dass Gesundheitszirkel auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Hochschule nur ein Baustein sind. Zwar enthalten Gesundheitszirkel wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Hochschulentwicklung, indem sie empowerment- und kommunikationsorientierte, demokratische Teilhabe (Faller, 2005) ermöglichen, es bedarf aber auch gesundheitsförderlicher Gesamtstrukturen, in die die Zirkelprojekte eingebettet werden müssen, um ihre Wirkung entfalten zu können.

6. Schlussfolgerungen und Ausblick

Gesundheit von Studierenden

Die Analyse der Literatur zur Gesundheit der Studierenden hat aufgezeigt, dass auf diesem Gebiet weiterhin Forschungsbedarf besteht. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die weitere Erforschung von Gesundheitspotenzialen und Gesundheitsrisiken - aller Statusgruppen im Setting Hochschule - eine notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Hochschule als gesundheitsfördernder Arbeits- und Lebensraum ist. Eine regelmäßige Gesamterhebung für die Studierenden, wie sie beispielsweise im Rahmen des Jugendgesundheitssurveys durchgeführt wird, wäre wünschenswert, um Trends und Gefährdungen frühzeitig erkennen zu können. Dieses Monitoring könnte unter anderem durch die Implementierung von Fragen nach der Gesundheit in bereits bestehende Befragungen geschehen, wie z. B. die Sozialerhebung des Studentenwerks oder die Befragungen zum Hochschulranking. In einem solchen Monitoring der Gesundheit der Studierenden könnten weitere Erfahrungen, die sich aus den bisherigen Studien ableiten lassen, einfließen. Bisher überwog in den Studien zur Gesundheitsförderung von Studierenden die Beschreibung des Gesundheitszustandes und -verhaltens von Studierenden. Insgesamt neigten Studien in der Vergangenheit dazu, nach Risiken zu fahnden. In Zukunft sollte deutlicher der salutogenetische Ansatz zum Tragen kommen und Ressourcen deutlicher herausgearbeitet werden. Darüber hinaus stand bei Betrachtung von Gesundheitsrisiken besonders in Deutschland bisher die Studieneingangsphase im Vordergrund. Insbesondere die Erkenntnisse im Rahmen des Bielefelder Gesundheitssurveys und dessen Nachfolger der CNSHS fokussierten die sogenannten freshman – Studierende im ersten Studienjahr. In weiteren Studien sollten sich die Befragungen auch an Studierende in anderen Phasen des Studiums richten. Eine Besonderheit der Bielefelder Studien, die in Zukunft weiter verfolgt werden sollte, ist die Analyse des Settings Hochschule. Die mangelnde Vergleichbarkeit zwischen den Studien, wie sie heute besteht, wäre mit einem einheitlichen Befragungsinstrument abgeschafft.

Ein erfolgsversprechender Ansatz, der die oben genannten Erfahrungen integriert, ist der sogenannte Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Eine flächendeckende Befragung in Nordrhein-Westfalen, welche untersucht, ob Unterschiede zwischen Studienfächern oder Art und Größe der Hochschule (Universität – Fachhochschule,

technisch ausgerichtete Hochschule – geisteswissenschaftliche Hochschule, ...) bestehen und inwieweit die geografische Lage eine Rolle spielt. Aber auch die unterschiedlichen Bereiche verbindenden Fragestellungen interessieren, beispielsweise inwieweit sich technische Hochschulen, die eher männerdominiert sind, auf die Gesundheit ihrer Mitglieder auswirken. Da diese Studie sich auf ein Bundesland bezieht, können nur erste Hinweise geliefert werden und es besteht weiterhin Forschungsbedarf (Meier et al., 2005).

Bei Vergleichen zwischen den Geschlechtern, Studierenden mit Migrationshintergrund und Einheimischen sowie zwischen Studierenden aus südlichen Teilen Europas und den Studierenden aus nördlichen Teilen Europas fiel auf, dass es deutliche Unterschiede bei der Angabe der Häufigkeit von berichteten Beschwerden und Stress bestehen. Frauen, Studierende mit Migrationshintergrund und Studierende in südlichen Ländern Europas berichten häufiger über Beschwerden und Stress. Dieses Phänomen ist bereits seit längerer Zeit für Frauen bekannt. Erklärungsversuche bringen diese erhöhte Prävalenz mit einer sensibleren Wahrnehmung des Körpers in Zusammenhang. Dieses Phänomen konnte bisher nicht hinreichend erklärt werden und es besteht weiterhin Forschungsbedarf.

Gesundheitsförderung im Setting Hochschule

Wie gezeigt werden konnte, haben sich in Deutschland viele Hochschulen auf den Weg gemacht, eine gesundheitsfördernde Hochschule zu werden. Die Ausrichtung ist oft hochschulspezifisch und orientiert sich an den speziellen Ressourcen der Hochschule. Nachdem die Universität Bielefeld mit ihrer Gesundheitsförderung auf konzeptioneller Ebene viele Jahre Vorreiter war, starteten in den letzten Jahren immer mehr Hochschulen mit einem Gesamtansatz. Sie gründen einen Arbeits- oder Steuerungskreis Gesundheit und befassen sich mit der Erstellung eines Gesundheitsberichtes. Welche Aktivitäten sich an die Analysephasen anschließend werden, bleibt abzuwarten. Insgesamt ist es jedoch sehr zu begrüßen, wenn mehr Hochschulen Gesundheitsförderung auf der Grundlage eines konzeptionellen Gesamtansatzes betreiben.

Für die Zukunft wäre es weiterhin wünschenswert, wenn das Potenzial der Studierenden mehr genutzt werden würde. Oft erarbeiten Studierende im Rahmen ihres Studiums innovative Ideen, die bei den Entscheidungsträgern, was deren Umsetzung betrifft, mehr Beachtung finden sollten. Ein Beispiel hierfür ist die Entwicklung eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung für wissenschaftliche und studentische Hilfs-

kräfte an der Universität Bielefeld im Rahmen einer Lehrveranstaltung Prävention und Gesundheitsförderung (Behr et al., 2006). Der Hochschule Magdeburg Stendal ist es gelungen, Gesundheitsförderung als Studierendenprojekt in die Lehre zu integrieren. Durch Gesundheitszirkel, als Bestandteil der Lehre, besteht die Möglichkeit, das Innovationspotenzial der Studierenden systematisch zu nutzen.

Um die Aktivitäten im Bereich Gesundheitsfördernde Hochschule besser einschätzen zu können und die Hochschulen im Wettbewerb untereinander zu unterstützen, sind Bewertungskriterien hilfreich. Erste Schritte in diese Richtung bilden die in dieser Arbeit bereits vorgestellten Kriterien (vgl. 4.1.7 Evaluation von Gesundheitszirkeln). Bisher jedoch findet die Gesundheitsförderung als Kriterium bei den Hochschulrankings keine Berücksichtigung. Denkbar wären in Zukunft „Gesundheitsaudits“ analog zu den bereits bestehenden Ökoaudits. Die Wurzeln der Gesundheitsförderung liegen unter anderem im Arbeitsschutz. Die im Bereich Umwelt in den letzten Jahren erfolgreich eingeführten Managementsysteme haben zu einer Professionalisierung des Arbeits- und Umweltschutzes geführt. Neben dem Hauptziel der Minderung der Belastungen für die Umwelt sind ein Imagegewinn und eine Kostensenkung zu verzeichnen. Diese Strukturen könnten auch als Muster für ein zertifiziertes betriebliches Gesundheitsmanagement genutzt werden (Lissel, 2001).

Gesundheitszirkel für Studierende

Das Modellprojekt hat gezeigt, dass die Übertragung des Konzepts der Gesundheitszirkel auf Studierende, unter der Beachtung der Besonderheiten dieser Zielgruppe, sehr gut möglich ist. Deshalb folgen an dieser Stelle

Schlussfolgerungen für den zukünftigen Einsatz im Setting Hochschule:

Das Vorgehen mit einer im Vorhinein festgelegten Anzahl von Zirkeltreffen in einem definierten Zeitraum hat sich für die Gruppe der Studierenden bewährt. Für die Organisation des Gesundheitszirkels hat es sich als erfolgreich herausgestellt, eine Person mit der Koordination zu betrauen. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine Koordination für die Realisierung des Vorhabens dringend erforderlich ist. Die Finanzierung einer Koordination und eines geschulten Moderatorenteams erscheint deshalb nach den in Bielefeld gemachten Erfahrungen eine gute Investition. In zukünftigen Zirkeln sollte die Koordination jedoch nicht nur für die Vorbereitung und Durchführung sondern auch für die Nachbereitung eingeplant werden. Die Zusammensetzung des Zirkels war sicherlich ein Grund für die erfolgreiche und produktive Arbeits-

und Kommunikationsatmosphäre, die im Zirkel herrschte. Die gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten (Studierenden, Moderatoren und Gästen) war wiederum ein Grund, der zum Erfolg des Zirkels maßgeblich beigetragen hat.

Eine hierarchieübergreifende Zusammensetzung des Zirkels hat sich als nicht notwendig herausgestellt. Und da die Abhängigkeit der Studierenden von Professoren an Hochschulen sehr groß ist, ist diese für weitere Zirkel auch nicht unbedingt zu empfehlen. Für zukünftige Gesundheitszirkel ist die Einplanung von Besuchen durch Vertreter der Universitätsverwaltung zu speziellen Themen wünschenswert. Ebenfalls erscheint die Weiterführung von fakultätsspezifischen Gesundheitszirkeln sinnvoll. Hier könnten Vorschläge wahrscheinlich auch schneller realisiert werden.

In der Zirkelarbeit entstand der Vorschlag, Gesundheitszirkel als Veranstaltung in das Vorlesungsverzeichnis der Hochschule einzubinden. Insbesondere in Studiengängen, die Gesundheit zum Thema haben, wäre dies eine interessante Praxiserfahrung für die Studierenden. Dies entspräche der Strategie der Weltgesundheitsorganisation zur „Gesundheitsfördernden Hochschule“, welche die Aufnahme von Themen der Gesundheitsförderung in das Curriculum der Hochschulen vorsieht. So kann den teilnehmenden Studierenden ein Leistungsnachweis oder eine andere Form der Bescheinigung angeboten werden. Es bestehen aber auch Zweifel, ob dies der richtige Weg ist. Es ist zu befürchten, dass die Studierenden ihre Zeit im Gesundheitszirkel „absitzen“ oder unter den Leistungsdruck geraten, möglichst viele Vorschläge zu erarbeiten. Positive Folge einer solchen Einbindung könnte sein, dass Studierende für das Projekt genügend Zeit haben. Als Bestandteil des Studiums könnte dem Problem entgegengewirkt werden, dass Studierende keine Zeit haben.

Die sehr umfassende und damit relativ kostspielige Evaluation dieses Modellprojekts, insbesondere die Durchführung und Auswertung der leitfadengestützten Interviews, ist nicht für jeden Zirkel notwendig, da nun die Erfahrungen aus dem Modellprojekt vorliegen. Somit könnte sich die Evaluation auf die Auswertung von Konzept, Protokollen und Fragebögen beschränken.

Insgesamt bedeutete die Übertragung des Modells der Gesundheitszirkel auf Studierende eine Innovation, die einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe leisten kann. Aufgrund der positiven Erfahrungen an der Universität Bielefeld kann der Einsatz an anderen Hochschulen empfohlen werden.

Obwohl das Modellprojekt viele Fragen beantworten konnte, bspw. die zentrale Frage ob ein Gesundheitszirkel mit der Zielgruppe der Studierenden überhaupt möglich

ist, besteht weiterhin Forschungsbedarf. Insbesondere der Frage, welche Wirkungen ein Gesundheitszirkel auf Fakultätsebene entfaltet, sollte nachgegangen werden.

Nach einer Reihe von Zirkelprojekten, in die Studierende eingebunden sind und die an verschiedenen Hochschulen stattfanden und die entsprechend wissenschaftlich begleitet werden, kann fundierter eine Aussage über die Eignung des Instrumentes für die Zielgruppe der Studierenden getroffen werden, als es nach einem Modellprojekt möglich war.

Wichtige Erkenntnisse über Belastungen von Studierenden, die im Modellprojekt zu Tage traten, sollten auch in zukünftige quantitative Erhebungsmethoden wie beispielsweise Fragebogen eingebunden werden. Das von den Studierenden an die zweite Stelle gesetzte Thema Informationsfluss wäre so ein Thema, welches gezielt abgefragt werden sollte.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Kommunikation im Setting Hochschule nicht ausreichend ist. Insbesondere der Weg von der Hochschule zu den Studierenden scheint sehr störanfällig. Hier sollten die sich mittlerweile entwickelten neuen technischen Möglichkeiten wie elektronische Vorlesungsverzeichnisse intensiver genutzt werden. Auch sollte die Idee eines hochschulinternen Diskussionsforums noch einmal als Projekt aufgegriffen werden, um Studierenden einen Austausch auch zum Thema Gesundheit zu ermöglichen. Dies wäre auf der einen Seite ein Weg, das Querschnittsthema Gesundheit bekannter zu machen. Das Modellprojekt hatte aufgezeigt, dass hier Defizite bestehen. Auf der anderen Seite besteht so die Möglichkeit, die Potentiale der Studierenden über Gesundheitszirkel und Ideenwettbewerbe hinaus zu nutzen.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation widmet sich dem Setting Hochschule. Vor dem Hintergrund, dass an Hochschulen junge Menschen zu Wissenschaftlern von morgen sowie zu Arbeitskräften in überwiegend verantwortungsvollen Stellungen, als Führungskräfte und Entscheidungsträger ausgebildet werden, sind Studierende als Zielgruppe für Gesundheitsförderung besonders interessant. Deshalb liegt der Fokus dieser Arbeit auf dieser größten Statusgruppe im Setting Hochschule.

Die Arbeit ging der zentralen Forschungsfrage nach, ob Gesundheitszirkel, welche seit den 80er Jahren im Setting Betrieb erfolgreich eingesetzt werden, ein geeignetes Instrument sind, um Studierende an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen im Setting Hochschule zu beteiligen. Hierzu wurde im Rahmen eines Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“, gefördert von der Landesunfallkasse NRW und der Universität Bielefeld, ein Zirkel mit Studierenden initiiert.

Zu diesem Forschungsansatz hinführende Fragestellungen bezogen sich zum einen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Studierenden. Anhand vorliegender Forschungsergebnisse erfolgte die Ermittlung gesundheitlicher Ressourcen und Risiken dieser Zielgruppe. Zum anderen wurde untersucht, inwieweit ein Bedarf an Gesundheitsförderung bei den Studierenden besteht. Ein nächster Schritt beleuchtete das Setting Hochschule. Insbesondere wurde überprüft, welche Aktivitäten der Gesundheitsförderung bereits bestehen, um aufzuzeigen, welche Potentiale das Setting bietet. Ein dritter Schritt stellte das Konzept der Gesundheitszirkel vor und erläuterte den bisherigen Einsatz, auch im Setting Hochschule.

Als Methodik kam das oben schon erwähnte Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“ zur Durchführung. Auf einer konzeptuellen Grundlage, eingebunden in die Strukturen der Gesundheitsförderung der Universität, wurden unter Leitung eines Moderatorenteams, Zirkelsitzungen mit Studierenden durchgeführt. Die Evaluation der Zirkelsitzungen erfolgte mit Hilfe eines Fragebogens und eines leitfadengestützten Interviews. Die Gesamtevaluation des Projektes orientierte sich an den drei Dimensionen der Qualitätsprüfung und -bewertung von Dienstleistungen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. In die Gesamtevaluation flossen alle Ergebnisse des Modellprojektes ein:

- Prozesse des Zirkels, die Dokumentation der Zirkeltreffen,
- die vom Zirkel erarbeiteten Vorschläge,
- Ergebnisse aus dem Fragebogen und den leitfadengestützten Interviews,
- Umsetzung der Zirkelergebnisse durch den Steuerkreis Gesundheit und die dafür eingerichtete Arbeitsgruppe,
- und die Umsetzung der Vorschläge.

Die Untersuchung der Studien zur Gesundheit von Studierenden ergab, dass Studierende unter Belastungen leiden und mit Beschwerden darauf reagieren. Es konnte ein deutlicher Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen festgestellt werden. Die genaue Betrachtung des Settings Hochschule zeigte ein großes Potential an Möglichkeiten der Förderung der Gesundheit seiner Mitglieder. Doch insbesondere die größte Statusgruppe wird von bisherigen Maßnahmen kaum erreicht, weswegen hier Handlungsbedarf besteht. Die Diskussion der Evaluation des Modellprojektes ergab, dass die erstmalige Adaptierung des Konzeptes der Gesundheitszirkel auf die Zielgruppe der Studierenden als gelungen bezeichnet werden kann. Die Übertragung auf andere Hochschulen wird unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Zielgruppe empfohlen.

Ein die Arbeit abschließender Ausblick zeigt den weiterhin bestehenden Forschungsbedarf auf. Vor dem Hintergrund der Veränderungen im Setting Hochschule in der Vergangenheit und in Zukunft, wird ein Monitoring nach amerikanischem Vorbild überlegt um beispielsweise auf Veränderungen im Gesundheitsverhalten rechtzeitig und angemessen reagieren zu können. Auch sind intensivere Analysen mit größeren Stichproben notwendig, um fundiertere Aussagen über die Studierenden treffen zu können. Das Potential, welches Hochschulen und die Studierenden selbst bilden, sollte in Zukunft stärker genutzt werden. Gesundheitszirkel bieten hierfür eine von vielen denkbaren Möglichkeiten. Doch auch beim Gesundheitszirkelkonzept besteht weiterhin Forschungsbedarf. So sind andere Zirkel zum Beispiel auf Fakultätsebene auf ihre Wirkung hin zu überprüfen. Deshalb schließt die Arbeit mit Schlussfolgerungen für den zukünftigen Einsatz von Gesundheitszirkeln im Setting Hochschule.

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

Gesetze

Arbeitsschutzgesetz (1999). Gewerbeordnung. 31. Auflage. dtv, München

Hochschulrahmengesetz (HRG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999(Bundesgesetzblatt I S. 18), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. August 2002 (Bundesgesetzblatt I S. 3138)

Sozialgesetzbuch (SGB). In: <http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de> (Zugriff am 14.06.2008)

Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I). Allgemeiner Teil. http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_i.htm (Zugriff am 17.09.2005)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung. http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_v.htm (Zugriff am 17.09.2005)

Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII). Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254). In: http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_viii.htm (Zugriff am 14.06.2008)

Literatur

Adewuya AO, Ola Ba, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO (2006). Depression amongst Nigerian university students, Prevalence and sociodemographic correlates. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(8): 647-8

Allgöwer A, Stock C, Krämer A (1998). Die gesundheitliche Situation von Studierenden. Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention* 21: 22-25

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

Allgöwer A, Stock C, Krämer A (2000). Wie gesund leben Studierende? In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Juventa, Weinheim und München: 105-113

Altgeld T, Kolip P (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Huber, Bern: 41-49

American College Health Association (2005). *National College Health Assessment 2005. Reference Group: Executive Summary*, Spring 2005. Baltimore. In: www.acha.org/projects_programms/NCHA_docs/ACHA-NCHA_Reference_Group_ExecutiveSummary_Spring2005.pdf (Zugriff am 12.06.2007)

Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Franzisko

Antonovsky A (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. DTV, Tübingen

Apfel JL (2004). Depression and Its Treatments: A College Sample. In: Journal of College Student Psychotherapy 18 (2): 67-81

Arbeitskreis Gesundheit an der Universität Potsdam (2001). Gesundheitsförderung an der Hochschule. Schubert, Leipzig

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

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

Bachmann N, Berta D (1999). Methodik. In: Bachmann N, Berta D, Egli P, Hornung R. Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern: 17-30

Badura B, Müller B, Münch E (1994). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Westermayer G und Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 3-9

Badura B, Ritter W, Scherf M (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis. Edition Sigma, Berlin

Bailer J, Schwarz D, Witthöft M, Stübinger C, Rist F (2007). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. In: Psychother Psych Med. DOI 10.1055/s-2007-986293. Georg Thieme, Stuttgart, New York

Bamberg E, Buch C, Ducki A (2003). Stress und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. Praxis der Arbeits- und Organisationspsychologie. Hans Huber, Bern

Bamberg E, Metz A-M (1998). Intervention. In Bamberg E, Duck A, Metz A-M (Hrsg.). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen: 177-209

Baric L, Conrad G (Hrsg.) (1999). Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Wien

Bargel Z, Multurs F, Ramm M (1996) Studium und Studierende in den 90er Jahren. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, Bonn

Basten M, Florin I, Tuschen B, Wessels R (1994). Psychische Symptome und körperliche Gesundheit im vereinten Deutschland: Eine Ost-West-Vergleichsuntersuchung an einer studentischen Stichprobe. Verhaltenstherapie, 4: 90-95

Bauch J (2002). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 3: 67-70

Baumeister A (2003). Arbeitssituationsanalyse. In: Badura B, Hehlmann T (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin, Heidelberg, New York: 238-242

Baumgarten K, Dietrich F (ohne Jahresangabe). Interkulturelle Studie zur körperlichen Aktivität von Studierenden. In: <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/>

mitarbeiter/koerperl_Aktivitaet_Studierende.pdf (Zugriff am 18.08.2004)

Beattie A (1998). Action learning for health on campus: muddling through with a model? In: Tsouros AD, Dowding G, Thimpson M, Dooris M (Hrsg.). Health Promoting Universities, World Health Organisation Regional Office for Europe, Kopenhagen: 45-55

Becker-Berke S, Lautwein-Reinhard B (2004). Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. 2. Aufl., KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn

Beck-Dossler (2007). Vernetzung der Universitäten auf Landesebene: Die Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Historie und Motive. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa, Weinheim und München: 195-208

Behr M, Grösbrink S, Khelaifat N, Müller S, Seeländer J, Sirch U, Tuschinske S (2006). Konzept zur Gesundheitsförderung für wissenschaftliche und studentische Hilfskräfte an der Universität Bielefeld. MPH 37: Prävention und Gesundheitsförderung. Unveröffentlichte Ausarbeitung einer Gruppenarbeit,

Bengel J, Strittmacher R, Willmann H (1998). Was erhält Menschen gesund? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 4, Köln

Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung (BIT) (ohne Jahresangabe). Qualifizierung und Beratung für Entscheider, Führungskräfte und Experten. In: http://www.bit-bochum.de/download/gm_praesentation.pdf (Zugriff am 28.10.2008)

Bitzer B (1991). Die Arbeitssituationserfassung. In: Personal, Mensch und Arbeit. 1/2: 6-9

Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanglu NK, Ergin A, Ergin N, Atesci F, Karadag F (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. In: Croat Med J 46 (1): 96-100

Brandenburg U (1990). Gesundheitszirkel in der Volkswagen AG - Konzepte und Erfahrungen. In: Schroer A, Sochert R, Stuppardt R (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel, Dokumentation und Ergebnisse eines Symposiums vom 8.11.1990, veranstaltet vom BKK-Bundesverband Essen. BKK Bundesverband, Essen: 73-84

Brandenburg U (1992). Gesundheitsförderung im Betrieb durch Gesundheitszirkel – Konzept und Erfahrungen der Volkswagen AG. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.) Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Fränkische Nachrichten, Taubertschheim: 66-68

Brandenburg U (1994). Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. Erfahrungen im Rahmen einer Pilotstudie mit unteren Vorgesetzten. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 115-122

Brösskamp-Stone U, Kickbuch I, Walter U (1998). Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Schwarzenberg, München

Brunner S, Bachmann N (1999). Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. In: Bachmann N, Berta D, Eggli P, Hornung R (Hrsg.). Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern: 93 - 103

Buer F (1999). Lehrbuch der Supervision. Der pragmatisch-psychodramatische Weg zur Verbesserung professionellen Handelns. Votum, Münster

Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.) (1995). Mehr Sicherheit und Gesundheit durch inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit und gruppenorientierte Problemlösungen. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2004). Amtliche Mitteilungen, 1. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (1986). Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 11. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Poppdruck, Bonn

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (1998). Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Poppdruck, Bonn

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2001) Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2000. 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Bonn, Bundesministerium für Bildung und Forschung. In: <http://www.studentenwerke.de/se/2001/Soz16Ges.pdf> (Zugriff am 04.09.2007)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2007). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch Hochschul-Informationssystem (HIS). Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn. In: <http://www.studentenwerke.de/se/2007/Hauptbericht18SE.pdf> (Zugriff am 04.09.2007)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005). Demographischer Wandel. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/AeltereMenschen/demographischer-wandel.html> (Zugriff am 17.09.2005)

Bundesverband der Unfallkassen, Diagnose & Transfer – Institut für Angewandte Psychologie (Hrsg.) (2004). Forschung für die Praxis. Effektivität und Effizienz von betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Kurzinformationen über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst. 2004/1 In: www.unfallkassen.de/files/556/FFDP12004.pdf?PHPSESSID=a8494170de562970e22eac408b0a1b1b (Zugriff am 08.08.2007)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1992). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Tauberbischofsheim. Fränkische Nachrichten, Druck- und Verlags-GmbH

Bungard W (Hrsg.) (1992). Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen und Stuttgart

Cassone B (2006). Die nächste Generation ist gesundheitsbewusster als gedacht. DAK-Studie: Junge Erwachsene treiben Sport und essen ausgewogen – solide Basis für den Start ins Arbeitsleben. In: <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/DruckFormSeite?OpenForm&ParentUNID=D9EB535B04492468C125712B003C828B> (Zugriff am 05.05.2006)

Cross national students' health study (CNSHS) (2006). What is CNSHS? In: www.universitaet-bielefeld.de/gesundhw/ag2/cnshs/ (Zugriff am 12.06.2007)

Council of Europe (1998). Gender Mainstreaming. Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Straßburg

Dann P, Steinke B (2007). Die Arbeitssituationsanalyse im Kontext einer TK-Gesundheitswerkstatt. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München: 81-92

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (2005). DAK Gesundheitsreport 2005. DAK Versorgungsmanagement (Hrsg.). Hamburg. In http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2005.pdf (Zugriff am 05.10.2007)

Degener M (2000). Gesundheitsmanagement an der Universität Potsdam – erste Ergebnisse der Befragung von Studierenden. In: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Hrsg.) "Gesunde Hochschulen." Gesund arbeiten, lernen und leben – Menschen und Ressourcen mobilisieren, Kompetenzen entwickeln. Workshop am 11.07.2000 in Magdeburg. Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg: 56-59

Demmer H (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Abteilung Gesundheit, europäisches Informationszentrum "Gesundheitsförderung im Betrieb", Essen

Doherty S (2005). Health Promoting Universities in England. Approaches, Challenges and Networking. In: http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/05_06_10_Bielefeld/Doherty_Vortrag.pdf (Zugriff am 10.05.2008)

Dooris M (1997). Working for sustainable health – Progress and evaluation report, Phase one. University of Central Lancashire, Preston

Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-203

Dowding G, Thompson J (1998). Embracing organizational development for health promotion in higher education, Lancaster University. In: Tsouros AD, Dowding G, Thimpson M, Dooris M (Hrsg.). Health Promoting Universities, World Health Organisation Regional Office for Europe, Kopenhagen: 72-88

Drupp M (2002). Gesundheitsförderung durch Krankenkassen – Vom "Gesundheitskurs" zum "Gesundheitscoaching". In: Walter U, Drupp M, Schwartz F W (Hrsg.). Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim und München: 24-30

Ducki A, Jenewein R, Knoblich H-J (1998). Gesundheitszirkel – Ein Instrument der Organisationsentwicklung. In: Handbuch der Gesundheitsförderung, Bamberg E, Ducki A, Metz A-M (Hrsg.) Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 267-282

Eberle G (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) – Bilanz und Perspektiven. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Gesundheitsmanagement – ein integriertes Programm der betrieblichen Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (Tagungsbericht). Tb 127. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven: 17-26

Eberle G, Kraemer R, Lück P (2004). Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Unternehmen. Dokumentation einer Befragung. AOK Bundesverband, Bonn

Eco-campus.net – Netzwerk für eine umweltgerechte Entwicklung der Hochschulen (Hrsg.) (2000). Projekte unserer Mitglieder: Aufbau von Umweltmanagementsystemen. In: eco-campus-Netzwerk-News (eNN) Ausgabe 2/00, 26. Juni 2000

El Ansari W, Maxwell A E, Stock C, Mikolajczyk R, Naydenova V, Krämer A (2007). Nurses' involvement in international research collaborations. *Nursing Standard*.21,26: 35-40

Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. In: *Depress Anxiety* 23(4): 250-256

Etter JF, Perneger T (1997). Etat de santé, habitudes et préoccupations liées à la santé chez de jeunes adultes genevois. In: *Sozial Präventivmed*, 42: 195-203

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, BKK Bundesverband (Hrsg.) (1997). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, verabschiedet am 27./28.11.1997 in Luxemburg, BKK Bundesverband, Essen

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2001). Praxisbeispiele und Länderbericht Deutschland. Projekt: Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). BKK Bundesverband, Essen

Fabian C (1999). Erlebte Krisen und Bedingungen der Inanspruchnahme von Therapie- und Beratungsangeboten durch Studierende. In: Bachmann N, Berta D, Egli P, Hornung R. Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern: 171-188

Faller G, Meier S (2002). Gesundheitszirkel für Studierende. Ein Modellprojekt. Landesunfallkasse NRW (Hrsg.), Düsseldorf

Faller G (2005). Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung, Europäische Hochschulschriften, Reihe XXII, Soziologie, Vol. 407. Peter Lang, Frankfurt

Faller G (2007). Vernetzung Gesundheitsfördernder Hochschulen auf Landesebene – das Beispiel Nordrhein-Westfalen. Bedeutung des Landes NRW für die Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa, Weinheim und München: 187-193

Flathmann H, Friczewski F, Limberg J (1994). Gesundheitszirkel im Lüneburger Eisenwerk. In: Westermayer G und Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 150-156

Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Mainz

Franzkowiak P (1998). Gesundheit am Arbeitsplatz Hochschule. Feststellungen aus der Perspektive von FH-Studierenden. In: *Prävention* 21: 72-74

Franzkowiak P (2003). Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: 121-126

Franzkowiak P (2003a). Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: 18-21

Franzkowiak P (2003b). Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: 216-218

Franzkowiak P (2003c). Risikofaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: 195-198

Friczewski F, Brandenburg U, Jenewein R, Lieneke A, Schiwon-Spieß L und Westermayer G (1990). Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheits-schädlichem Stress am Arbeitsplatz. Ein Erfahrungsbericht. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Tagungsbericht Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven: 290-314

Friczewski F (1994). Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: „Der Berliner Ansatz“. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 14-24

Friczewski F, Görres HJ (1994). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bei ITT TEVES, Werk Gifhorn. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 157-166

Friedrichs J (1973). Methoden empirischer Sozialforschung. Sozialwissenschaft. Rowohlt, Hamburg

Gastorf H, Neukirchen G (2000). Gesundheit im Hochschulalltag aus studentischer Perspektive. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.) Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim und München: 90-102

Georg A (2000) Gesundheitszirkel. In: Kopp R, Langenhoff G, Schröder A (Hrsg.). Methodenhandbuch. Angewandte empirische Methoden: Erfahrungen aus der Praxis. Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut, Dortmund

Göbel E, Wendt G, Haber S, Kerst M, Meyer S, Schütze C, Bartel M, Dorendorf E, Klawon D (2001). Ergebnisbericht der Befragung im Rahmen des Projektes „Gesundheitsfördernde Hochschule Magdeburg-Stendal“ am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen. Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Grabbe U, Berger I, Nolting H-D, Krämer K (IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH) und DAK Prävention/Gesundheitsberatung, DAK Zentrale (ohne Jahresangabe). DAK Gesundheitsreport 2005 Arbeitsplatz Büro, Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei Bürofach- und Bürohilfskräften. In: http://www.arbeit-und-gesundheit.de/files/4/Bueroberufe_Teil_123_2kpl.pdf (Zugriff am 07.02.2008)

Gräser S (1998). „Health Promoting Universities“ – Auf dem Weg zu einem neuen Europäischen WHO-Netzwerk. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.). Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 1. Quartal 1998/März: 13-14

Gräser S, Belschner W (2001a). Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Oldenburg

Gräser S, Belschner W (2001b). Ansatz und Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule. In HIS Kurzinformation Bau und Technik. Gesundheitsförderung in der Hochschule. B 3. Hannover: Hochschulinfomrations-System: 23-29

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

Gräser S (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen aus europäischer Perspektive. In: Schmutnig R, Sonntag U, Müller J, Stratmann F (Hrsg.). Gesundheitsförderung in Hochschulen. Kurzinformation Bau und Technik, Hochschul-Informationssystem, Hannover: 42-45

Gräser S, Hartmann T, Sonntag U (2007). Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen als gestaltende und vernetzende Plattform für das Setting Hochschule. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München: 167-185

Gry P (2006). Dietary habits among Danish and Korean college students. In: 5th Nordic Health Promotion Research Conference 'Health and Institutional Change', Programme and Abstracts, Abstract ID: 234, Syddansk Universitet, Esbjerg: 55-56

Grossmann R, Scala K (1994). Gesundheit durch Projekte fördern. Juventa, Weinheim und München

Grossmann R, Scala K (1999). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz

Grossmann R, Scala K (2001). Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 3. Aufl.. Juventa, Weinheim und München

Grossmann R, Scala K (2003). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZGA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo

Grüter K (1995). Die Allergiegruppe. In: Zentrale Studienberatung (ZSB) der Universität Bielefeld (Hrsg.). ZSB-Jahresbericht 1995: 29-31

Guerra de Macedo C (1985). The university and "health for all by the year 2000". In: Educ Med Salud.; 19(3): 259-265

Hahne R, Lohmann R, Krzyszycha K, Österreich S, App A (1999). Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes. Deutsches Studentenwerk (Hrsg.)

Hampe C, Lutz M, Marquardt A, Milz S, Prinzen L, Riese S, Schomeier I, Steinhuff N, Strunk M (2006). Stress im Studium – EIN ONLINE SURVEY AN DER UNIVERSITÄT BIELEFELD. Gruppenarbeit an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, MPH 22: Vertiefung Forschungsmethoden, Sommersemester 2006, unveröffentlichtes Manuskript

Hartmann T (2002). Befragung zur Gesundheitsfördernden Hochschule. Hannover: AK Gesundheitsfördernde Hochschulen. Bericht. Unveröffentlichtes Manuskript

Hartmann T, Heinrichsen T, Hering T, Sonntag U (2003). Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen: Bestandaufnahme der Strukturen und Projekte im Jahr 2002. <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de> (Zugriff am 09.12.2005)

- Hartmann T, Siebert D (2006).** Grundlagenwissen zur Gesundheitsförderung an Hochschulen. Techniker Krankenkasse, Hamburg
- Heberle L (1995).** Modell „Zukunftswerkstatt“. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.). Mehr Sicherheit und Gesundheit durch inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit und gruppenorientierte Problemlösungen. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven: 115-124
- Hering T (2002).** Der Setting-Ansatz am Beispiel Kindergarten. Hausarbeit. In: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/hausarbeit/gwi/21754.htm> (Zugriff am 23.07.2007)
- Hildebrand C, Michael S, Surkemper HP (2004).** Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: Der Gesundheit in Hochschulen auf der Spur: Fakten – Trends – Methoden. Abstractsammlung der Tagung vom 30. September 2004 an der Universität Karlsruhe
- Hildebrand C, Michel S, Surkemper HP (2007.)** Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa, Weinheim und München: 13-28
- Hoefert H-W (1994).** Vorwort der Reihen-Herausgeber. In: Westermayer G und Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: V
- Hoffmann L (1978).** Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Med. Klinik, 73: 571-578
- Holm-Hadulla R, Soeder U (1997).** Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. In: Psychother psychosom Med Psych. 47: 419-425
- Hornung R, Fabian C (2001).** Belastungen und Ressourcen im Studium. In: Holm-Hadulla R (Hrsg.). Psychische Schwierigkeiten von Studierenden. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen: 133-157
- Hornung R, Knoch D (1999).** Zusammenfassende Überlegungen und Schlussfolgerungen. In: Bachmann N, Berta D, Egli P, Hornung R (Hrsg.). Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern: 189-198
- Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.) (1993).** Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim und Basel
- Hurrelmann K (2000).** Gesundheitssoziologie. Juventa, Weinheim und München
- Hurrelmann K (2002).** Seele in Not: Kindsein in Deutschland. In: Publik-Forum Nr. 8
- Hurrelmann K (2003).** Gesundheitssoziologie. Juventa, Weinheim und München
- Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) (2003).** Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim und München
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2004).** Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern: 11-19
- Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.) (2006).** Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim

Ihle W, Esser G, Laucht M, Schmidt M H (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 47 (8): 728-735

Informationsdienst der Wissenschaft (2006). Arbeitgeber Hochschule: 2005 fast eine halbe Million Beschäftigte. In: <http://www.idw-online.de> (Zugriff am 17.07.2006)

Kaba-Schönstein L (2003). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz: 73-78

Kadison R, DiGeronimo T F (2004). College of the overwhelmed: The campus mental health crisis and what to do about it. Jossey-Bass, San Franzisko

Katreniakova Z, Sarkova M, Orosova O, Nagyova I (2006). Subjective physical health complaints and psychological well-being in young adults. In: 5th Nordic Health Promotion Research Conference 'Health and Institutional Change', Programme and Abstracts, Abstract ID: 218, Syddansk Universitet, Esbjerg: 55

Khan A (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten - Überprüfung der Eignung von Gesundheitszirkeln in einem Pilotprojekt. Dissertationsschrift. In: <http://hsss.slub-dresden.de/hsss/servlet/hsss.urlmapping.MappingServlet?id=1139909229474-6227> (Zugriff am 05.06.2007)

Khawaja N G, Bryden K J (2006). The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. In: Journal of Affective Disorders 96 (1-2): 21-29

Klauk J, Ridder T (1994). Erfahrungen mit der Durchführung von Gesundheitszirkeln bei der Hoesch-Rothe-Erde-AG. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 128-133

Klepsch R, Fuchs R (1998). Entwicklung und Entwicklungsstand amerikanischer und kanadischer Alkohol-Präventionsprogramme. In Fuchs R, Rainer L, Rummel M (Hrsg.). Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen: 257-297

Klesspies C, Kaiser T, Sawicki PT (2003). Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen. Glossar der Begriffe und Methoden evidenzbasierter Medizin. 2. überarbeitete Version. In: www.di-em.de/publikationen.php (Zugriff am 12.04.2007)

Knoch D (2001). Gesundheit in der Studieneingangsphase – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. Ergebnisse einer Multilevelanalyse. Zentralstelle der Studentenschaft, Zürich

Krämer A, Prüfer-Krämer L, Tshiang Tshiananga J, Stock C (2000). Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim und München: 115-126

Krämer A, Stock C, Meier S (2001). Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld. Projektbericht. Unveröffentlichtes Manuskript

Krüger HJ, Steinmann I, Stetefeld G, Polkowski M, Haland-Wirth T (1986). Studium und Krise. Eine empirische Untersuchung über studentische Belastungen und Probleme. Campus, Frankfurt a.M.

Kühn H, Rosenbrock R (1994). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler BM (Hrsg.). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Windmühle, Hamburg

- Lange I, Skillen L (2005).** Pan-American network of Health Promoting Universities/Red Panamericana de Universidades saludables – PNHPU. 2nd International Conference for Health Promoting Universities. 3-6th October 2005, University of Alberta, Canada
- Langness A, Richter M, Hurrelmann K (2005).** Subjektives Wohlbefinden von Jugendlichen im internationalen Vergleich – Ergebnisse der HBSC-Studie. In: psychomed 17/4: 196-204
- Lazaridis K (1987).** Psychische Erkrankungen bei ausländischen Frauen – Hospitalisierungsinzidenz. Eine epidemiologische Untersuchung in Niedersachsen. MMG, 12: 213-220
- Lee RL, Loke AJ (2005).** Health-promoting behaviours and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. In: Public Health Nurs, May-Ju; 22(3): 209-220
- Lehmann H, Töppich J (2002).** Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45: 234-239
- Lenhardt U (2004).** Präventionsbericht 2002, Betriebliche Gesundheitsförderung im Aufwind? Arbeit & Ökologie-Briefe, 4:33-35
- Leppin A (2004).** Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern: 31-40
- Lissel M (2001).** Der Beitrag des Öko-Audits zur gesundheitsfördernden Hochschule. In: Universität Bielefeld (Hrsg.) (2001). "Gesundheitsfördernde Hochschule". Tagungsdokumentation zum Informationstag des Steuerkreises Gesundheit: 69-74
- Maxwell A E, Krämer A (2006).** Was können wir von Amerika lernen – Anregungen zur Gesundheitsförderung an der Hochschule. In: Faller G, Schnabel P-E (2006). Wege zur Gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. edition sigma: 191-199
- Meier S (1999).** Streß – Management an der Universität. Ein multifaktorielles Interventionsprogramm für Studierende der Universität Bielefeld. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Meier S (2001).** Gesundheitslabor für Studierende an der Universität Bielefeld. In: Hochschul-Informationssystem, Vol. 3: 53-54
- Meier S, Stock C, Krämer A (2002).** Evaluation eines Modellprojekts „Gesundheitszirkel für Studierende,..“ Das Gesundheitswesen 64: A34 – A35
- Meier S, Stock C, Krämer A (2003).** Neue Wege der Gesundheitsförderung an Hochschulen, Evaluation eines Gesundheitszirkels für Studierende. In: Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 2, 26. Jahrgang: 53 – 56
- Meier S, Krämer A, Mikolajczyk R (2005).** Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, Projektantrag. Unveröffentlichtes Manuskript
- Meier S, Stock C, Mikolajczyk R, Krämer A (2006a).** Entwicklung selbstberichteter Beschwerden bei Studierenden – eine vergleichende Untersuchung 1995-2005. In: Das Gesundheitswesen, 7. 68. Jahrgang, Abstract 85: 479
- Meier S, Stock C, Krämer A (2006b).** The Contribution of Health Discussion Groups with Students to Campus Health Promotion. Health Promotion International. 2006, doi:10.1093/heapro/da1041, Oxford University Press, Oxford
- Meier S (2007).** Gesundheitszirkel im Setting Hochschule. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule.

Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa, Weinheim und München: 71-79

Meierjürgen R (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen – Handlungsfelder und –möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen. In: Paulus P, Stoltenberg U (Hrsg.). Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main: 132-150

Michaelis M (2000). Qualitätskriterien und ihre Operationalisierung bei der Implementation und Evaluation betrieblicher Interventionsmaßnahmen. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Evaluationskriterien für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen. Wirtschaftsverlag NW; Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven: 40-53

Michel S (2007). Fokusgruppenbefragung als Instrument der Bedarfserhebung von Zielgruppen der Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München: 93-100

Milz S (2005). Gesundheitsförderung an Hochschulen – mit aktuellem Bezug zu Studierenden der Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt. Diplomarbeit, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften

Milz S (2007). Netzwerkevaluation – Anwendung des “Multi Facetted Network Assessment Instrument” am Beispiel des bundesweiten “Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen”. Masterarbeit, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Milz S, Meier S, Stock C (2008). Evaluation des Arbeitskreises gesundheitsfördernder Hochschulen. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.). Impulse. 1. Quartal 2008/März: 18-19

Müller K-W (1994). Gesundheitszirkel bei Opel Bochum. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 144-149

Müller B, Münch E, Badura B (1997). Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Juventa, Weinheim und München

Morschhäuser M (1992). Arbeitsschutzzirkel bei der Deutschen Lufthansa. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Fränkische Nachrichten, Tauberbischofsheim: 76

O`Donnell T, Gray P (1993). The health-promoting college. Health Education Authority (Hrsg.), London

Okoniewski U, Friczweski F, Flathmann H (1993). Gesundheitszirkel als zentrales Element betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Die Ortskrankenkasse: 629-638

Ollenschläger G (2001). Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA), Köln: 98-112

- Ovuga E, Bordmann J, Wassermann D (2006).** Undergrate student mental health at Makerere University, Uganda. In: *World Psychiatry* 5 (1): 51-52
- Panter W (1995).** Gestaltung von Arbeitsbedingungen durch Gesundheitszirkel: Beispiel aus der Stahlindustrie. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.). *Mehr Sicherheit und Gesundheit durch inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit und gruppenorientierte Problemlösungen.* Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven: 93-114
- Parlitz F (1995).** Firmenübergreifende Zusammenarbeit und Problemlösungen in Firmenzirkeln. *Angewandte Arbeitswissenschaften*, 143: 1-14
- Peine M (1994).** Gesundheitszirkel bei Schering. In: Westermayer G, Bähr B (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitszirkel.* Hogrefe, Göttingen und Stuttgart: 134-143
- Peterken C (1998).** The healthy university within a healthy city. University of Portsmouth. In: Tsouros AD, Dowding G, Thimpson M, Dooris M (Hrsg.). *Health Promoting Universities,* World Health Organisation Regional Office for Europe, Kopenhagen: 89-96
- Pfaff H, Slesina W (Hrsg.) (2001).** Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Juventa, Weinheim und München
- Pfaff H (2001).** Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg.). *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung.* Juventa, Weinheim und München: 296-304
- Pflanz M, Schach E (1976).** Cross-national sociomedical research: concepts, methods, practice. Thieme, Stuttgart
- Piko B (2000).** Health related predictors of self-perceived health in a student population. The importance of physical activity. In: *Journal of Community Health*, 25: 125-137
- Priester K (1998).** Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M.
- Richter M (2005).** Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Ritter A, Zink KJ (Hrsg.) (1992).** Gruppenorientierte Ansätze zur Förderung der Arbeitssicherheit. Konzepte und erste praktische Erfahrungen mit Sicherheitszirkeln und anderen Kleingruppenformen. E. Schmidt, Berlin
- Rolfsmeier A (1999).** Interview zum Thema Gesundheit an der Universität Bielefeld. Band 5 Universität Bielefeld. Beitrag zum Abschlußbericht im SS/WS 99. BFS zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, unveröffentlichtes Manuskript
- Rolfsmeier A (2003).** Betriebliche Gesundheitsförderung durch Sport an einer Hochschule. Entwicklung und Prüfung einer Modellprojektes zur Förderung der Aufnahme und weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten. Dissertation an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, unveröffentlichtes Manuskript
- Roman PM, Blum TC (1993).** Dealing with alcohol problems in the workplace. In: *Recent Developments in Alcoholism*, 11: 473-491

Rosenbrock R (1993). Gesundheitspolitik. In Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz, Weinheim und Basel: 317-346

Rückert H-W (2006). Bachelor: Healthy, wealthy und schnell? Gesundheit in Zeiten beschleunigten Studiums. Folienvortrag auf dem Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen am 27.01.2006 in Hannover. In: http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/06_01_27_Hannover/02_AGH_HANNOVER_27_01_06_RUECKERT_FU_BERLIN.pdf (Zugriff am 08.06.2007)

Rudow B (2004). Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. Oldenburger Wissenschaftsverlag GmbH, Oldenburg

Röbke K (1992). Zirkelarbeit zur Gesundheitsförderung – betriebliche Erfahrungen bei der Mannesmann AG. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Fränkische Nachrichten, Druck- und Verlags-GmbH, Tauberbischofsheim: 74-75

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2001). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Banc I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Drucksache 14/5660 des Deutschen Bundestages. In: <http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405660.pdf> (Zugriff am 17.09.2005)

Sarkova M, Humenikova M, Sleskova M, Katreniakova Z, Orosova O (2006). Do reasons for cigarette smoking differ between primary and secondary school adolescents and university students? In: 5th Nordic Health Promotion Research Conference 'Health and Institutional Change', Programme and Abstracts, Abstract ID, Syddansk Universitet, Esbjerg: 219: 52

Scala K, Grossmann R (1998). Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.). Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 1. Quartal 1998/März: 1-2

Schäfers R (1997). Vergleichende Darstellung und Diskussion der Erfassung von Belastungen am Arbeitsplatz. Diplom-Arbeit, Fakultät für Psychologie und Sport, Abteilung für Psychologie. Universität Bielefeld, Bielefeld

Schnabel P-E (2003). Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Kerres A, Seeberger B, Mühlbauer BH (Hrsg.). Lehrbuch Pflegemanagement III. Springer Verlag, Berlin: 65-100

Schnabel P-E (2007). Die Gesundheit von wissenschaftlich Beschäftigten – eine nicht einfach zu erreichende Statusgruppe. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Juventa, Weinheim und München: 41-59

Schrader K (2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement – systematischer Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung im Betrieb. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 37, 4/2002: 175-180

Schröer A (1992). Gesundheitszirkel. In: Die Betriebskrankenkasse, 7: 404-411

Schröer A, Sochert R, Krämer K (1997). Der Moderator im Gesundheitszirkel. Aufgaben, Anforderungen und Qualifikationen. Sonderausgabe Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Schuergers G, Kuda M (1988). Psychische Probleme von Studierenden. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, 15: 16-20

Schumann G (2004). Modellprojekt der Carl von Ossietzky Universität zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dokumentation und Evaluation. Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

Schumann G (2006). Die psychosoziale Situation von Studierenden. Entwicklungsaufgaben, Stressoren, Beratungsbedarf. Folienvortrag auf dem Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen am 27.01.2006 in Hannover. In: http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/Inhalte/A_Arbeitskreis/A6_Tagungsberichte/06_01_27_Hannover/01_AGH_HANNOVER_27_01_06_SCHUMANN_UNI_OLDENBURG.pdf (Zugriff am 01.01.2008)

Schwarz C, Zimmermann C, Zimmermann K (1995). Studieren am Schneiderberg. Erwartungen und Erfahrungen, Motivationen und Perspektiven von StudienInnen der sozialwissenschaftlichen Institute am Beispiel Hannovers. Ergebnisbericht einer Arbeitsgruppe zur qualitativen Sozialforschung. In: Z Zeitschrift für Kultur- und Geisteswissenschaften. 3. Jahrgang, Frühjahr 1995: 53-65

Sedlatschek C (2007). Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur als Erfolgsgeheimnis. In: Die Bundesregierung (Hrsg.) E.balance magazin für soziales. Nr. 052, 06/2007

Seigner J (1977). Anforderungen an ein erfolgreiches Qualitätsmanagement in Beratungsunternehmen. Recht und Praxis, Kissing

Simm H J. Protokollbeitrag zur 965. Rektoratssitzung am 16.04.1996, Bielefeld, den 22.04.1996, unveröffentlichtes Manuskript

Simm H J, Unnold K (2000). Personalentwicklung als Mittel der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim und München: 218-228

Slesina W (1987). Gesundheitszirkel – eine präventive Strategie in Betrieben. In: Drogalkohol 11: 203-222

Slesina W (1994). Gesundheitszirkel – Der „Düsseldorfer Ansatz“. In: Westermayer G und Bähr B. (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitszirkel. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen: 25-36

Slesina W (1996). Betriebliche Gesundheitszirkel – eine Zwischenbilanz. In: Brandenburg U, Kuhn K, Marschall B, Verkoyen C (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Betrieb, Bremerhaven. Wirtschaftsverlag NW: 362-374

Slesina W, Beuels F-R, Sochert R (1998). Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Juventa Verlag, Weinheim und München

Slesina W (2001a). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: Pfaff H, Slesina W (Hrsg.). Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Juventa, Weinheim und München: 75-95

Slesina W (2001b). Evaluation von Gesundheitszirkeln. In: Badura B, Litsch M, Vetter C (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2000. Springer, Berlin: 199-212

Sobhan-Sarbandi M, Stock C, Krämer A (2000). Die Rückengesundheit von Studierenden im Rahmen einer gesundheitsförderlichen Hochschule. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C,

Krämer A (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa Verlag, Weinheim und München: 139-147

Sochert R (1999). Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 827. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

Sonntag U, Kolip P, Knoch D (2000). Frauenspezifische Aspekte einer gesundheitsfördernden Hochschule. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim und München: 37-50

Spath D, Braun M, Grunewald P (2004). Gesundheits- und leistungsförderliche Gestaltung geistiger Arbeit – Arbeitsgestaltung unter Einbeziehung menschlicher Eigenzeiten und Rhythmen. Erich Schmidt Verlag, Bielefeld

Statistisches Bundesamt für Bildung und Kultur (2008). Studierende an Hochschulen – Vorbericht. Fachserie 11, Reihe 4.1, Wiesbaden. In: <http://www.destatis.de/shop> (Zugriff am 21.06.2008)

Statistisches Jahrbuch der Universität Bielefeld 2007. In: http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Ueberblick/Organisation/Verwaltung/Dez_I/Controlling/Daten_2007_internet.pdf (Zugriff am 06.03.2008)

Steinert T (1995). Risikoverhalten bei Medizinstudenten und –studentinnen. In: Suizidprophylaxe 1: 7-12

Stephoe A, Wardle J (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern and Western Europe. In: Social Science Medicine, 53: 1621-1630

Steuer E (1994). Gesundheitszirkel- Konzepte und Anregungen aus der Qualitätszirkelarbeit. In: Kastner M (Hrsg.). Personalpflege. Der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation. Quintessenz, Berlin-München: 80-86

Stewart-Brown S, Evans J, Patterson J, Petersen S, Doll H, Balding J, Regis D (2000). Health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? In: Journal of Public Health Medicine, 22: 492-499

Stock C, Allgöwer A, Prüfer-Krämer L, Krämer A (1997). Gibt es einen Bedarf für eine betriebliche Gesundheitsförderung für Studierende? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 3: 239-256

Stock C (2000). Hochschulen und nachhaltige Gesundheit – Eine Investition ins 21. Jahrhundert. Forum Public Health: 29:28

Stock C, Krämer A (2000). Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden. Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: Sonntag U, Gräser S, Stock C, Krämer A (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim und München: 127-137

Stock C, Meier S, Krämer A (2000). Ist-Soll-Zustand der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. Ein Bericht über gesundheitsfördernde Potentiale und deren Entwicklungsmöglichkeiten. Unveröffentlichtes Manuskript

Stock C, Wille L, Krämer A (2001a). Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion. In: Journals of Psychophysiology, 7: 301-307

Stock C, Guillén-Grima F, Prüfer-Krämer L, Serrano Monzo I, Marin-Fernandez B, Aguinaga-Ontoso I, Krämer A (2001b). Sexual behavior and the prevalence of Chlamydia trachomatis infection in asymptomatic students in Germany and Spain. In: *European Journal of Epidemiology*, 17 (4): 385-390

Stock C, Meier S, Krämer A (2002). Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr? Prävention. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10.2: 170-180

Stock C (2002). Gesundheitliche Risiken und Ressourcen von Studierenden. Implikation für die Gesundheitsförderung an Hochschulen. Habilitationsschrift, Universität Bielefeld

Stock C, Küçük N, Miseviciene I, Guillén-Grima F, Petkeviciene J, Aguinaga-Ontoso I, Krämer A (2003). Differences in health complaints among university students from three European countries. In: *Preventive Medicine*, 37: 535-543

Stock C, Küçük N, Miseviciene I, Petkeviciene J, Krämer A (2004). Misperceptions of body shape among university students from Germany and Lithuania. In: *Health Education*. Volume 104, Number 2: 113-121

Sochert R (2005). Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. In: <http://www.bkkonline.de> (Zugriff am 29.03.2005)

Torsheim T, Välimaa R, Danielson M (2004). Young peoples health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. WHO Europe, Health Policy for Children and Adolescents, 4: 55-62

Trojan A (2002). Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip P (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Juventa, Weinheim und München: 195-228

Tsouros A D, Dowding G, Dooris M (1998). Strategic framework for the Health Promoting Universities project. In: Tsouros AD, Dowding G, Thimpson M, Dooris M (Hrsg.). *Health Promoting Universities*, World Health Organization Regional Office for Europe, Kopenhagen: 111-126

Udris I, Frese M (1999). Belastung und Beanspruchung. In Graf Hoyos C, Frey D (Hrsg.). *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*. Psychologie Verlags Union, Weinheim: 429-445

Universität zu Köln (2000). Gesundheitszirkel im Studentenwerk der Universität zu Köln. Gesundheitszirkel in einer Mensa. In: www.uni-koeln.de/medfak/kip/fo/fo36.html (Zugriff am 28.09.2004)

Universität Bielefeld (ohne Jahresangabe a). WHO-Netzwerk „Health Promoting Universities“ – „Gesundheitsfördernde Hochschulen“. Internes Manuskript der Universität Bielefeld

Universität Bielefeld (ohne Jahresangabe b). Zahlen zum Gesundheitsprogramm 2006/2007. Internes Manuskript der Universität Bielefeld

Universität Bielefeld (Hrsg.) (2001). „Gesundheitsfördernde Hochschule“. Tagungsdokumentation zum Informationstag des Steuerkreises Gesundheit

University of Alberta (Canada) and Pontificia Universidad la Catolica de Chile (Hrsg.) (2005). Vitamin C for Health Promoting Universities. 2nd international conference devoted to the creation & maintainance of health üpromoting universities. Conference Programm. Edmonton Alberta, Canada

- Unnold K** (2005). Zehn Jahre Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In: Schmutnig R, Sonntag U, Müller J, Stratmann F (Hrsg.). Gesundheitsförderung in Hochschulen. Kurzinformation Bau und Technik, Hochschul-Informationssystem, Hannover: 42-45
- Unnold K**, Walter U, Faller G (2005). Gesunde Hochschule Bielefeld Konzept 2005. Internes Papier der Universität Bielefeld
- Unnold K**, Walter U (2007). Universität Bielefeld – Konzept für eine gesunde Hochschule. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Juventa, Weinheim und München: 143-152
- Vaez M**, Kristenson M, Laflamme L (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. A comparison with their working peers. *Social Indicators Research*, 68: 221-234
- Walter U** (2003). Fokusgruppen. In: Badura B, Hehlmann T (Hrsg.). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin, Heidelberg, New York: 227-231
- Wardle J**, Steptoe A (1991). The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. In: *Social Science & Medicine*, 33: 925-936
- Webb E**, Asthon CH, Kelly P, Kamali F (1996). Alcohol and drug use in UK university students. In: *The Lancet*, 348: 922-925
- Waller H** (2002). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis von Public Health. Kohlhammer, Stuttgart
- Walter U**, Schwartz F W (2002). Prävention durch Krankenkassen – Auf dem Weg zu mehr Zielorientierung und Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz F W (Hrsg.). Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim und München: 15-23
- Weissinger V**, Knipp G (1994). Baustellengespräche. Gesprächszirkel im Bauhandwerk. In: *Prävention* 17: 82-92
- Weissinger V** (1996). Gesundheitsförderung im Studium – Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule. Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Arbeitspapier Nr. 40), Kiel
- Westermayer G**, Bähr B (Hrsg.) (1994). Betriebliche Gesundheitszirkel. Hogrefe, Göttingen und Stuttgart
- White M** (1998). Creating a healthy medical school. University of Newcastle. In: Tsouros AD, Dowding G, Thimpson M, Dooris M (Hrsg.) *Health Promoting Universities*, World Health Organisation Regional Office for Europe, Kopenhagen: 56-65
- Wienemann E** (2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Referat zum 1. Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz "Gesünder Arbeiten in Niedersachsen" in Braunschweig am 05.09.2002. In: http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA_BGMKonzept.pdf (Zugriff am 08.08.2007)
- Williams R** (1993). Health and length of residence among south Asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 15: 52-60

World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Genf

World Health Organization (WHO) (1997a). Life Skills Education in Schools. WHO, 93.7A Rv. 2. WHO, Geneva

World Health Organization (WHO) (1997b). Health Promoting Universities Project: Criteria and Strategies for a new WHO European Network. Report on a WHO Round Table meeting. Copenhagen

World Health Organization (WHO) (1998). Health 21 – health for all in the 21st century. An Introduction. European Health for All Series, No. 5. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen

Wottowa H, Thierau H (1990). Evaluation. Hans Huber, Bern.

Xiangyang T, Lan Z, Xueping M, Tao Z, Yuzhen S, Jagusztyn M (2003). Beijing health promotion universities: practice and evaluation. In: Health Promotion International, Vol. 18, No. 2: 107-113

Zentrale Studienberatung Universität Bielefeld (ZSB) (Hrsg.) (1997a). ZSB-Info, Jahresstatistik 1997

Zentrale Studienberatung Universität Bielefeld (ZSB) (Hrsg.) (1997b). Tagungsbericht "Arbeitsfeld 'Studentenberatung' - zum professionellen Umgang mit individuellen Bedürfnissen", Fachtagung der Zentralen Studienberatung (ZSB) der Universität Bielefeld anlässlich ihres 25jährigen Bestehens am Freitag, den 13. Juni 1997

Zentrale Studienberatung Universität Bielefeld (ZSB) (Hrsg.) (1998). ZSB-Info, Jahresbericht 1998

Zentrale Studienberatung Universität Bielefeld (ZSB) (Hrsg.) (2006). Jahresstatistik der ZSB – Zentrale Studienberatung der Universität Bielefeld für das Jahr 2006

Zimmer C G (2002). Health Promotion in Higher Education. In: Turner H S, Hurley J L (Hrsg.). The History and Practice of College Health. Lexington: 311-327

Zlotos G (2002). Der Weiterentwicklungsbedarf von Gesundheitszirkeln. Eine qualitative Expertenbefragung zur Qualitätssicherung. Diplomarbeit, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld

Fragebogen

Rahmenbedingungen

1. **Wie zufrieden bist du mit der Sitzungshäufigkeit? Hat sich der Gesundheitszirkel deiner Meinung nach zu selten, häufig genug oder zu häufig getroffen?**

zu häufig	eher zu häufig	genau die richtige Anzahl	eher zu selten	zu selten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **Wie zufrieden bist du mit dem zeitlichen Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen? Waren die zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen deiner Ansicht nach zu lang, genau richtig oder zu kurz?**

zu lang	eher zu lang	genau richtig	eher zu kurz	zu kurz
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. **Die Dauer der Arbeitstreffen betrug 1,5 Stunden. War die Dauer der Arbeitstreffen deiner Ansicht nach zu lang, genau richtig oder zu kurz?**

zu lang	eher zu lang	genau richtig	eher zu kurz	zu kurz
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. **Hältst du persönlich eine regelmäßige Teilnahme derselben Personen am Gesundheitszirkel für sinnvoll/notwendig? Oder könnte deiner Meinung nach ein Gesundheitszirkel für Studierende bei jedem Treffen anders zusammengesetzt sein?**

ja, sehr sinnvoll	ja, eher sinnvoll	nein, eher nicht sinnvoll	nein, ganz und gar nicht sinnvoll
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommunikation

5. **Hast du persönlich durch den Gesundheitszirkel mehr Informationen über Zusammenhänge und Strukturen der Universität und der betrieblichen Gesundheitsförderung im speziellen erhalten?**

ja, sehr	ja, eher	teils/ teils	nein, eher nicht	nein, ganz und gar nicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. **Hat die Anwesenheit von Besuchern (Projektleiterin Frau Dr. Stock, Referentin des Prorektors für Lehre Frau Dr. Frank, Vertreterin der LUK Frau Faller, Elisabeth Bergner) dazu geführt, dass du manches nicht ausgesprochen hast, was du lieber gesagt hättest?**

stimme voll und ganz zu zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme ganz und gar nicht
-------------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------------------

Ich habe im Gesundheitszirkel immer
Dass sagen können, was ich sagen wollte. | | |

Die Anwesenheit von Besuchern hat
dazu geführt, dass ich manches lieber
nicht thematisiert habe. | | |

7. **Im Gesundheitszirkel wurde, um die Kommunikation miteinander zu erleichtern, mit „Spielregeln“ gearbeitet. Inwieweit wurden diese Regeln deiner Meinung nach beachtet?
Die Spielregeln wurden.....**

immer beachtet	meistens beachtet	selten beachtet	nie beachtet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. **Wie bewertest du insgesamt die Arbeitsatmosphäre im Gesundheitszirkel?**

sehr produktiv	eher produktiv	teils/ teils	eher unproduktiv	sehr unproduktiv
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Moderation

9. Auch die Art der Moderationstechnik wirkt sich auf den Arbeitsprozess aus. Wie sehr stimmst du den folgenden Aussagen über die Moderation zu?

	stimme voll und ganz zu zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme ganz und gar nicht
Die Moderation erfolgte strukturiert und zielgerichtet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Moderation motivierte für die Arbeit im Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Moderationstechnik half mir, manche Dinge in meiner Studiumgebung in anderen Zusammenhängen Wahrzunehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Moderationstechnik half mir, komplexe und undurchsichtige Zusammenhänge in meinem Arbeitsbereich besser zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Zur Qualität der Zirkelarbeit tragen sowohl die Zirkelteilnehmer als auch das Moderatorenteam bei. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme voll und ganz zu zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme ganz und gar nicht
Ich fühlte mich von dem Moderatorenteam immer ernst genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Moderatorenteam ging hinreichend auf meine Beiträge ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Moderatorenteam blieb ausgewogen und neutral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich im Gesundheitszirkel durch das Moderatorenteam überfordert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Protokolle

11. Zu jeder Zirkelsitzung wurde ein Protokoll erstellt, in dem der Informationsaustausch im Gesundheitszirkel und der Arbeitsprozess des Zirkels beschrieben wurden. Dadurch sollte u. a. gewährleistet sein, dass sowohl die an der Sitzung anwesenden Zirkelmitglieder als auch alle nichtanwesenden Mitglieder und andere interessierte Personen (Studierende, Mitglieder des Steuerkreises Gesundheit, die Vertreterin der Landesunfallkasse NRW,) über den Verlauf der Sitzung und den Arbeitsprozess informiert werden. Deshalb interessiert es uns, wie sehr du den folgenden Aussagen zustimmst.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme ganz und gar nicht
Ich habe die Protokolle gelesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Protokolle waren klar und verständlich geschrieben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Protokolle hielten mich immer auf dem aktuellen Stand über den Arbeitsprozess im Zirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Protokolle konnten sich auch die nicht teilnehmenden Studierenden über die Arbeit im Gesundheitszirkel informieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Wenn du an alle Aspekte der Zirkelarbeit denkst (Erwartungen, Zusammensetzung, Zusammenarbeit, Moderation, Problemanalyse, Lösungsvorschläge etc.) wie bewertest du dann insgesamt die Arbeit des Gesundheitszirkels?

sehr positiv	eher positiv	teils/ teils	eher negativ	sehr negativ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende – Evaluation

Leitfaden für das Abschlußinterview

Teilnahme

Wie sind Sie zum Gesundheitszirkel gekommen? (z.B. über die Fachschaft, wie davon gehört?)

Was hat Sie zur Teilnahme bewogen?

Wenn Sie sich gedanklich zurückversetzen: Was haben Sie sich unter einem Gesundheitszirkel vorgestellt? Was, glaubten Sie, würde Sie erwarten?

Kommunikation

Beschreiben Sie mir doch bitte die Arbeitsatmosphäre. (Interviewerin hat nicht teilgenommen)

Beschreiben Sie mir doch bitte die Kommunikation. Z.B. unter den Zirkelteilnehmern, mit den Gästen, mit den Moderatoren. (Nachfassen: Was war anders als oder ähnlich wie in bekannten Situationen, in denen "redend gearbeitet" wird? Warum?)

Ein Gesundheitszirkel lebt u.a. davon, daß die Teilnehmer Probleme beschreiben und Lösungsvorschläge erarbeiten. Voraussetzung dafür ist, daß der/die einzelne sich zu Beiträgen eingeladen fühlt. Wie war das bei Ihnen? Konnten Sie immer das sagen, was Sie wollten?

Wenn nein, warum nicht?

Wie haben Sie die Betreuung empfunden? (Gemeint sind die Ansprache, die Organisation, die Information)

Moderation

Im Gesundheitszirkel werden Themen gesammelt und für eine Bearbeitung ausgewählt. Die Art der Bearbeitung folgt speziellen Regeln.

Haben Sie dieses Vorgehen schon bei einer früheren Gelegenheit kennengelernt? Wenn ja, wobei?

Erzählen Sie mir bitte, welchen Eindruck Sie von diesem Vorgehen haben. (Stichworte: Strukturierung, Zielgerichtetheit; motivierend für die Problembearbeitung; besseres Verständnis für komplexe Zusammenhänge; Entdeckung von Zusammenhängen, die vorher nicht wahrgenommen wurden; aber auch: Vorgehen zu schematisch oder korsettartig, Problembearbeitung bleibt oberflächlich, ...)

Wie haben Sie das Moderatorenteam wahrgenommen? Wie war dessen Auftritt als Team?

Jetzt sind Sie auch noch eingeladen, sich über die beiden Moderatoren im Einzelnen zu äußern. Was hat Ihnen an Eckart Münch als Moderator gefallen, was hat Ihnen nicht so gut gefallen? Was hat Ihnen an Sabine Meier als Moderatorin gefallen, was hat Ihnen nicht so gut gefallen?

Ergebnisse der Zirkelarbeit

Was halten Sie von den Ergebnissen der Zirkelarbeit?

Sind alle Themen, die Ihnen wichtig sind, *angesprochen* worden? Falls nein, was wurde nicht berücksichtigt? Warum nicht?

Sind alle Ihnen wichtigen Themen *bearbeitet* worden? Falls nein, was wurde nicht bearbeitet? Warum nicht?

Wie "treffsicher" ist die Problemauswahl und -bearbeitung gewesen? Spiegelt sie tatsächliche Belastungen wider? (*Alternative: "Nebensächlichkeiten"*)

Wie haben Sie das Verhältnis von Problemanalyse und Lösungsentwicklung wahrgenommen?

Was halten Sie von den erarbeiteten Lösungsvorschlägen? (*Anzahl & Qualität*)

Wenn Sie sich an Ihre Erwartungen zurückerinnern (Gesprächsanfang) – vergleichen Sie sie bitte mit Ihren Erfahrungen bei der Zirkelarbeit und beschreiben Sie mir den Vergleich. (*abgewichen, übertroffen, (nicht) erfüllt, ...*)

Was hat die Zirkelarbeit Ihnen persönlich gebracht?

Umfeld

Hat Ihr Umfeld (Kommilitonen, Fachschaft etc.) etwas von Ihrer Mitarbeit im Zirkel mitbekommen?

Wenn ja, was? Welche Reaktionen gab es?

Wenn nein, warum nicht?

Können Sie sich vorstellen, daß sich auch andere Studierende für die Zirkelarbeit gewinnen ließen? Wie könnte man Studierende für diese Arbeit aktivieren?

Welche Barrieren stehen einer Teilnahme entgegen?

Sonstiges

Gibt es etwas, wonach ich Sie nicht gefragt habe, was Sie aber gerne noch sagen oder anmerken möchten?

Publikationen zum Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende

Buchbeiträge

- Meier S (2007). **Gesundheitszirkel im Setting Hochschule**. In: Krämer A, Sonntag U, Steinke B, Meier S, Hildebrand C (Hrsg.) (2007). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München: 71-79
- Stock C, Unnold K, Günther-Boemke G, Meier S (2002). **Die Universität Bielefeld auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Hochschule**. In: Paulus P, Stoltenberg U (Hrsg.). Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt a. M.: 64-82

Artikel

- Meier S, Stock C, Krämer A (2006). **The Contribution of Health Discussion Groups with Students to Campus Health Promotion**. Health Promotion International. 2006; doi:10.1093/heapro/da1041, Oxford University Press, Oxford
- Meier S, Stock C, Krämer A (2004). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende – Können Vorschläge von Studierenden Strukturen im Setting Hochschule verändern?** Public Health Forum, Themenheft 45 „Prävention“, 2004: 34
- Meier S, Stock C, Krämer A (2003). **Neue Wege der Gesundheitsförderung an Hochschulen, Evaluation eines Gesundheitszirkels für Studierende**. Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 2, 26. Jahrgang: 53 – 56
- Stock C, Meier S, Krämer A (2002). **Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr? Perspektiven der Gesundheitsförderung an der Hochschule**. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften; 10. Jahrgang, 2 Vj.: 170 - 180

Abstracts

- Meier S (2004). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende**. Tagungsband, VI. Kongress für Gesundheitspsychologie, Leipzig: 26
- Meier S, Stock C, Krämer A (2002). **Evaluation eines Modellprojekts „Gesundheitszirkel für Studierende“**. Das Gesundheitswesen, Risiken und Ressourcen für Gesundheit, 64. Jahrgang, A34 – A35

Poster

- Meier S (2004). **Übersicht über das Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende**. Gesundheitstag, Universität Bielefeld
- Meier S (2004). **Stand der Umsetzung der Vorschläge**. Gesundheitstag, Universität Bielefeld
- Meier S, Stock C (2002) **Gesundheitszirkel für Studierende**. Tagung, Universität Potsdam

Bericht

- Krämer A, Stock C, Meier S (2001). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld**

Online-Publikation

- Meier S (2003). **Modellprojekt Gesundheitszirkel**. In: <http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Gesundheitszirkel/> (Online seit dem 19.05.2003)

Broschüre

- Faller G, Meier S (2002). **Gesundheitszirkel für Studierende Ein Modellprojekt**. Landesunfallkasse NRW (Hrsg.), Düsseldorf

Vorträge über das Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“**2001**

- Meier S (2001). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld**. Gemeinsame Wissenschaftliche Jahrestagung der DGSMF und der DGMS, AG Gesundheitsfördernde Hochschulen. Stadthalle Bielefeld

2002

- Meier S, Stock C, Krämer A (2002). **Evaluation eines Modellprojektes „Gesundheitszirkel für Studierende“**. Gemeinsame Wissenschaftliche Jahrestagung der DGSMF und der DGMS. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Meier S (2002). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende an der Universität Bielefeld**. Journal Club. Universität Bielefeld

2004

- Meier S, Dann P (2004). **Gesundheitszirkel/Arbeitssituationsanalysen**. Gemeinsame Tagung der Universität Karlsruhe, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und der Techniker Krankenkasse. Der Gesundheit in Hochschulen auf der Spur: Fakten – Trends – Methoden. Universität Karlsruhe
- Meier S (2004). **Modellprojekt Gesundheitszirkel für Studierende**. VI: Kongress für Gesundheitspsychologie. Gesundheit – Risiko, Chancen und Herausforderung. Universität Leipzig

2005

- Stock C, Meier S, Krämer A (2005). **Do Quality Circles for Health Work in University Students?** 6th IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion. Stockholm
- Krämer A, Stock C, Meier S (2005). **Gesundheitliche Lage, Gesundheitsbedürfnisse und Interventionen bei Studierenden**. Fachhochschule Dortmund

2006

- Meier S. (2006). **Mental health als Thema eines Gesundheitszirkels für Studierende**. Psychische Gesundheit an Hochschulen: die Studierenden. Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen. Universität Hannover
- Meier S (2006). **Rauchen, Gesundheit und Studierende – ein Thema an Hochschulen?** Nichtraucher-Aktionstag „Dein rauchfreier Sommer“. Fachhochschule Dortmund
- Meier S (2006). **Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen – Gesundheitsförderung für Studierende**. FH Joanneum, Bad Gleichenberg, Österreich

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Diese Arbeit hat weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer anderen Fakultät vorgelegen.

Ort und Datum

Sabine Meier